

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

RISCO DE QUEDA:
CONTRIBUTOS PARA UM MODELO DE SUPERVISÃO
CLÍNICA EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Prof. Doutor António Luís Rodrigues Faria de Carvalho

Co-orientação:

Prof. (a) Mestre Sandra Sílvia da Silva Monteiro dos Santos Cruz

Bárbara Filipa da Silva Lamas

Porto | 2012

*Saber interpor-se constantemente entre si próprio e as coisas é o
mais alto grau de sabedoria e prudência.*

Fernando Pessoa *in Livro do Desassossego*

AGRADECIMENTOS

Exponho os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta Dissertação de Mestrado.

À Direção do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), em especial à Sr^a Enfermeira Diretora Deolinda Vale e a toda a equipa do Serviço de Medicina A da unidade de Santo Tirso, pela disponibilidade e sensibilidade.

À *minha* Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) pela formação pessoal, profissional, técnica e humana inigualáveis que me foram transmitidas ao longo de todos estes anos.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Professor Doutor Luís Carvalho, e à minha co-orientadora, Mestre Sandra Cruz, pela humanização e amizade que colocaram na orientação deste trabalho, pela dedicação inesgotável e pela disponibilidade e sabedoria transmitida.

Às minhas companheiras de Mestrado Ana Luísa, Laura e em especial à Sílvia - a minha companheira de viagens.

Aos meus amigos pela disponibilidade, pelo carinho e pela partilha.

À minha Família e ao Zé pelo amor, pelo apoio, pela compreensão e pela tolerância.

A todos um MUITO OBRIGADO.

ABREVIATURAS E SIGLAS

- ↻ CHMA - Centro Hospitalar do Médio Ave
- ↻ CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- ↻ cit. - citado
- ↻ CR - Intervenções de enfermagem [conhecimento] documentadas nos registos
- ↻ CE - Intervenções de enfermagem [conhecimento] seleccionadas pelo enfermeiro
- ↻ DGS - Direcção-Geral de Saúde
- ↻ DP - Desvio-Padrão
- ↻ EQM - Escala de Queda de Morse
- ↻ ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
- ↻ ICN - *International Council of Nurses*
- ↻ IE - Intervenções de enfermagem seleccionadas pelo enfermeiro
- ↻ IO - Intervenções de enfermagem observadas pelo investigador
- ↻ IR - Intervenções de enfermagem documentadas nos registos
- ↻ MS - Ministério da Saúde
- ↻ N - Frequência Absoluta
- ↻ OE - Ordem dos Enfermeiros
- ↻ OMS - Organização Mundial de Saúde
- ↻ QeS - Qualidade em Saúde
- ↻ RAR - Risco de queda na admissão diagnosticado pelo enfermeiro
- ↻ RAI - Risco de queda na admissão diagnosticado pelo investigador
- ↻ RE - Risco de queda diagnosticado pelo enfermeiro
- ↻ RI - Risco de queda diagnosticado pelo investigador
- ↻ RR - Risco de queda documentado nos registos SAPE[®]
- ↻ SAPE[®] - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- ↻ SC - Supervisão Clínica
- ↻ SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem
- ↻ SPSS[®] - *Statistical Package for Social Sciences*
- ↻ VD - Variável Dependente
- ↻ VI - Variável Independente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	- 15 -
1. SCE E A PREVENÇÃO DE QUEDAS - ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	- 19 -
1.1. Supervisão Clínica em Enfermagem - Conceitos e Modelos.....	- 19 -
1.2. A Qualidade e a Segurança dos Cuidados de Saúde	- 26 -
1.3. O Papel da SCE na Qualidade e na Segurança dos Cuidados de Saúde.-	31 -
1.4. As Quedas em Contexto Hospitalar e o Contributo da SCE	- 35 -
2. PERCURSO METEDOLÓGICO	- 45 -
2.1. Questão de Partida	- 47 -
2.2. Objetivos	- 47 -
2.3. Questões Orientadoras e Hipóteses de Investigação.....	- 48 -
2.4. Variáveis.....	- 50 -
2.5. Tipo de Estudo	- 51 -
2.6. Contexto.....	- 52 -
2.7. População e Amostra.....	- 53 -
2.8. Desenho do Estudo	- 53 -
2.9. Tratamento Estatístico dos Dados	- 57 -
2.10. Considerações Éticas.....	- 58 -

3. SCE E PREVENÇÃO DE QUEDAS - RESULTADOS E CONTRIBUTOS	- 61 -
3.1 Resultados do Estudo	- 61 -
3.1.1. <i>Caraterização da Amostra.....</i>	<i>- 62 -</i>
3.1.2. <i>A Idade e o Risco de Queda</i>	<i>- 64 -</i>
3.1.3. <i>O Sexo e o Risco de Queda</i>	<i>- 65 -</i>
3.1.4. <i>A Necessidade de Contenção Física e o Risco de Queda</i>	<i>- 66 -</i>
3.1.5. <i>O Protocolo de Prevenção de Quedas na Admissão</i>	<i>- 68 -</i>
3.1.6. <i>A Monitorização do Risco de Queda.....</i>	<i>- 69 -</i>
3.1.7. <i>As Intervenções de Enfermagem e o Risco de Queda.....</i>	<i>- 71 -</i>
3.2. Discussão dos Resultados e Contributos para um Modelo de SCE.....	- 74 -
4. CONCLUSÕES.....	- 83 -
BIBLIOGRAFIA	- 86 -
ANEXOS	- 97 -
ANEXO I- Operacionalização e Classificação das Variáveis	-99-
ANEXO II- Questionário de Avaliação do Risco de Queda - Enfermeiros	-103-
ANEXO III- Grelha de Avaliação do Risco de Queda - Investigador.....	-107-
ANEXO IV- Grelha de Análise dos Registos de Enfermagem (SAPE®).....	-111-
ANEXO V- Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do CHMA	-115-

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Variáveis em estudo	-50-
TABELA 2	Caraterização da amostra segundo diagnóstico médico	-63-
TABELA 3	O risco de queda e as classes etárias	-64-
TABELA 4	O risco de queda e o sexo	-65-
TABELA 5	Caraterização da amostra segundo contenção física	-66-
TABELA 6	O risco de queda e a contenção física	-67-
TABELA 7	Primeira monitorização do risco de queda	-68-
TABELA 8	O risco de queda na admissão e o observador	-70-
TABELA 9	O risco de queda e o observador	-71-
TABELA 10	O risco de queda e as intervenções de enfermagem	-72-
TABELA 11	O risco de queda e o conhecimento	-73-

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Escala de Queda de Morse	-42-
FIGURA 2	Desenho do estudo	-57-
FIGURA 3	Contributos para um modelo de SCE	-81-

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Caraterização demográfica da amostra segundo o sexo	-62-
-----------	---	------

RESUMO

Título: Risco de queda: Contributos para um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem

As quedas são um fenómeno com grande impacto na qualidade de vida das pessoas, representando um dos principais acontecimentos indesejáveis que ocorrem em doentes hospitalizados. Em Portugal, no ano de 2008, as quedas traduziram 74,2% dos mecanismos de lesão mais registados a nível hospitalar.

Enquanto indicador da qualidade dos cuidados em saúde e critério de qualidade do exercício profissional, o fenómeno de enfermagem *Cair* representa um domínio com relevância na prática clínica, o qual exige grande atenção por parte dos enfermeiros, sendo por isso, uma área sensível aos cuidados de enfermagem. Se a promoção da qualidade dos cuidados representa um dos principais pressupostos da SCE, a prevenção da queda traduz-se numa excelente área de atuação.

Este estudo teve como objetivos: caracterizar o risco de queda numa amostra de adultos internados num serviço de medicina; relacionar o risco de queda com os atributos pessoais; analisar a conformidade dos processos de monitorização, planificação e execução dos cuidados de enfermagem e propor contributos para um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas.

A investigação alicerçou-se num paradigma de investigação quantitativo, de carácter exploratório-descritivo, de natureza transversal, com base numa amostra não probabilística e de conveniência constituída por cento e trinta e dois indivíduos.

O processo de recolha de dados teve por base três procedimentos: a aplicação de um questionário de prevenção de quedas pelo enfermeiro responsável pelo doente, a colheita e a análise documental da avaliação inicial e do plano de cuidados, e a

observação participante com colheita de dados recorrendo a uma grelha de observação.

Do risco de queda emergiram os seguintes resultados: 16,7% dos indivíduos (N=22) não apresentavam qualquer risco de queda, 48,5% apresentavam Baixo Risco de Queda (N=64) e 34,8% (N=46) apresentavam Alto Risco de Queda.

Foi possível verificar a existência de inconformidades na implementação do protocolo de quedas, na aplicação das normativas da Direção Geral Saúde (DGS) para a contenção física de doentes e a sua relação com o risco de queda, na aplicação da *Escala de Queda de Morse* (EQM) e na seleção de intervenções de enfermagem.

Propomos alguns contributos para um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas, dos quais podemos destacar: sessões de SCE individualizadas que respondam às necessidades particulares de cada enfermeiro e que promovam o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, das capacidades de adaptação aos contextos e a flexibilidade organizacional; sessões de SCE em grupo, que estimulem a formação e a investigação da equipa e que promovam a reflexão e a discussão da prática clínica, fomentando o trabalho em equipa e a prática baseada na evidência.

Palavras- Chave

- Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), Qualidade dos Cuidados, Segurança dos Cuidados, Quedas, Hospital.

ABSTRACT

Title: Risk of Fall: Contributions for a Model of Clinical Supervision in Nursing

Falls are a phenomenon with major impact on quality of life, which represents one of the main unwanted events occurring in hospitalized patients. In Portugal, in 2008, falls resulted 74,2% over the mechanisms of injury recorded in hospital.

As an indicator of the quality of health care and quality criteria of professional practice, the nursing phenomenon *Fall* represents a domain with a significant relevance in clinical practice, which requires a great amount attention from nurses, therefore, it's a relevant area in nursing care. If the promotion of quality in care represents one of the main objectives of Clinical Supervision in Nursing, fall prevention results in a great action area.

The purpose of this study was to characterize the risk of falling in a sample of adults admitted in a medical service; relate the risk of falling with their personal attributes, analyze the compliance between the procedures for monitoring, planning and implementation of nursing care and propose contributions for a model of Clinical Supervision in Nursing that improves the skills of nurses in preventing falls.

The investigation is based on a quantitative research paradigm, exploratory-descriptive cross sectional study, based on a non-probabilistic sample of convenience and consist of one-hundred and thirty-two individuals.

The process of data collection was based on three procedures: the application of a questionnaire about the prevention of falls by the nurse responsible for the patient, data collection and document analysis of the initial assessment and care plan, participant observation to collect data using a grid point.

The risk of fall brought the following results: 16,7% of subjects (N = 22) showed No Fall Risk, 48,5% had Low Fall Risk (N = 64) and 34,8% (N = 46) had High Fall Risk.

It was possible to verify the existence of non-conformities in the implementation

of the falls protocol, in the implementation of Health Care Service (Direcção Geral de Saúde) regulations for the physical restriction of patients and it's relation to the risk of falling, the application of the Morse Fall Scale and selection of nursing interventions.

We propose some contributions for a model of Clinical Supervision in Nursing that enhances the nursing skills in preventing falls, of which we highlight: individual sessions, which meet the individual needs shown by the nurses, promote the development of critical thinking and reflective, and also of adaptive capacity and organizational flexibility; group sessions, to encourage training and team research and to promote reflection and discussion of clinical practice, promoting teamwork and evidence-based practice.

KEYWORDS

- Clinical Supervision in Nursing, Quality of Care, Safety of Care, Falls, Hospital.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a temática da qualidade nos serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, uma prioridade para os gestores e para os profissionais de saúde. A gestão da qualidade assume um papel fundamental na área da saúde, caracterizando-se sobretudo pela excelência, pela focalização nos utilizadores e pela efetividade e eficiência dos serviços (Mezomo, 2001). Desta forma, a qualidade é simultaneamente encarada como um elemento caracterizador e uma dimensão estruturante dos cuidados de saúde (Abreu, 2007).

Da qualidade emerge a temática da segurança dos doentes, a qual deverá ser encarada como uma prioridade máxima na melhoria dos cuidados de saúde. Os profissionais de saúde deverão atuar na prevenção tendo em conta as consequências que daí advêm. A segurança apresenta-se assim como uma das principais dimensões da qualidade, sendo a gestão de risco uma medida fulcral para a sua garantia (MS, 2011).

Em Portugal, o primeiro passo para a consolidação de uma política de qualidade na área da saúde deu-se durante as décadas de 80 e 90 com a realização de algumas atividades promovidas pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários. Em 1999, desenvolveu-se o primeiro sistema de qualidade em saúde, o qual passou a integrar a temática da qualidade no programa nacional de saúde. Neste âmbito, estabeleceu-se protocolos entre o Instituto da Qualidade em Saúde e a King's Fund Health Quality Service, com o desenvolvimento de um sistema de acreditação da qualidade (Prisco e Biscaia, 2001). Em 2009, a DGS criou o Departamento da Qualidade na Saúde, nomeou o Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde e desenvolveu o programa *Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde* (MS, 2011).

A avaliação da qualidade tem por base indicadores que medem o desempenho das componentes de estrutura, de processo e de resultado, comparando-os aos padrões desejados. Quando existe conformidade entre o observado e os indicadores, o sistema pode-se designar por sistema de qualidade. (WHO, 2004)

A queda define-se como um evento em que o doente cai involuntariamente no chão ou noutra superfície mais baixa, o qual se traduz num acontecimento multifatorial de origem intrínseca e extrínseca que deve ser criteriosamente contextualizado e relacionado com as características individuais de cada doente (Morse, 2009). As quedas representam um dos efeitos adversos mais frequente em contexto hospitalar, podendo ter consequências físicas, psicológicas e sociais que poderão traduzir-se num aumento do período de internamento e de dependência do doente, sendo por isso considerado um importante indicador da qualidade assistencial (Dowling, 2004; Saraiva *et al.*, 2008).

Pela proximidade dos cuidados e pelo conhecimento holístico sobre os seus doentes, os enfermeiros são considerados os profissionais de saúde de eleição para promover e garantir a segurança destes, com destaque na prevenção de quedas. Na sua prática clínica, os enfermeiros devem utilizar instrumentos de avaliação do risco de queda, identificar os fatores de risco e implementar medidas de prevenção baseadas na melhor evidência científica. Desta forma, a prevenção de quedas assume um lugar privilegiado na procura constante da melhoria da qualidade assistencial em enfermagem.

A incidência de quedas de um serviço é um indicador da qualidade assistencial, e o risco de queda é um diagnóstico de enfermagem operacionalizado através da aplicação de escalas. A monitorização do risco de queda e implementação de medidas preventivas permitem não só o controlo deste fenómeno mas também a minimização das suas consequências. A identificação precoce dos riscos é a chave para a prevenção das lesões, no entanto, esta depende da existência de uma cultura de confiança, honestidade, integridade e comunicação aberta entre os doentes e os enfermeiros (ICN, 2006).

A Supervisão Clínica (SC) é definida por Maia e Abreu (2003) cit. por Abreu (2007, p.177) por 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 protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”*.

A SCE é uma ferramenta fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem, tanto na perspetiva do doente, enquanto recetor dos cuidados, como na perspetiva do enfermeiro, enquanto profissional de saúde que presta cuidados (DoH, 2002 e Abreu, 2002).

O desenvolvimento da SCE exige um enquadramento conceptual com referenciais operatórios que estruturam os seus elementos, isto é, carecem de um modelo supervisorio (Fowler, 1996 cit. por Abreu, 2007).

A implementação de um plano de prevenção de quedas exige um conjunto de medidas que requer um grande envolvimento e grandes esforços por parte de toda a equipa de enfermagem. Tendo por base os objetivos centrais da SCE, consideramos que esta poderá contribuir para o aumento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados, com repercussões positivas na saúde dos doentes, promovendo a prevenção de quedas.

Por tudo isto, considerou-se pertinente estudar esta temática, procurando contributos para o desenvolvimento de um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas e que assegure condições clínicas que garantam a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, desenvolvemos esta investigação que procurou responder à questão de partida: “Quais os aspetos a incluir num modelo de SCE de forma a promover a segurança e a qualidade dos cuidados em relação ao risco de queda?”

Neste sentido os objetivos do nosso estudo são:

- Avaliar o risco de queda dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso;
- Relacionar o risco de queda com os atributos pessoais (idade e sexo) dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso;
- Identificar os cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso para o risco de queda;
- Analisar a conformidade dos processos de monitorização, planificação e execução dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso para o risco de queda;
- Propor contributos para um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas.

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

Os dados foram recolhidos através de três procedimentos com posterior tratamento estatístico: a 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.

No que concerne à organização estrutural, este documento encontra-se organizado em quatro partes. A primeira parte engloba o enquadramento concetual, no qual se apresentam aspetos importantes e essenciais para a compreensão deste trabalho, nomeadamente conceitos e modelos de SCE; o papel da qualidade e da segurança nos cuidados de saúde; a problemática das quedas em contexto hospitalar, com destaque para a etiologia, as consequências e os programas de prevenção de quedas; os contributos da SCE na prevenção de quedas. A segunda parte é dedicada ao percurso metodológico, onde é definido o enunciado do problema, os objetivos do estudo, as questões orientadoras e as hipóteses de investigação, as variáveis em estudo, o tipo de estudo, a caracterização do contexto em estudo e as opções metodológicas (amostra, operacionalização do estudo, tratamento de dados e procedimentos de ordem ética). Na terceira parte são apresentados os resultados do nosso estudo. Por fim, na quarta e última parte, procedemos à análise e à discussão dos resultados, de onde emergem os contributos para o desenvolvimento de um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas, seguindo-se a conclusão, bibliografia e anexos.

Os resultados obtidos neste estudo traduzem um importante contributo para o desenvolvimento de um modelo de SCE que apoie os enfermeiros na construção de um plano de prevenção de quedas e a sua integração na prática clínica. Este modelo permitirá aos enfermeiros desenvolver cuidados de enfermagem com maior qualidade e segurança, com resultados favoráveis para a saúde dos doentes.

1. SCE E A PREVENÇÃO DE QUEDAS - ENQUADRAMENTO CONCETUAL

A SCE é considerada uma ferramenta fundamental na prestação de cuidados de saúde, com contributos e benefícios comprovados para todos os intervenientes (DoH, 2002; Abreu, 2002).

A revisão da literatura permitiu esclarecer o conceito de SCE, descrever alguns modelos de SC e compreender o papel da SCE na prática profissional de enfermagem enquanto instrumento essencial na prestação de cuidados seguros e com qualidade.

Este capítulo pretende descrever e esclarecer as várias faces da multiplicidade e natureza de temáticas que envolvem este estudo, recorrendo a uma abordagem integracionista capaz de esclarecer a relação existente entre SCE, qualidade e segurança dos cuidados e risco de queda.

1.1. Supervisão Clínica em Enfermagem - Conceitos e Modelos

A medicina, enquanto ciência médica, nasceu na antiga Grécia com Hipócrates, o qual defendeu um conjunto de princípios teóricos e metodológicos que revolucionaram o desenvolvimento dos cuidados de saúde. No mundo árabe, entre os séculos IX e XII, existiram processos de avaliação hospitalar e/ou certificação profissional que permitiram caminhar no sentido da SC. No mundo ocidental, os primeiros alicerces da SCE foram desenvolvidos por Florence Nightingale (Abreu, 2002).

A supervisão perdura desde a antiguidade, no entanto, o conceito como hoje o conhecemos teve a sua génese nos Estados Unidos da América entre os anos 20 e os anos 60 no âmbito das psicoterapias. Em enfermagem, as primeiras discussões de SC desenvolveram-se em 1943 no âmbito da enfermagem psiquiátrica.

Na década de 80, no Reino Unido, desenvolveram-se os primeiros modelos de intervenção de SC, mas foi sem dúvida com Hildegard Peplau que a enfermagem começou a integrar a temática da SC (Abreu, 2007; Lynch, Happell e Sharrock, 2008).

Para além disso, no início dos anos 90, os acontecimentos trágicos de Bristol, Kent, Canterbury e o caso Beverley Allitt, que colocaram em risco de vida alguns doentes e que levaram mesmo à morte de outros, desencadearam uma reflexão profunda não só sobre a segurança dos contextos e dos cuidados de saúde mas também sobre a qualidade assistencial (Smith, 1998 cit. por Abreu, 2007). Estes casos trágicos despertaram na sociedade, nas instituições e nas associações profissionais a necessidade implementar a SC nas unidades de cuidados.

Em 1993, o Departamento de Saúde do Reino Unido publicou *A Vision for the Future*, documento que defendia um conjunto de políticas que teriam por base a existência de processos de SC. Neste programa, a SC era simultaneamente uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos profissionais e promover a segurança dos utentes. (NHS, 2008)

Em Portugal, o conceito de supervisão foi introduzido em 1982 por Alarcão e Tavares, estando ligada à formação dos professores. Na enfermagem, a SC tem vindo a ser progressivamente entrosada no nosso país: primeiro com a reestruturação do sistema de ensino de enfermagem nos anos 70; posteriormente com alguns estudos sobre a qualidade e segurança dos cuidados, e mais recentemente com os processos de certificação da qualidade e acreditação hospitalar. No entanto, o modelo de desenvolvimento profissional publicado em 2010 pela Ordem dos Enfermeiros (OE), veio decididamente impulsionar o desenvolvimento da SCE em Portugal.

Como podemos ver nesta contextualização histórica, a SC tem merecido um crescente interesse por parte das organizações de saúde (Abreu, 2007) existindo uma grande diversidade de terminologias e conceitos de SC.

Para o *National Health Service* (1993 cit. por Abreu, 2003, p.17), a SC pode ser definida por

“ (...) a term used to describe 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 the expansion of the scope of practice and should be seen as a mean of encouraging self assessment and analytical and reflective skills”.

Em 2004, o mesmo autor (cit. por Abreu, 2007, p.183), define SC como *“ (...) a process, which enables an individual to reflect and explore their practice/issues in a supportive and safe environment”.*

Proctor (1993 cit. por Abreu, 2007, p.184) define SC como *“ (...) a working alliance between supervisor and worker in which the worker can reflect on her/himself and receive feedback and where appropriate guidance”.*

Já Maia e Abreu (2003) cit. por Abreu (2007, p.177) descrevem SC da seguinte forma:

“ (...) 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 protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”.

Em 2007, Abreu define a SC como uma estratégia de acompanhamento e desenvolvimento profissional, essencial aos processos de promoção e de melhoria da qualidade e da acreditação. Esse acompanhamento proporciona o *“ (...) desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais”*, que se refletem no incremento da *“ (...) inteligência emocional, das preocupações éticas e do pensamento racional”* (Peplau, s.d. cit. por Abreu, 2007, p.178).

Por outro lado, Garrido, Simões e Pires (2008, p.15) afirmam que:

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

A OE clarifica o conceito de SCE referindo que esta é percebida “ (...) como um processo formal de acompanhamento [contínuo] da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (OE, 2010, p.5).

A individualidade e imprevisibilidade dos cuidados de enfermagem ressaltam a importância do papel SC. O enfermeiro com o apoio de “ (...) estratégias e processos de orientação, ajuda e acompanhamento das práticas clínicas” (Fonseca, 2006, p.11), terá maior confiança nos cuidados que presta, refletindo-se na qualidade dos mesmos.

Como podemos ver nas definições supracitadas, a SCE assume um papel de destaque no desenvolvimento de competências, conhecimentos e valores profissionais, através de uma crescente autonomização e responsabilização dos enfermeiros pelos cuidados de saúde prestados; permite a reflexão da prática clínica e salvaguarda não só os valores e interesses do supervisionado mas também a organização do processo supervisory (Faugier e Butterworth, 1994; RCN, 2002; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja, 2006; NCPDNM, 2008; OE, 2010).

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

Consolidando esta ideia, destacamos a perspetiva de Walsh *et al.* (2003) que salientam a importância da SC enquanto instrumento essencial no desenvolvimento de cuidados de enfermagem com qualidade, recorrendo a processos reflexivos na, para e sobre a prática clínica com a finalidade de obter mais ganhos em saúde.

Atendendo às inúmeras definições do conceito de SCE, podemos identificar alguns elementos centrais: a existência de uma estrutura, de um quadro concetual e de procedimentos específicos previamente planificados; os processos de suporte e acompanhamento dos enfermeiros por profissionais mais experientes e altamente qualificados; o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades reflexivas sobre a

prática clínica; a relação enquanto dimensão central do processo supervisivo; o envolvimento e empenhamento de todos os intervenientes; a garantia da qualidade e segurança dos cuidados e a proteção dos doentes.

A SCE sustenta-se num modelo supervisivo, o qual se traduz num enquadramento concetual com referenciais operatórios que estruturam os seus elementos - as etapas do processo, as funções mais importantes e o papel do supervisor e do supervisionado (Fowler, 1996 cit. por Abreu, 2007).

Os primeiros modelos de SC surgiram no final dos anos 60 e tinham como referência o modelo psicossocial e relacional de Carl Rogers. Estes primeiros modelos centravam-se no desenvolvimento e nos papéis sociais do supervisionado que, segundo a perspetiva de Alarcão e Tavares (2003) cit. por Abreu (2007), assentavam numa relação recíproca, assimétrica e helicoidal entre supervisor e supervisionado.

A diversidade de modelos refletem as diferentes perspetivas teóricas do conceito de SC, no entanto, podemos agrupa-los por categorias em função das características de cada um.

Hyrkäs (2002) agrupou os modelos de SC em quatro categorias: os modelos centrados no desenvolvimento do supervisionado e que enfatizam a função educacional da SC (Faugier em 1992; Friedman e Marr em 1995); os modelos que dão ênfase à relação supervisiva entre supervisor e supervisionado (Heron em 1989) ou os que se centralizam na relação com os doentes (Farrington em 1995); os modelos que se focalizam nas funções da SC na prática (Proctor em 1986, 1991 e 2000; Hawkins e Shohet em 1989; Nicklin em 1997; Puanonen em 1999; Sloan e Watson em 2002; Hyrkäs em 2002).

Na literatura atual encontram-se descritos vários modelos de SC que constituem quadros conceptuais para a sua aplicação. Dos vários modelos, destacamos os mais citados na literatura.

O modelo de Proctor, inicialmente desenvolvido em 1986 mas com atualizações em 1991 e 2000, é dos modelos mais citados na literatura de enfermagem (Sloan e Watson, 2002; Winstanley e White, 2003; Cruz, 2008), tendo já sido aplicado em vários contextos da prática clínica (Sloan e Watson, 2002).

Este é um modelo interativo sustentado em três funções supervisivas que podem ser utilizadas isoladamente ou em simultâneo: Função formativa/educacional - o supervisor desenvolve as suas competências e habilidades, procurando compreender a prática clínica através de processo de reflexão; Função normativa/diretiva ou administrativa - controlo da qualidade dos contextos de trabalho, promovendo o cumprimento de protocolos e procedimentos, contribuindo para a auditoria clínica; Função restaurativa/suporte - promove a compreensão e a gestão do stress emocional inerente à prática de enfermagem (Winstanley e White, 2003).

O modelo *Six-category intervention analysis* de Heron (1989), citado por vários autores, assenta na relação interpessoal entre um “prescritor” (supervisor) e um “cliente” (supervizado), na qual o primeiro poderá adotar um determinado estilo de intervenção de entre seis possíveis. Os estilos de intervenção agrupam-se em dois estilos principais: *Autoritário* - o supervisor controla a relação supervisiva (inclui os estilos de intervenção prescritivo, informativo e confrontador); *Facilitador* - o locus de controlo mantém-se no superviado (inclui os estilos de intervenção catártico, catalítico e de suporte) (Sloan 1999; Sloan e Watson, 2001, 2002; Cruz, 2008).

Growth and support model, modelo apresentado por Faugier em 1992 e citado por Faugier e Butterworth (1994) e Winstanley e White (2003), assenta na relação supervisiva e destaca o papel do supervisor enquanto facilitador do crescimento pessoal e educacional do superviado, providenciando suporte no desenvolvimento da sua autonomia. Este modelo salienta a responsabilidade que o supervisor tem para com o superviado. O supervisor deverá apresentar as seguintes características: “*generosity, rewarding, openness, willingness to learn, thoughtful and thought-provoking, humanity, sensitivity uncompromising, personal, practical, orientation, relationship, trust*”(Winstanley e White, 2003, p.12).

The two matrix model of supervision, apresentado por Hawkins e Shohet em 1996 e citado por Hyrkäs (2002), Winstanley e White (2003) e Cruz (2008), caracteriza-se pela sua flexibilidade, sendo composto por dois sistemas interligadas - sistema terapêutico (superviado/cliente) e sistema de supervisão (superviado/supervisor).

O ciclo de SC, proposto em 1997 por Nicklin e citado por Abreu (2002, 2007) tem como ponto de partida o modelo de Proctor e assenta em três dimensões: *managerial, educational e supportive*. Este destaca-se, por um lado pela consistência

do enquadramento conceptual e por outro pela simplicidade estrutural, organizado num ciclo de seis etapas (objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação), aproximando-se estruturalmente ao processo de enfermagem. Este modelo direciona-se para a prática clínica na sua globalidade e não exclusivamente para dimensão emocional, facilitando assim o próprio processo supervisivo em enfermagem. (Sloan, 1999; Abreu, 2002, 2007)

Em 2001, Severinsson desenvolveu um modelo de SC assente na relação supervisiva, baseado no diálogo reflexivo e estruturado nos pressupostos *confirmation* (confirmação), *meaning* (significado) e *self-awareness* (consciencialização). Este é um modelo importante para confirmar saberes, oferecer apoio, dar pistas para o desenvolvimento profissional, conferir significados e favorecer a consciencialização de si, dos outros e do contexto.

Independentemente do modelo de SC utilizado podemos identificar aspetos comuns entre eles: a preocupação com a segurança e qualidade das práticas clínicas; o desenvolvimento de competências, o suporte e a orientação no desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais de saúde; a formação dos supervisores e as suas características específicas; a implementação de um processo estruturado e a existência de documentos de referência; a relação entre supervisor e supervisionado.

Atendendo à enorme diversidade de propostas conceptuais, não podemos assumir que exista um modelo melhor ou pior do que outro ou até mesmo um modelo ideal. Desta forma, a implementação de um modelo de SCE exige dos responsáveis a capacidade de seleccionar o modelo que vá ao encontro das características e das necessidades supervisivas de cada contexto organizacional e profissional (Garrido, Simões e Pires, 2008).

A implementação de um modelo de SC possibilita fundamentalmente a prestação de cuidados de enfermagem seguros e com qualidade (Hyrkäs e Puanonen-Ilmonen, 2001; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja, 2006), baseados na melhor evidência científica, traduzindo-se numa ferramenta essencial, não só para o desenvolvimento da profissão mas também da Enfermagem enquanto ciência (OE, 2007).

1.2. A Qualidade e a Segurança dos Cuidados de Saúde

O conceito de qualidade surgiu no século XIX, no período da revolução industrial com a massificação da produção em série. No entanto, o conceito como hoje o conhecemos teve a sua génese no Japão no final da segunda guerra mundial. Com a derrota na guerra, o Japão iniciou o processo de reconstrução, apostando na produção industrial desenvolvida num método de controlo de qualidade que tornava a produção mais eficiente e centrada na padronização e na uniformidade. (Biscaia, 1998)

Na área da saúde, a preocupação com a qualidade tem vindo a manifestar-se desde os primórdios, no entanto, os avanços tecnológicos e o contexto social da década de 60 fomentaram esta temática nos cuidados de saúde. Desde esse período foram desenvolvidos vários processos que procuraram implementar sistemas de melhoria da qualidade. Porém, em meados dos anos 80 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) impulsionou esta temática na área da saúde, recomendando aos países a procura incessante pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde (WHO, 2004). Desde então, a qualidade tem vindo a ser um aspeto sistematicamente considerado nos sistemas de saúde por todo o mundo, apostando-se em estratégias focalizadas nos utentes, na excelência, na efetividade e na eficiência dos cuidados prestados (Mezomo, 2001).

Pela sua complexidade, dinâmica e subjetividade, a qualidade possibilita uma multiplicidade de interpretações, devendo ser analisada e definida no contexto de um sistema de saúde e de uma sociedade em constante evolução, de acordo com as condições económicas e o de desenvolvimento de cada população. No entanto, alguns autores procuraram traduzir os atributos do conceito e defini-lo.

Em 1980, Donabedian designa a qualidade em saúde como sendo um processo de prestação de cuidados que procura maximizar o bem-estar do doente, exigindo que o doente faça um balanço entre custos e benefícios esperados no processo de prestação de cuidados de saúde.

O *Department of Health - DoH* refere que a qualidade em saúde não é mais do que “*doing the right things right, at the first time to the right people, at the right time in the right place, at the lower cost*” (NHS, 1997 cit. por MS, 2011).

Para Biscaia (1998), a qualidade é um conjunto integrado de atividades planeadas que abrange os diversos níveis de cuidados, sendo baseada na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, tendo como objetivo a melhoria contínua dos cuidados de saúde e a satisfação de todos.

Para Mezomo (2001), a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço que o torna adequado à missão de uma organização, a qual foi concebida para dar resposta às necessidades e expectativas dos clientes.

A qualidade é designada por Delgado (2009) como uma forma de estar, de conviver e de atuar, procurando permanentemente os melhores resultados a partir de um melhor desempenho.

Nos cuidados de saúde, a qualidade surge como uma exigência, emergindo como um atributo e uma dimensão incontornável na prestação dos mesmos. A qualidade em saúde é proactiva, procurando não só dar resposta às necessidades do doente mas agindo numa atitude preventiva, reunindo como atributos a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não apenas a exigência única da aceitabilidade; esta é orientada para as necessidades dos doentes. (Biscaia, 1998)

Um sistema de qualidade em saúde deve procurar corrigir os erros do próprio sistema, reduzir a variabilidade indesejada e ter como finalidade major a melhoria contínua da qualidade, desenvolvendo-se num quadro de responsabilidade e participação coletiva de todos os intervenientes (Prisco e Biscaia, 2001).

No Plano Nacional de Saúde 2011-2016, a Qualidade em Saúde (QeS) designa a *“prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível”* (MS, 2011, p.2).

A QeS resulta da intervenção dirigida de três grandes pilares: as *estruturas* (recursos materiais e humanos, infraestruturas e a organização); o *processo de prestação de cuidados* (procedimentos de natureza clínica e social que interagem direta ou indiretamente com o doente como a qualidade técnica, a adequação e validade da informação produzida, da integração e da continuidade dos cuidados); os *resultados* com impacto nas condições e nos processos de vida dos doentes (recuperação, controlo doença, satisfação, a mudança de comportamento e a capacitação) (NHS, 2006 cit. por MS, 2011).

Assim, a qualidade é simultaneamente encarada não só como um elemento caracterizador mas também como uma dimensão estruturante dos cuidados de saúde (Abreu, 2007).

A classificação clássica de Donabedian que triangulava a qualidade em *resultados*, *processos* e *estrutura* foi completada pelas dimensões da *satisfação do doente* e da *centralização dos cuidados no doente e na segurança*. No entanto, tal como refere Fragata (2010), podemos referir outras dimensões para a segurança dos cuidados de saúde, tais como as *medidas de confiança* sentidas pela comunidade e pelos doentes, a *dimensão ética e relacional* e a *dimensão de custos*.

Como podemos constatar através da análise dos conceitos supracitados, a qualidade em saúde designa um conceito complexo, de carácter subjetivo e dinâmico, uma vez que se reveste de uma multiplicidade de interpretações, devendo por isso ser analisado no contexto de um sistema de saúde característico de uma sociedade dinâmica e evolutiva. Apesar desta complexidade e subjetividade, as organizações de saúde tem vindo a desenvolver atributos passíveis de uma tradução objetiva e clara do conceito.

Na Europa, vários países procuraram reajustar os sistemas de saúde com base nas recomendações da OMS: na Holanda os profissionais de saúde têm que demonstrar a qualidade dos seus serviços; na Suécia é exigido aos profissionais que prestem cuidados com base em métodos de gestão da qualidade; no Reino Unido foi criado a *Clinical Governance* - estrutura que procura garantir que o processo de monitorização e melhoria da qualidade na prática clínica esteja implementado em todas as instituições de saúde; na Finlândia foi também introduzida uma política de qualidade oficial em todo o país.

Em Portugal, o primeiro passo para a consolidação de uma política de qualidade na saúde deu-se durante as décadas de 80 e 90, com a realização de algumas atividades promovidas pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários no âmbito dos cuidados de saúde hospitalares e primários. Em 1996, ocorre uma mudança neste contexto passando a qualidade a ser encarada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma prioridade e um eixo de intervenção fundamental. No Plano Nacional de Saúde 1998-2002, a qualidade foi definida como uma das suas orientações estratégicas fundamentais. Em 1999, desenvolveu-se o primeiro sistema de qualidade em saúde sob coordenação do

Conselho Nacional da Qualidade e do Instituto da Qualidade em Saúde, o qual passou a integrar a temática da qualidade no programa nacional de saúde. Neste âmbito, foi estabelecido um protocolo entre o Instituto da Qualidade em Saúde e a *King's Fund Health Quality Service* com o desenvolvimento de um sistema de acreditação da qualidade, o qual possibilitou a implementação de processos de acreditação em vários hospitais portugueses. (Prisco e Biscaia, 2001)

Em 2009, a DGS criou o Departamento da Qualidade na Saúde, nomeou o Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde e desenvolveu o programa *Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde* (MS, 2011).

No que diz respeito ao termo *Governance*, este foi importado do contexto económico e adaptado aos cuidados de saúde, de onde emergiu o termo *Clinical Governance*. Este foi introduzido pela primeira vez em 1997 pelo Serviço Nacional de Saúde Britânico, traduzindo uma estratégia de modernização do sistema de saúde. Neste novo modelo de trabalho, as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimula a excelência dos cuidados clínicos. (NHS, 2006)

Os princípios da governação clínica incluem: a definição clara da responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados; a existência de um programa de melhoria da qualidade (auditorias clínicas, normas de orientação clínicas, planeamento e desenvolvimento dos recursos humanos); planos de formação das equipas de saúde; a gestão do risco clínico; a implementação de programas integrados de identificação e correção do mau desempenho. (ARSLVT, 2009)

A governação clínica tem como objetivo primordial a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, salvaguardando padrões elevados de qualidade, centrando-se na procura de bem-estar e na participação ativa do doente nos cuidados, na prevenção do risco clínico, no desenvolvimento de uma cultura de segurança procurando continuamente a melhoria da prática clínica e da qualidade em todas as suas vertentes (estrutura, processo, resultados e conhecimento). Assim, a governação clínica visa a minimização de riscos associados aos cuidados de saúde, promovendo a excelência destes através da melhoria contínua da prática clínica. (ARSLVT, 2009)

No que diz respeito aos efeitos adversos, a OMS considera que estes são um desafio para a qualidade dos cuidados, causando sofrimento humano que poderia ser

evitável. Para além disso, estes são um instrumento de perda financeira e de custos elevados para os serviços de saúde, relevando-se um incremento importante do desenvolvimento da segurança dos doentes e da qualidade dos cuidados em geral. Desta forma, não podemos dissociar a qualidade dos cuidados de saúde da segurança dos mesmos (WHO, 2004).

A definição de segurança emergiu do movimento da qualidade dos cuidados de saúde, tal como refere Hughes (2008), a segurança é a base sobre a qual todos os aspetos da qualidade dos cuidados se desenvolvem.

A segurança é uma das principais dimensões da qualidade, sendo a gestão de risco o instrumento essencial para a sua garantia (MS, 2011).

Para melhor compreender o impacto da segurança nos cuidados de saúde têm sido realizados vários estudos em todo o mundo - no Canadá, Estados Unidos da América, Austrália e Reino Unido. Os resultados obtidos nestes estudos mostraram que, independentemente do país em estudo e do tipo de sistema de saúde, os riscos estão sempre presentes nos cuidados de saúde até mesmo nos melhores sistemas de saúde (Hyrkäs e Parker, 2006).

A posição conjunta do *International Council of Nurses (ICN)*, *International Pharmaceutical Federation - FIP* e *World Medical Association - WMA*, coloca a segurança dos clientes como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde, numa combinação complexa de processos, tecnologia e interações humanas, sendo inevitável a ocorrência de eventos adversos (WHPA, 2002). Nesta linha de pensamento, algumas organizações internacionais tem vindo a desenvolver programas de qualidade.

A OMS lançou recomendações em 2004 *World Alliance for Patient Safety* e em 2005 *Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care*.

Por outro lado, a Comissão Europeia desenvolveu em 2004 *High Level Group of Health Services and Medical Care*, onde estabeleceu um conjunto de programas e de sistema de relatórios de incidentes com a participação de vários países, incluindo a Suécia, Dinamarca, Holanda, Irlanda, Reino Unido e República Checa, desenvolvendo no ano seguinte, em 2005, o programa *Safety without Borders*.

Nos Estados Unidos da América, é a *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ* que assume a responsabilidade de assegurar o cumprimento dos programas de qualidade.

A qualidade dos cuidados de saúde não pode ser apenas suportada nas normas de boas práticas ou nas competências técnicas dos profissionais de saúde. Esta exige um processo estruturado que permite construir uma prática clínica racional, funcional e integrada, com vista a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. (Abreu, 2007)

A qualidade pode ser avaliada com recurso a indicadores que medem o desempenho dos seus elementos. Quando existe conformidade entre o observado e os indicadores, o sistema pode ser caracterizado de qualidade (WHO, 2004).

Os indicadores são instrumentos reguladores da qualidade assistencial que obedecem a padrões estabelecidos e periodicamente revistos, tendo por base as componentes da organização - a estrutura, o processo e o resultado. Estes quantificam as entradas (recursos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo (Teixeira *et al.*, 2006).

A aplicação de indicadores nos diferentes cenários permite a comparabilidade interna e externa das instituições com relação aos seus processos de trabalho, contribuindo dessa forma para a tomada de decisão e para avaliação desses serviços por parte dos seus gestores (Tronchin *et al.*, 2006 cit por Teixeira *et al.*, 2006).

As temáticas da segurança e da qualidade nos serviços de saúde têm sido, nos últimos anos, uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde. A gestão pela qualidade e segurança assume nos sistemas de saúde um papel central, focalizando-se nos utilizadores e caracterizando-se pela excelência, efetividade e eficiência dos cuidados de saúde prestados.

1.3. O Papel da SCE na Qualidade e na Segurança dos Cuidados de Saúde

A implementação de sistemas de qualidade é hoje assumida como pedra basilar de qualquer sistema de saúde, sendo este pressuposto apoiado por organizações internacionais e nacionais como a OMS, o ICN, o Conselho Nacional da Qualidade, o Instituto da Qualidade em Saúde e pela OE.

A abordagem da qualidade nos serviços de saúde remete-nos para a reflexão sobre as práticas profissionais e para a definição de projetos que sublinhem o compromisso dos profissionais e das instituições na concessão de um ambiente favorável à sua implementação e à consolidação dos mesmos.

Nas equipas de saúde, o enfermeiro assume um papel central na garantia da qualidade dos cuidados e na segurança dos doentes. A sua capacidade integrativa para coordenar todas as necessidades do doente, garante a qualidade dos cuidados prestados por si ou por outros profissionais de saúde (Hughes, 2008).

No *European Forum of National Nursing and Midwifery Associations*, a NMA e a OMS emanaram uma posição conjunta que destaca as áreas de intervenção dos enfermeiros, reconhecendo o seu papel crucial na segurança das pessoas (WHO, 2003).

A OMS reconhece o papel dos enfermeiros na segurança dos doentes, recomendando a adoção de uma atitude preventiva. Para tal, sugere a gestão dos riscos potenciais, a implementação de medidas de precaução, a regulação e a transmissão de informação aos profissionais de saúde sobre a potencialidade de um risco (WHO, 2003).

Corroborando a posição do ICN, a OE refere que a segurança é essencial à prestação de cuidados de saúde com qualidade. Complementando esta ideia, salienta ainda que o desenvolvimento da segurança é da responsabilidade das instituições de saúde, sendo exigido para tal um conjunto de medidas que passam pelo recrutamento, pela integração e fixação dos profissionais, pela melhoria do desempenho, pelas medidas de segurança ambiental e pela gestão de riscos (Nunes, 2006). No entanto, a escassez de recursos e a falta de suporte dos profissionais de saúde, conduzem a um desempenho pobre dos mesmos, pela baixa motivação ou por insuficientes habilidades técnicas, comprometendo a segurança e a qualidade dos cuidados (OE, 2003).

Um dos desafios que se coloca à enfermagem, enquanto ciência e profissão do futuro, prende-se nos padrões de qualidade, com reflexo na melhoria do exercício profissional dos enfermeiros (Nunes, 2006). Nesta linha orientadora, a OE assumiu como atividade prioritária o domínio das competências na execução dos sistemas de melhoria contínua da qualidade. Para dar resposta a esta exigência, a OE definiu em 2001 os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, publicando *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Neste documento, a qualidade em saúde é encarada como uma tarefa multiprofissional, considerando que, “ (...) *nem a*

qualidade se obtém apenas do exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, p.4).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem estão na base do exercício profissional, orientando a prática dos enfermeiros e dirigidos aos doentes, estabelecendo um nível de realização que possibilita a sua medição. Estes padrões estão agrupados em seis categorias - a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; a organização dos cuidados de enfermagem. (OE, 2001)

Como referimos anteriormente, a avaliação da qualidade só é passível de ser realizada graças à existência de indicadores da qualidade.

Um dos indicadores e critério de qualidade do exercício profissional descritos pela OE é a organização dos cuidados de enfermagem - *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”* (OE, 2001, p.15).

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

A SC é referida em diversas normas e critérios de acreditação, nomeadamente, nas normas de acreditação do *King’s Found Health Quality Service*, onde é destacada a necessidade de implementação de programas de supervisão das práticas clínicas em enfermagem (Joint Commission, 2003 cit. por Abreu, 2003).

Existe evidência científica que corrobora os benefícios da SCE a diferentes níveis dos cuidados de saúde. Para além disso, podemos encontrar na literatura a referência ao papel da SCE na proteção do doente, sendo o enfermeiro responsável por garantir a qualidade e segurança dos cuidados até mesmo nas situações clínicas

mais complexas (LoËnnqvist, 1983; Hawkins e Shohet, 1996; Bond e Holland, 1998 cit. por Hyrkäs, Leithi e Paumonen-Ilmonen, 2001).

A SC tem sido considerada um elemento central na melhoria dos padrões clínicos e no aumento da qualidade dos cuidados (Butterworth e Woods, 1998 cit. por Garrido, Simões e Pires, 2008). Consolidando esta ideia, Edwards *et al.* (2005) refere que atualmente a SC é aceite como condição indispensável para a prestação de cuidados com qualidade.

Em 2001, Hyrkäs, Lehti e Puanonen-Ilmonen desenvolveram um estudo onde analisaram os custos-benefícios (custos económicos do enfermeiro supervisor; benefícios - conhecimentos, satisfação dos doentes, reclamações, litígios e baixas por doença) da SCE num hospital da Suécia durante 3 anos. Os resultados obtidos mostraram que a SCE era rentável, uma vez que, com maior acompanhamento e mais formação, os enfermeiros desenvolveram as suas capacidades e habilidades, com impacto na satisfação laboral, que se traduziu numa diminuição das reclamações e dos dias de internamento com repercussões no aumento do número de doentes tratados. Em resultado, a SCE trouxe um incremento na eficiência dos cuidados que se traduziu num aumento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados aos doentes.

Também Hyrkäs e Puanonen-Ilmonen desenvolveram em 2001 um estudo onde comprovaram que a SC em grupo tem efeitos favoráveis sobre a qualidade assistencial em enfermagem.

Num estudo quase-experimental desenvolvido por Bradshaw, Butterworth e Mairs em 2007, analisou-se o impacto da SCE na sintomatologia psiquiátrica de doentes esquizofrénicos numa unidade de saúde mental. Os resultados obtidos mostraram uma diminuição da gravidade dos sintomas positivos nos doentes esquizofrénicos cuidados por estudantes de enfermagem alvo de um plano de SCE.

Em 2010, White e Winstanley desenvolveram um estudo randomizado controlado em Queensland na Austrália, em 17 serviços de saúde mental e psiquiatria de 9 localidades, com uma duração de 18 meses envolvendo supervisores, supervisados e doentes. Nos diferentes contextos foi avaliada a satisfação e a perceção de SC; posteriormente foi implementado um programa de SC com a duração de 6 e 12 meses

com posterior avaliação do impacto desta para os seus participantes. Os autores procuraram a existência de uma relação entre SC, qualidade dos cuidados e melhoria dos cuidados de saúde. Os dados encontrados não permitiram demonstrar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação dos doentes e a qualidade dos cuidados. No entanto, tal como os autores referem a ausência de evidência não significa que esta relação de facto não exista.

Como podemos constatar e tal como referem Bedwards e Daniels (2005), a literatura é consensual ao valorizar o impacto positivo da SCE nos enfermeiros, nos doentes e na qualidade dos cuidados de enfermagem.

1.4. As Quedas em Contexto Hospitalar e o Contributo da SCE

As temáticas da qualidade e da segurança são áreas cada vez mais discutidas na saúde. Esta preocupação reflete-se na procura de programas capazes de diminuir as limitações e a dependência dos doentes, bem como no desenvolvimento de infraestruturas que ajudem a prevenir erros e acidentes. Desta forma, as quedas de doentes em contexto hospitalar tornam-se imperativamente um tema atual e a sua prevenção uma área sensível aos cuidados de enfermagem, onde a SCE tem uma área de atuação preponderante.

A comunidade internacional tem vindo a realizar inúmeros trabalhos de investigação procurando desenvolver instrumentos de avaliação do risco de queda, modelos e programas de prevenção de quedas por todo o mundo. Alguns exemplos desses trabalhos são os de Janice Morse no Canadá em 1987, 1989, 1996, 2006 e 2008; Giggi Udén e colaboradores na Suécia em 1999; Jennifer Dempsey na Austrália em 2004; Cornelia Heinze e colaboradores na Alemanha em 2006 e em 2008; Mayumi Kato e colaboradores no Japão em 2008; Mirolijub Jakovljevic na Eslovénia em 2009; Carmela Lovallo e colaboradores na Itália em 2010.

Em Portugal, a preocupação com a prevenção de quedas emergiu dos processos de acreditação hospitalar. Algumas instituições hospitalares começaram a desenvolver estudos de incidência e prevalência de quedas, procurando implementar programas de prevenção e desenvolvendo sistemas de notificação de risco. Podemos

destacar os trabalhos desenvolvido pelo Centro Hospitalar do Porto, EPE e pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE desde 2000; o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE - Hospital de Santa Marta desde 2001; o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE desde 2005; o Hospital Nossa Senhora do Rosário desde 2007, entre outros.

As estatísticas Europeias apontam para 50%, a percentagem de idosos institucionalizados que caem pelo menos uma vez no ano, sendo que mais de 40% caem várias vezes (Todd e Skelton, 2004).

No estudo de prevalência desenvolvido pelo Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge no âmbito do projeto ADELIA, com registo dos acidentes domésticos e de lazer numa amostra de doentes de 6 hospitais e 15 centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde escolhidos aleatoriamente, contactou-se que o mecanismo de lesão mais frequente foi a queda com 67% (2006), 70,9% (2007) e 74,2% (2008) nos Hospitais e 58,1% (2006) e 58,9% (2007) nos Centros de Saúde. Desta forma, no ano de 2008, as quedas traduziram 74,8% dos mecanismos de lesão mais registados a nível hospitalar, não se afastando dos 75% da média dos restantes países da União Europeia (Rabiais, Nunes e Contreiras, 2011).

As quedas representam um dos principais acontecimentos indesejáveis que ocorrem em doentes hospitalizadas, sendo por isso um dos grandes desafios no contexto da segurança do doente. Por outro lado, as quedas acarretam para além das consequências físicas e psicológicas, custos económicos e sociais, que se traduzem num aumento da dependência e da institucionalização. Esta situação contribui para o aumento do tempo de internamento, dos gastos com recursos humanos e materiais, com repercussões negativas na qualidade de vida do doente e família (Dowling, 2004; Saraiva *et al.*, 2008).

Pereira *et al.* (2001) referem que os idosos hospitalizados que sofrem uma queda permanecem internados o dobro do tempo quando comparados com os outros doentes.

Complementando esta ideia, a CIHI (2002) citado por RNAO refere que “*In addition to pain and suffering for individuals and their families, fall-related injuries result in substantial economic burden to society*” (RNAO, 2005, p.21).

Segundo a OMS, a queda define-se como uma consequência de um acontecimento que faz com que a pessoa caia no chão contra a sua vontade (WHO, 2007).

Para Morse (2009), uma queda define-se como um evento em que o doente cai involuntariamente no chão ou noutra superfície mais baixa.

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

As quedas apresentam diferentes etiologias, sendo agrupadas e classificadas por vários autores. Janice Morse propõe uma classificação que contempla três modelos de quedas: as *quedas acidentais* (ocorrem em doentes orientados no tempo e no espaço, com uma marcha normal, no entanto, estes caem por escorregarem ou tropeçarem); as *quedas não antecipadas* (resultam de acontecimentos inesperados e incontrolados pelo doente, como por exemplo, síncope, convulsões, entre outros, sendo por isso impossíveis de prevenir a não ser que haja um diagnóstico da causa física que leva a que ocorra a situação de queda); as *quedas antecipadas* (são as mais frequentes - cerca de 78% - sendo previsíveis e associados a alterações na locomoção e desorientação da pessoa) (Morse, 2009). Na perspetiva desta autora, o trabalho de prevenção deve centrar-se neste último tipo de quedas, passando pela identificação dos fatores de risco e a implementação de medidas protetoras.

A *National Patient Safety Agency* (2007) refere que os fatores de risco que mais concorrem para as quedas são a mobilidade (astenia, desequilíbrio na marcha, deficiências motoras); o estado mental (confusão mental, desorientação, depressão, défices cognitivos); as necessidades fisiológicas (incontinência ou recorrer frequentemente ao quarto de banho); as histórias de quedas (as quedas surgem em cerca de 16 a 52% dos doentes que já tiveram quedas); a medicação que atua a nível do sistema nervoso central e a nível cardiovascular; a idade (doentes com idade superior a 60 anos tem maior risco de queda, sendo significativamente superior em doentes com mais de 80 anos) (Rubenstein, 2006).

Os fatores de risco podem ser agrupados e classificados em intrínsecos e extrínsecos (Santos *et al.*, 2003 e Saraiva *et al.*, 2008).

Os fatores intrínsecos estão diretamente relacionados com próprio doente e incluem as alterações fisiológicas relacionadas com envelhecimento (diminuição da força muscular e deformidades ósseas, distúrbios vestibulares e proprioceptivos, diminuição dos reflexos posturais e da capacidade funcional, marcha senil, alteração do sono com sonolência diurna e insónia noturna), as doenças associadas (doenças

cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas, osteoarticulares, pulmonares e geniturinárias) e os efeitos causados pelo uso de fármacos (os diuréticos e outros anti hipertensores, psicofármacos e anti parkinsonianos podem propiciar quedas uma vez que diminuem as funções motoras; os bloqueadores de canais de cálcio, benzodiazepinas e vasodilatadores aumentam risco de queda devido às suas propriedades sedativas e bloqueio alfa-adrenérgico que levam a alterações psicomotoras e hipotensão postural) (Coutinho e Silva, 2002; Santos *et al.*, 2003; Saraiva *et al.*, 2008; Woolcott *et al.*, 2009).

Por outro lado, os fatores extrínsecos dependem de circunstâncias sociais e ambientais criando um desafio para o doente. Estes incluem: a iluminação inadequada, as superfícies escorregadias, os tapetes soltos ou com dobras, os degraus altos ou estreitos, os obstáculos no caminho, a ausência de barras de apoio nos corredores e no quarto de banho, o calçado inadequado, as roupas largas e compridas, o mobiliário inadequado, a ausência de tapetes de segurança na banheira e as ajudas técnicas em mau estado de conservação ou utilizadas inadequadamente (Santos *et al.*, 2003; RNAO, 2005; Saraiva *et al.*, 2008). Neste caso, as estratégias de intervenção centram-se na adequação das estruturas que envolvem o doente às suas necessidades.

Em suma, as intervenções de enfermagem devem contemplar a implementação de medidas de prevenção da queda, através do controlo dos fatores intrínsecos e eliminação dos fatores extrínsecos, salvaguardando o princípio que nem todos os fatores de risco são passíveis de serem modificados ou eliminados.

As quedas podem causar danos de natureza física, psicológica e social que podem desencadear uma crescente perda de independência e autonomia, afetando a qualidade de vida dos doentes e família, podendo mesmo levar à institucionalização dos mesmos (Rubenstein, 2006).

Das consequências físicas das quedas, podemos destacar a dor, as fraturas, as contusões e feridas, os hematomas, as lesões neurológicas e as sequelas da imobilidade (Rui Pérez e Llorente, 1996 cit. por Saraiva *et al.*, 2008); as consequências psicológicas incluem um conjunto de alterações que se designa de síndrome pós queda ou *fallophobia*, que se caracteriza pelo medo prolongado de voltar a cair, perda da autonomia, diminuição do nível de atividade física, perda da autoestima, perda da autoconfiança, depressão, ansiedade, super-proteção de familiares e cuidadores e alteração das atividades diárias, com repercussões na qualidade de vida (Nogueiro *et al.*, 2002 cit. por Saraiva *et al.*, 2008; Hendrich *et*

al., 2003); das consequências sociais de uma queda podemos salientar a diminuição da autonomia para o autocuidado, o aumento do tempo de internamento com consequente aumento dos custos em recursos materiais e humanos e o agravamento do estado de saúde (Hendrich *et al.*, 2003; Rubenstein, 2006).

Na epistemologia, o conceito de risco apresenta-se com um sentido matemático, isto é, como uma probabilidade de um acontecimento ocorrer ou não, combinando com a magnitude das perdas e ganhos envolvidos na ação realizada (Gamba e Santos, 2006). Já na saúde, o conceito de risco é visto como o perigo potencial de ocorrer um acontecimento adverso à saúde das pessoas expostas a ele. O risco pode ser ainda encarado como a possibilidade de dano nas dimensões do ser humano (física, psíquica, moral, intelectual, sociocultural e espiritual).

Perante uma situação de risco, podemos destacar duas atitudes que os enfermeiros devem adotar na sua prática clínica: a prevenção enquanto decisão adaptada à natureza, gravidade e probabilidade de um risco conhecido e identificável, o qual requer a adoção de um conjunto de ações destinadas a evitar um evento que causa danos; e a precaução, referindo-se ao hipotético, ao imponderável num contexto de incerteza, apela a ações cautelosas, à prudência e à vigilância (Nunes, 2006).

A avaliação do risco é fundamental para a adoção de medidas adequadas a cada situação. Os autores Gamba e Santos (2006) afirmam que a mensuração do risco através de escalas é uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento do raciocínio clínico orientado para a promoção e para proteção da saúde. Os mesmos autores referem ainda que o recurso a escalas de avaliação de risco, apresentam-se como um meio para identificar atributos ambientais, sociais e individuais que constituem ameaças à saúde. Ao identificar estes atributos, é possível alterá-los através da adoção de medidas que permitam reduzir a probabilidade do acontecimento ocorrer através da remoção os perigos potenciais.

O *Risco de Cair* é um diagnóstico de enfermagem operacionalizado através da aplicação de escalas, sendo a incidência de quedas um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem. Quando um doente apresenta risco de queda e tal não é diagnosticado, a ocorrência de uma queda é considerada negligência por parte dos profissionais de saúde. A monitorização do risco de queda e a implementação de medidas preventivas, concorrem para o controlo deste fenómeno e para a

minimização das suas consequências. A identificação precoce dos riscos é a chave para a prevenção das lesões, no entanto, esta depende da existência de uma cultura de confiança, honestidade, integridade e comunicação aberta entre os doentes e os enfermeiros (ICN, 2006) e a restante equipa de saúde.

Corroborando esta ideia, Moura *et al.* (2009), referem que a incidência de quedas é um indicador da qualidade que pretende analisar as variações geográficas na distribuição da incidência de quedas, identificando não só áreas e grupos de maior risco mas também orientando para a adoção de medidas de intervenção. Para além disso, um programa de prevenção de quedas deverá incluir atributos mensuráveis que exigem a investigação prévia dos contextos, com vista a identificar e compreender os fatores de risco que predisõem a queda.

Na área da prevenção de quedas, podemos identificar um conjunto de medidas que podem ser implementadas pelos enfermeiros. Vários estudos apontam-nos para intervenções na área da avaliação dos doentes, identificando os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos; a monitorização do risco de queda; a atuação com precaução, vigiando a ação do doente; a adoção de uma atitude preventiva - eliminando e/ou minimizando o impacto dos fatores de risco, promovendo a segurança e prevenindo os acidentes.

Num estudo desenvolvido por Reis *et al.* (2004), concluiu-se que a incidência de quedas diminui quando existe uma monitorização e avaliação deste indicador, uma vez que permite a adequação das intervenções de enfermagem às necessidades do doente.

Ramos (2008) reforça a perspetiva anterior ao referir que a maioria das quedas pode ser prevenida. Sendo a prevenção das quedas um foco sensível aos cuidados de enfermagem, os enfermeiros são responsáveis pela monitorização do risco, pela avaliação do doente, identificação dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e a adoção de medidas preventivas ajustadas à necessidade do doente. Para tal, inicialmente deve desenvolver-se ações de formação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre esta problemática.

Para Saraiva *et al.* (2008) o risco de queda é diretamente proporcional ao número de fatores existentes. Desta forma, se conseguirmos eliminar ou diminuir o impacto de algum fator de risco, a probabilidade de ocorrer uma queda é menor.

Para Caldevilla e Costa (2009) a redução das quedas nos internamentos hospitalares depende da prestação de cuidados por profissionais de saúde competentes, que utilizam estratégias baseadas na melhor evidência científica,

recorrendo à avaliação do risco de queda e à sua sinalização. Para além disso, é essencial comunicar o risco de queda à restante equipa de saúde, adotando estratégias baseadas em protocolos de atuação adaptados às necessidades de cada doente, agindo num contexto multidisciplinar.

Haines *et al.* (2004) e Healy *et al.* (2004) cit. por RNAO (2005) referem que apesar da monitorização do risco de queda na admissão não reduzir diretamente a incidência de quedas em pessoas idosas, a evidência indica que esta pode ajudar o enfermeiro a selecionar as intervenções ajustadas às necessidades dos doentes e subsequentemente promover a redução da incidência de quedas.

A utilização de instrumentos de avaliação do risco de queda representa um recurso essencial na prevenção de quedas, existindo uma grande variedade de instrumentos que poderão ser implementados pelas instituições de saúde. Nesta escolha, dever-se-á ter em atenção a especificidade e a sensibilidade deste às particularidades da população envolvida. Para além disso, este deverá apresentar características que permitam a integração na prática profissional dos enfermeiros (RNAO, 2005).

No trabalho de validação da escala *Hendrich II Fall Risk Model*, a autora refere que 75% das quedas teriam sido previstas se tivesse sido realizada uma avaliação específica do risco de queda. Desta forma, a monitorização do risco de queda e a identificação dos fatores de risco, acompanhada da implementação de intervenções adaptadas às necessidades individuais de cada doente traduz-se em ganhos em saúde (Hendrich *et al.*, 2003).

Em Portugal, não se tem investido na validação de instrumentos de avaliação do risco de queda. A maioria das instituições hospitalares utiliza escalas de risco de queda sem que esta tenha sido alvo de processos de tradução, validação e adaptação linguística e cultural à realidade portuguesa. Esta situação poderá traduzir-se em processo de avaliação do risco de queda e a implementação de medidas desajustadas às características da população e às necessidades dos doentes. (Caldevilla e Costa, 2009)

No contexto em estudo, a EQM encontra-se parametrizada no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®).

Esta escala, desenvolvida por Janice Morse em 1997 no âmbito de um programa de prevenção de quedas e atualizada em 2009, é constituída por seis parâmetros com 2 ou 3 hipóteses de resposta, as quais o enfermeiro seleciona de acordo com a sua avaliação. No final são somadas as pontuações de cada parâmetro, resultando numa pontuação total que varia entre 0 e 125 pontos.

A pontuação obtida permite classificar o risco de queda do doente da seguinte forma: Sem Risco (0-24 pontos); Baixo Risco (25-50 pontos); Alto Risco (superior a 50 pontos). No entanto, a autora recomenda que o alto risco de queda seja classificado para pontuação igual ou superior a 45 pontos (sem risco de 0-24 pontos, baixo risco de 25-44 pontos, alto risco de 45-125 pontos) (Morse, 2009).

Figura 1: 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

Sem Risco	0 - 24	SCORE TOTAL
Baixo Risco	25 - 50	
Alto Risco	>50	
RISCO DE QUEDA		_____

(Adaptado de Morse Fall Scale[®] em utilização no Sistema Informático SAPE[®])

Esta escala é utilizada em vários contextos hospitalares, tendo sido alvo de vários testes que asseguraram a fiabilidade, sensibilidade e precisão. Os estudos desenvolvidos mostraram que esta escala é uma ferramenta com uma excelente construção de validade e sensibilidade (Barnett *et al.*, 2002).

Foram desenvolvidos diversos estudos comparativos entre várias escalas de risco de queda, dos quais destacamos dois deles.

Num estudo desenvolvido num hospital Australiano procurou-se avaliar a validade de três escalas de risco de queda - Morse Fall Scale - MFS, St Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients - STRATIFY e Hendrich II Fall Risk Model - HFRM II. Esta última escala apresentou melhor validade preditiva, reprodutibilidade e fiabilidade em comparação com as outras duas escalas (Ang *et al.*, 2007).

Num estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América testou-se a sensibilidade, a especificidade e a viabilidade de quatro escalas de risco de queda -

Morse Fall Scale - MFS, Fall and Injury Risk Assessment Tool/New York-Presbyterian - NY, Hendrich II Fall Risk Model - HFRM II e Maine Medical Centrer, Falls Risk Assessment/Interventions - MMC. A *Morse Fall Scale* apresentou melhor consistência interna (alfa de Cronbach de 0,72), uma boa especificidade (72,8%), no entanto a *NY* demonstrou maior sensibilidade (78,9%) e aceitabilidade, tendo sido destacada pela sua facilidade de utilização e a simplicidade do sistema de pontuação (Chapman, Bachand e Hyrkäs, 2011).

Na revisão sistemática da literatura desenvolvida por Oliver *et al.* (2004), verificaram que grande parte dos instrumentos de monitorização de quedas não são capazes de prever quedas com uma sensibilidade e especificidade inferior a 70%. Para além disso, estes autores recomendam que o instrumento deve ser adequado às características da população do contexto e a sua utilização do domínio completo dos seus utilizadores (RNAO, 2005).

A escolha de um instrumento de avaliação do risco de queda exige a validação do mesmo ao contexto onde irá ser aplicado, de forma a verificar se este é adequado às especificidades e necessidades organizacionais e populacionais. Não obstante, o instrumento deverá ter uma utilização simples e precisa, de forma a poder ser facilmente integrado na prática clínica (Chapman, Bachand e Hyrkäs, 2011).

A implementação de um programa de prevenção de quedas exige um conjunto de medidas que requer um grande envolvimento e grandes esforços por parte de toda a equipa de enfermagem. Atendendo a que um dos objetivos centrais da SCE se prende com a orientação, ajuda e acompanhamento dos enfermeiros na sua prática clínica com reflexo na qualidade assistencial, consideramos que esta poderá contribuir para uma melhor implementação dos programas de prevenção de quedas, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, com repercussões positivas na saúde dos doentes, isto é, poderá promover a prevenção de quedas.

O enquadramento teórico de um trabalho de investigação possibilita a compreensão, não só dos conceitos centrais mas também do processo de exploração dos trabalhos de investigação já desenvolvidos sobre a temática em estudo. No entanto, o processo de investigação exige uma estrutura formal com as principais linhas orientadoras de todo o trabalho desenvolvido. O capítulo que se segue expõe o percurso metodológico adotado, onde serão clarificadas as linhas orientadoras seguidas neste trabalho.

2. PERCURSO METEDOLÓGICO

Nos trabalhos de investigação a revisão da literatura permite ao investigador vislumbrar algumas áreas de interesse que poderão ser exploradas. No capítulo anterior foram descortinados alguns conceitos que nos impulsionaram para a investigação, seguindo-se agora a caracterização do percurso metodológico desenvolvido.

Ao delinear o percurso metodológico, o investigador planeia as várias etapas do caminho que pretende seguir ao longo do estudo (Fortin, 2009). Neste capítulo abordamos as questões metodológicas que possibilitaram a realização deste estudo (questão de partida, objetivos, questões orientadoras, hipótese de investigação, variáveis em estudo, tipo de estudo, contexto do estudo, população e amostra, operacionalização do estudo, tratamento dos dados e considerações éticas).

O primeiro passo construtivo de um trabalho de investigação passa pela rutura, *“romper com os preconceitos e as falsas evidências, que somente nos dão a ilusão de compreendermos as coisas”* (Quivy, 1995, p.26). Desta rutura emerge um problema de investigação que requer uma explicação, exige uma alteração ou uma melhoria (Fortin, 2009). A delimitação do problema é essencial para dar início ao trabalho de investigação, uma vez que permite definir e identificar o que se pretende estudar. Segundo Fortin (2009), a delimitação do problema de investigação deve ser realizada de forma clara, concisa e objetiva atendendo às experiências pessoais do investigador, aos estudos anteriormente realizados e às necessidades e prioridades de investigação.

Como podemos verificar na revisão bibliográfica, a SCE assume um papel preponderante na qualidade dos cuidados. Os inúmeros trabalhos de investigação

desenvolvidos centram-se, predominantemente, no desempenho dos enfermeiros e na potencialização das suas competências com vista a prestar os melhores cuidados de enfermagem. Apesar do enorme contributo dos trabalhos anteriormente desenvolvidos, a relação entre SC e ganhos diretos em saúde ainda não está bem esclarecida.

Para além disso, consideramos que para identificar os pressupostos de um modelo de SC capazes de garantir cuidados de saúde com qualidade e segurança, com ganhos efetivos em saúde, é essencial estudar uma temática que seja simultaneamente sensível aos cuidados de enfermagem e um indicador da qualidade.

Definido pelas comissões de acreditação e pela OE como um indicador da qualidade dos cuidados em saúde e como critério de qualidade do exercício profissional, o fenómeno de enfermagem *Cair* representa um domínio central na prática clínica. Não obstante, a queda é um fenómeno que exige grande atenção por parte dos enfermeiros - requer monitorização do risco e a adoção de medidas de prevenção, sendo por isso uma área sensível aos cuidados de enfermagem com grande relevância na prática clínica.

Uma vez reconhecida a importância do fenómeno de enfermagem *Cair* para a prática clínica, e atendendo a que um dos principais pressupostos da SCE se prende com a promoção da qualidade dos cuidados, considera-se que a prevenção de quedas é uma das áreas em que a SCE poderá ter uma intervenção ativa.

O contexto onde decorreu o estudo apresenta algumas características com interesse na compreensão deste fenómeno, das quais destacamos: a valorização da prevenção de quedas, a existência de um protocolo instituído no serviço, a formação em SCE de alguns enfermeiros e a realização prévia de um trabalho de doutoramento com a implementação de um modelo de SCE no serviço.

Desta forma, com base no supracitado, surge a problemática: *Risco de queda-contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem*.

O interesse científico deste trabalho passa por analisar e compreender a problemática em estudo, com a finalidade de encontrar contributos para um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros para o risco de queda.

Este estudo tem como finalidade propor contributos para um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas, de forma a promover a qualidade e a segurança dos cuidados.

2.1. Questão de Partida

A formulação de um problema de investigação pretende “ (...) desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender” (Fortin, 2009, p. 52).

Desta forma, torna-se importante refletir sobre esta problemática e identificar os pressupostos que estarão na base de um modelo de SCE capaz de promover a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, garantindo desta forma um incremento de ganhos em saúde nos doentes na área da prevenção de quedas.

A pergunta de partida deve ser estruturalmente precisa, concisa e unívoca e ao mesmo tempo clara, exequível e pertinente, devendo também ser realista e contribuir para a evolução da investigação científica, tendo uma intenção compreensiva ou explicativa (Quivy, 2008).

Ao pensar nesta problemática emerge a seguinte questão de partida:

“Quais os aspetos a incluir num modelo de SCE de forma a promover a segurança e a qualidade dos cuidados em relação ao risco de queda?”

2.2. Objetivos

No sentido de clarificar a finalidade deste estudo, tornou-se necessário identificar os objetivos do mesmo.

Os objetivos são enunciados declarativos que orientam o estudo com base numa questão de investigação. Estes expressam claramente as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação. (Fortin, 2009)

Desta forma, foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar o risco de queda dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso.

- Relacionar o risco de queda com os atributos pessoais (idade e sexo) dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso;
- Identificar os cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso para o risco de queda;
- Analisar a conformidade dos processos de monitorização, planificação e execução dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso para o risco de queda;
- Propor contributos para um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas.

2.3. Questões Orientadoras e Hipóteses de Investigação

As questões de investigação representam enunciados interrogativos precisos que decorrem diretamente do objetivo e especificam os aspetos a investigar. Estas incluem a população, as variáveis que se pretende descrever e as relações que possam existir entre elas. (Fortin, 2009)

Atendendo à questão de investigação principal - *“Quais os aspetos a incluir num modelo de SCE de forma a promover a segurança e a qualidade dos cuidados em relação ao risco de queda?”*, e tendo por base os objetivos do estudo, emerge a necessidade de procedemos à elaboração das seguintes questões orientadoras:

1. Qual o risco de queda dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso?
2. Qual a relação existente entre a idade e o risco de queda dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso?
3. Qual a relação existente entre o sexo e o risco de queda dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso?
4. Quais as diferenças existentes entre a necessidade de contenção física observada nos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso e a documentação da mesma?

5. Quais as diferenças existentes entre a necessidade de contenção física e o risco de queda dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso?
6. Quais as diferenças existentes entre a monitorização do risco de queda diagnosticada pelo enfermeiro, pelo investigador e a monitorização documentada nos registos de enfermagem?
7. Quais as diferenças existentes entre as intervenções selecionadas pelo enfermeiro responsável pelo doente, observadas pelo investigador e documentadas nos registos de enfermagem?
8. Quais os pressupostos que um modelo de SCE deverá incluir para potencializar as competências dos enfermeiros para a prevenção de quedas?

Na perspetiva de Quivy (2008), a organização de um trabalho de investigação com base em hipóteses constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor. A hipótese exprime uma relação formal de predição entre duas ou mais variáveis que necessitam de uma verificação empírica. Esta combina o problema e o objetivo numa explicação dos resultados esperados, direcionando todo o processo de pesquisa. (Fortin, 2009)

Assim, na sequência dos objetivos definidos e numa tentativa de dar resposta à problemática em estudo, formulámos as seguintes hipóteses:

- H1. Existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o risco de queda dos doentes do serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso.
- H2. Existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o risco de queda dos doentes do serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso.
- H3. Existem diferenças estatisticamente significativas entre a monitorização diagnosticada pelo investigador e a monitorização documentada nos registos de enfermagem na admissão.
- H4. Existem diferenças estatisticamente significativas entre a monitorização diagnosticada pelo enfermeiro responsável pelo doente, pelo investigador e a monitorização documentada nos registos de enfermagem no momento de apreciação do doente.
- H5. Existem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções de enfermagem de prevenção de quedas selecionadas pelo enfermeiro responsável pelo doente, observadas pelo investigador e as intervenções documentadas nos registos de enfermagem.

H6. Existem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções de enfermagem sobre o conhecimento e aprendizagem de habilidades para a prevenção de quedas selecionadas pelo enfermeiro responsável pelo doente e as intervenções documentadas nos registos de enfermagem.

2.4. Variáveis

As variáveis representam qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações, que podem ser quantificadas e classificadas em função da forma como são utilizadas na investigação. A variável independente é aquela cujas alterações influenciam ou produzem modificações no comportamento observável - variável dependente. O investigador procura comprovar se existem resultados provocados pela variável independente sobre a variável dependente. (Fortin, 2009)

A seleção das variáveis do estudo baseou-se na pesquisa bibliográfica, na finalidade e nos objetivos. Desta forma, tendo por base as hipóteses em estudo, foram definidas as seguintes variáveis (Tabela 1).

Tabela 1: Variáveis em estudo

Hipótese	Variável Independente	Variável Dependente
Hipótese 1 (H1)	Idade	Risco de queda
Hipótese 2 (H2)	Sexo	Risco de queda
Hipótese 3 (H3)	Risco de queda admissão (registos)	Risco de queda admissão (investigador)
Hipótese 4 (H4)	Risco de queda (enfermeiro) (registos)	Risco de queda (investigador)
Hipótese 5 (H5)	Intervenções de enfermagem prevenção quedas (observado) (registos)	Intervenções de enfermagem prevenção quedas (enfermeiro)
Hipótese 6 (H6)	Intervenções de enfermagem conhecimento prevenção quedas (registos)	Intervenções de enfermagem conhecimento prevenção quedas (enfermeiro)

As variáveis foram operacionalizadas com recurso aos registos clínicos de enfermagem no *software* aplicacional SAPE® (Anexo I). Este utiliza como referencial

linguístico a CIPE (versão BETA 2), o qual possibilita a planificação e o registo das atividades decorrentes da prestação de cuidados de enfermagem. O SAPE® é orientado para a prestação de cuidados de enfermagem e visa a organização e o tratamento de informação processada na documentação de enfermagem sobre a situação clínica do doente. Este tem como objetivos sustentar os cuidados de enfermagem e normalizar o sistema de registos (ACSS, 2010).

2.5. Tipo de Estudo

Com vista a dar resposta à finalidade e aos objetivos, optamos por desenvolver um estudo de carácter exploratório-descritivo, de natureza transversal, no âmbito de um paradigma quantitativo.

Este é um estudo quantitativo, uma vez que procura descrever, verificar as relações entre as variáveis e examinar as mudanças que decorrem na variável dependente após a manipulação da variável independente (Fortin, 2009). Os dados são recolhidos e posteriormente é estudada a relação existente entre eles, resultando daí conclusões quantificadas e generalizáveis tanto quanto possível (Bell, 2004). Tem uma natureza transversal, pois pretende descrever o fenómeno e a relação existente entre as variáveis num período de tempo previamente delimitado (Fortin, 2009). O nosso estudo é do tipo exploratório-descritivo, visto que nos possibilita explorar e descrever os conceitos e os fenómenos sem os manipular, procurando a relação existente entre as variáveis. Estes permitem-nos não só obter informação mas também perceber da melhor forma o problema em estudo, possibilitando-nos assim um maior conhecimento da realidade (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

2.6. Contexto

O CHMA integra o antigo Hospital Conde São Bento (Santo Tirso) e o antigo Hospital São João de Deus (Vila Nova de Famalicão), possui uma lotação de 301 camas e recebe doentes das áreas geográficas de Vila Nova de Famalicão, Santo Tirso e Trofa numa área geográfica total de 201,85 Km², no total de 245.000 habitantes (INE, 2011).

Este estudo desenvolveu-se no serviço de medicina A da unidade de Santo Tirso do CHMA.

A cidade de Santo Tirso pertence Distrito do Porto, possui 71 530 habitantes, distribuídos por uma área geográfica de 135,31 Km², composta por 24 freguesias (INE, 2011).

O serviço de medicina A tem uma lotação de 43 camas, podendo no entanto, em situações excepcionais, aumentar a sua lotação para 47 camas. Estas encontram-se distribuídas por 13 enfermarias (2 enfermarias de 2 camas; 9 enfermarias de 3 camas; 2 enfermarias de 6 camas). Estruturalmente o serviço encontra-se dividido em duas alas, com um quarto de banho em cada ala, sendo este composto por 3 sanitas simples e dois chuveiros, existindo um quarto de banho exclusivo para doentes com mobilidade reduzida. Nos quartos de banho, a zona de sanitas apresenta barras de apoio e àrea de banhos é constituída por um poliban com estruturas antiderrapantes e barras de apoio, no entanto a área envolvente é bastante reduzida, dificultando a sua utilização. A nível de instrumentos adaptativos e/ou auxiliares de marcha, o serviço possui 5 cadeiras de rodas, 3 bengalas, 2 andarilhos e 2 tripés com moderado estado de conservação.

A equipa de Enfermagem é composta por 42 enfermeiros: 1 enfermeira chefe, 1 enfermeira responsável pela gestão, 2 enfermeiras especialistas em reabilitação e os restantes 37 enfermeiros generalistas (sendo que 3 são enfermeiras especialistas em saúde mental e psiquiatria). A metodologia de trabalho adotada pela equipa de enfermagem é o método individual (enfermeiro responsável).

O número de enfermeiros é variável nos diversos turnos: no turno da manhã e da tarde a equipa é constituída por 6 enfermeiros e durante a noite por 4 enfermeiros, sendo que nos turnos da manhã e da tarde a equipa pode contar com a colaboração

de uma enfermeira especialista em reabilitação. Os doentes são distribuídos pela equipa de enfermagem com base no Sistema de Classificação de Doentes (SCD/E).

2.7. População e Amostra

A população é um conjunto de sujeitos que partilham características comuns, com base num conjunto de critérios previamente definidos (Fortin, 2009). Neste estudo, o universo é constituído por todos os doentes internados no serviço de Medicina A do CHMA - unidade de Santo Tirso, no período de tempo compreendido entre dez de fevereiro de 2012 e nove de abril de 2012.

Uma vez delimitada a população, e porque nem sempre é possível reunir informações sobre cada uma das unidades que a constituem, definimos uma amostra da população. Assim, recorreremos a um método de amostragem de conveniência, em que os indivíduos que possuem as características pré-estabelecidas são incluídos no estudo à medida que vão chegando ao local, em função da acessibilidade e disponibilidade na recolha de dados e da disponibilidade da instituição até que a amostra atinja o tamanho pretendido (Fortin, 2009).

Para efeitos de amostragem definimos como critérios de inclusão: permanência no serviço por um período superior a 24 horas, não apresentar reinternamentos durante o período de recolha de dados e não ter participado no pré-teste.

Do total de utentes internados no serviço de Medicina A do CHMA da unidade de Santo Tirso neste período, cento e trinta e dois (N= 132) doentes obedeceram aos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

2.8. Desenho do Estudo

Numa investigação existem inúmeras formas de proceder à colheita de dados, cabendo ao investigador selecionar qual o instrumento e o método que melhor se adapta ao seu estudo, população e meios disponíveis.

Após a seleção dos doentes que cumpriam os critérios de inclusão, procedeu-se à colheita de dados, a qual contemplou três procedimentos realizados no mesmo dia (preferencialmente no mesmo turno):

- Preenchimento do questionário de avaliação do risco de queda pelo enfermeiro generalista responsável pelo doente - Anexo II;
- Observação participante (preenchimento da grelha de observação de avaliação do risco de queda pelo investigador - Anexo III);
- Recolha e análise documental de elementos do processo clínico informático do SAPE® - ANEXO IV (avaliação inicial, monitorização do risco de queda - data de realização e pontuação, plano de cuidados - diagnósticos e intervenções ativas, datas de implementação e frequência de realização).

Os três procedimentos de colheita de dados utilizaram instrumentos estruturalmente semelhantes que possibilitaram a sua comparação.

O questionário é uma técnica de colheita de dados que tem sido amplamente utilizada em investigação empírica. Este instrumento apoia-se em questões abertas e fechadas, direcionadas a um conjunto de indivíduos numa sequência previamente definida. A sua simplicidade e clareza possibilitam a colheita de dados a um grande número de pessoas, num curto espaço de tempo, exigindo menos recursos económicos e humanos (Fortin, 2009).

Para esta investigação desenvolvemos um questionário de avaliação do risco de queda com base no protocolo de quedas do serviço e na parametrização definida no sistema de registos de enfermagem - SAPE®.

O questionário de avaliação do risco de queda (ANEXO II) 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.

Este questionário procurou ir ao encontro da realidade já instituída no contexto em estudo.

Quanto às intervenções de enfermagem, selecionamos as que se encontram protocoladas no SAPE®. Todavia, identificamos algumas intervenções que por si só não traduziam todas as necessidades dos doentes.

Na revisão bibliográfica, identificamos alguns cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros do serviço que não se encontravam objetivamente parametrizados no SAPE®. Para colmatar esta lacuna, procedemos à análise dos indicadores que estão na base da CIPE - os indicadores *NIC (Nursing Interventions Classification)* e *NOC (Nursing Outcomes Classification)*, e selecionamos os cuidados que traduziam a prática clínica desenvolvida neste contexto, respeitando o protocolo do serviço e os princípios da classificação CIPE. Para tal, decomusemos a intervenção *Gerir ambiente físico* em oito atividades que traduzem alguns dos cuidados encontrados na literatura e nos indicadores supracitados (ANEXO II - parte II).

O questionário foi desenvolvido com base nos pressupostos descritos no protocolo de prevenção de quedas do contexto em estudo, sendo por isso do conhecimento dos enfermeiros do serviço. No entanto, consideramos necessário realizar um pré-teste para validar a estrutura do mesmo, de forma a garantir a sua validade e fidelidade.

O pré-teste foi realizado no contexto em estudo no período compreendido entre trinta e um de janeiro de 2012 e quinze de fevereiro de 2012.

Neste procedimento estiveram envolvidas três enfermeiras generalistas e uma enfermeira especialista, as quais preencheram vinte questionários de diferentes doentes, tendo sido cumpridos os pressupostos quanto à representatividade da amostra. Os enfermeiros não referiram quaisquer dificuldades no preenchimento do questionário. Desta forma, os resultados obtidos possibilitaram a validação do instrumento.

Numa fase inicial não estava planeada a recolha de dados com recurso à técnica de observação participante, uma vez que se tinha delineado a participação das enfermeiras especialistas no procedimento de observação. No entanto, estas já se encontravam a participar noutra estudo de investigação, tendo sido reconsiderada a sua participação, com vista a evitar a sobrecarga de trabalho nestas profissionais. Esta situação foi solucionada através da substituição destas enfermeiras pela participação do investigador recorrendo à técnica de observação participante.

A observação participante é uma técnica qualitativa de colheita de dados sistematizada que se caracteriza pelo contacto direto entre investigador e sujeitos nos

seus contextos culturais. Os seus objetivos vão muito além da mera descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, da orientação e da dinâmica de cada momento. Face à intersubjetividade presente em cada contacto, a observação participante possibilita a apreensão do real (Fortin, 2009).

Neste estudo, a técnica de observação participante incluía um contacto entre o investigador e o doente e/ou familiar na enfermaria, com o objetivo de conhecer as suas características, compreender as suas necessidades e identificar as intervenções implementadas para dar resposta ao risco de queda. O procedimento de observação participante incluiu: a apresentação do investigador; um breve esclarecimento sobre o objetivo do estudo; a obtenção de consentimento informado por parte do doente e/ou familiar; a avaliação inicial do doente; a avaliação da capacidade motora e cognitiva do doente; a observação do ambiente envolvente; a avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas e a observação de alguns cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro responsável pelo doente.

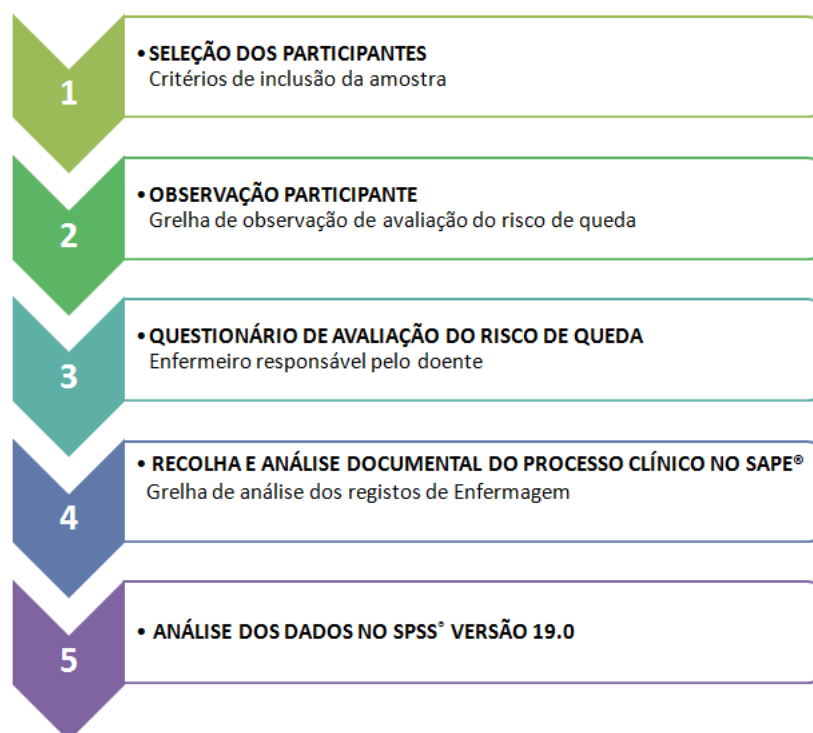
Com os dados recolhidos procedemos ao preenchimento da grelha de observação da avaliação do risco de queda (Anexo III)

Os registos de enfermagem documentados no SAPE® foram alvo de um procedimento de análise documental, o qual incluiu a recolha de informação da avaliação inicial e dos planos de cuidados de enfermagem.

Os dados recolhidos possibilitaram a construção de uma base de dados no programa SPSS® (*Statistical Program for Social Sciences*), versão 19.0 para ambiente Windows, onde podemos proceder ao tratamento estatístico dos mesmos.

A figura que se segue (Figura 2) clarifica as etapas do procedimento de colheita e análise de dados.

Figura 2: Desenho do estudo



2.9. Tratamento Estatístico dos Dados

Após a recolha dos dados, procedeu-se ao seu tratamento estatístico com recurso ao software SPSS® (versão 19.0 para ambiente Windows), com aplicação de procedimentos de estatística descritiva e indutiva. Estes permitem ao investigador reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e traduzir a informação numérica em conteúdo (Bell, 2004; Fortin, 2009).

A estatística descritiva pretende evidenciar um conjunto de dados recolhidos de uma amostra, de forma a serem interpretados pelo investigador e demais indivíduos. Por outro lado, a inferência estatística centra-se nos resultados recolhidos de uma amostra, procurando por inferência antever as características ou o comportamento da população (Fortin, 2009).

Identificamos as características sociodemográficas e clínicas da amostra através da análise descritiva das variáveis (sexo, idade, classes etárias, diagnóstico de admissão, risco de queda). As variáveis contínuas foram descritas com recursos a medidas de tendência central média, moda, desvio padrão (DP), valor mínimo e valor máximo. As variáveis categóricas/nominais foram apresentadas sob a forma de frequências relativas (%) e frequências absolutas (N).

No que diz respeito ao tratamento analítico dos dados, a avaliação das relações significativas entre as variáveis, foi conseguida com recurso a aplicação dos testes não paramétricos adequados ao estudo de variáveis conforme a sua natureza - Correlação de Spearman; Teste de Kruskal Wallis; Teste de Mann Whitney. O nível de significância estatística considerado foi de 1%.

2.10. Considerações Éticas

Todos os trabalhos de investigação, sobretudo os que envolvem a participação direta ou indireta de pessoas, deverão ter em consideração os pressupostos de natureza ética, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados, protegendo assim, os participantes de consequências menos positivas decorrentes da sua participação no estudo (Fortin, 2009).

Na fase inicial do trabalho, efetuamos as diligências necessárias no sentido de respeitar os requisitos éticos, tanto a nível administrativo, como a nível individual.

Quanto aos procedimentos éticos de natureza administrativa, o processo de solicitação à comissão de ética do CHMA estava facilitada, uma vez que este estudo está integrado num projeto que decorre entre esta instituição de saúde e a ESEP. No entanto, efetuamos o pedido de autorização ao conselho de administração do CHMA, onde esclarecemos o tema, a finalidade e a metodologia de investigação do estudo (ANEXO V).

Em relação aos procedimentos éticos de natureza individual, solicitamos formalmente a participação dos enfermeiros, tendo estes sido esclarecidos sobre os benefícios e importância dos resultados da investigação a nível individual e coletivo. Para além disso, clarificamos que a sua participação era voluntária e que o

anonimato e confidencialidade de todos os dados seriam garantidos, assegurando a possibilidade de recusa, sem que daí adviesse qualquer consequência a nível pessoal e/ou profissional.

Foram salvaguardadas as questões éticas inerentes à observação participante, nomeadamente a apresentação do investigador, o esclarecimento sobre o objetivo do estudo e a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido, garantindo o anonimato, a confidencialidade e a possibilidade de recusar a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal.

Durante a observação participante foi garantida não só a privacidade do doente mas também todos os princípios da bioética (o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, o princípio da autonomia e o princípio da justiça) e tidos em conta e respeitados todos os princípios previstos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Tanto na fase de colheita e tratamento dos dados como na elaboração do relatório, foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados.

No capítulo seguinte, apresentaremos os resultados obtidos neste estudo resultantes de procedimentos de estatística descritiva e indutiva.

3. SCE E PREVENÇÃO DE QUEDAS - RESULTADOS E CONTRIBUTOS

No capítulo anterior clarificamos o percurso metodológico adotado, o qual nos permitiu desenvolver o processo de investigação de uma forma estruturada, seguindo uma linha orientadora que nos conduziu em todas as fases deste trabalho.

Neste capítulo, apresentamos os resultados obtidos no estudo com recurso ao tratamento estatístico dos dados e os contributos que emergem dos mesmos.

3.1 Resultados do Estudo

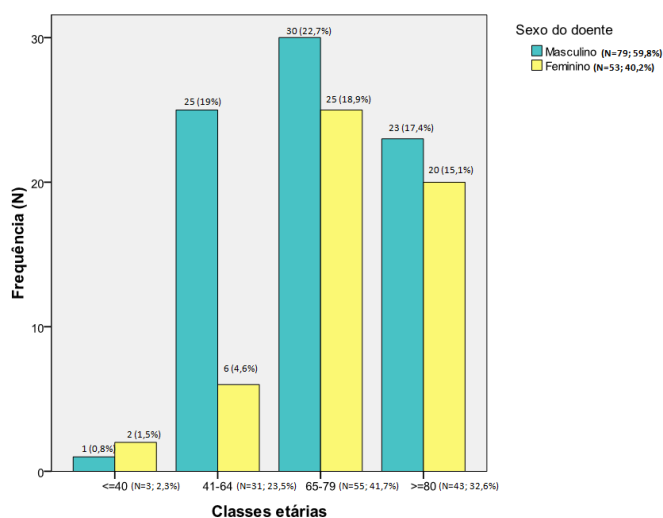
Com vista a uma melhor compreensão dos resultados, organizamos este subcapítulo em vários subcapítulos com base nas áreas exploradas neste estudo (a caracterização da amostra; a idade e o risco de queda; o sexo e o risco de queda; a necessidade de contenção física e o risco de queda; o protocolo de prevenção de quedas; monitorização do risco de queda; intervenções de enfermagem e o risco de queda).

3.1.1. Caracterização da Amostra

Do total de cento e trinta e dois (N=132) casos que integram a amostra do estudo, procedemos à caracterização demográfica da mesma, estratificando as classes etárias por sexo (Gráfico 1).

A amostra foi agrupada em classes etárias com base na classificação: Adulto jovem (<=40 anos); Adulto maduro (41-64 anos); Idoso jovem - 3ª idade (65-79 anos); Idosos maduro - 4ª idade (>=80 anos) (Cavanillas *et al.*, 2009 e Miguel *et al.*, 2009).

Gráfico 1: Caracterização demográfica da amostra, segundo o sexo



Os indivíduos adultos jovens representaram 2,3% (N= 3), os adultos maduros 23,5% (N=31), os idosos jovens traduziram 41,7% (N= 55) e os indivíduos idosos maduros figuraram 32,6% (N= 43) da nossa amostra.

A média de idades situava-se nos 72,5 anos, com um Desvio-Padrão (DP) de aproximadamente 13 anos, sendo 87 anos a idade mais frequente. O participante mais jovem tinha 25 anos de idade e o participante mais idoso 97 anos.

No que se refere ao sexo, verificamos um maior número de participantes do sexo masculino (N= 79; 59,8%) quando comparado com os do sexo feminino (N=53; 40,2%).

Quando a amostra foi agrupada por classe etária, verificamos que a maior percentagem de doentes era composta por idosos jovens (3ª idade) do sexo masculino (N=30; 22,7%).

A caracterização da amostra foi desenvolvida com base no diagnóstico de admissão e do risco de queda monitorizado pelo investigador.

Através da recolha de dados, foram identificados diversos diagnósticos, os quais foram agrupados (Tabela 2) de acordo com a listagem de Grupos Homogéneos de Diagnóstico disponibilizada *online* pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Tabela 2: Caracterização da amostra segundo diagnóstico médico

Risco e queda		TOTAL N (%)
Diagnóstico de Admissão	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso (1)	3 (2,3%)
	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório (4)	62 (47%)
	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório (5)	30 (22,7%)
	Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo (6)	3 (2,3%)
	Doenças e Perturbações do Sistema Músculo- Esquelético e Tecido Conjuntivo (8)	1 (0,8%)
	Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama (9)	4 (3%)
	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (10)	2 (1,5%)
	Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário (11)	13 (9,9%)
	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino (13)	1 (0,8%)
	Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas (16)	3 (2,3%)
	Doenças Inoficiosas e Parasitárias (Sistémicas ou Localização não Específica (18)	8 (6,1%)
	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas (21)	2 (1,5%)

Ao analisarmos a tabela 2, podemos afirmar que do total de 132 casos que compõem a amostra, 47% (N=62) apresentam diagnóstico de admissão pertencente ao grupo de diagnóstico *Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório*, seguindo-se 22,7% (N=30) dos casos com *Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório* e 9,8% (N=13) com *Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário*.

O risco de queda foi monitorizado pelo investigador no momento da observação, obtendo os seguintes resultados: *sem risco de queda* (N=22; 16,7%), *baixo risco de queda* (N=64; 48,5%), *alto risco de queda* (N=46; 34,8%).

3.1.2. A Idade e o Risco de Queda

Neste subcapítulo exploramos a hipótese 1 (H1), a qual procura compreender a relação entre a idade e o risco de queda.

HIPÓTESE 1 (H1)

Existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o risco de queda dos doentes do serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso.

A tabela 3 mostra a distribuição do risco de queda segundo a classe etária.

Tabela 3: O risco de queda e as classes etárias

Risco e queda	Sem Risco (N=22; 16,7%) N (%)	Baixo Risco (N=64; 48,5%) N (%)	Alto Risco (N=46; 34,8%) N (%)
<= 40 (N=3; 2,3%) N (%)	2 (1,5%)	1 (0,8%)	0 (0%)
41-64 (N=31; 23,5%) N (%)	11 (8,3%)	13(9,9%)	7 (5,3%)
65-79 (N=55; 41,7%) N (%)	7 (5,3%)	26 (19,7%)	22 (16,7%)
>=80 (N=43; 32,6%) N (%)	2 (1,5%)	24 (18,2%)	17 (12,8%)

(1) $r_s = 0,264$; $N=132$; $p= 0,002$

(1) Teste de Spearman

A amostra foi estratificada por risco de queda e por classes etárias de onde resultaram as variáveis risco de queda (VD) e classes etárias (VI).

Da análise da tabela 3, podemos referir que dos 16,7% (N=22) dos indivíduos *sem risco de queda*, 50% (N=11) tem idades compreendidas entre os 41 e os 64 anos de idade; relativamente aos indivíduos com *baixo risco de queda* (N=64; 48,5%), 78,1% (N=48) tem idade igual ou superior a 65 anos; o mesmo se verifica nos 34,8% (N=46) dos indivíduos com *alto risco de queda*, onde 84,8% (N=39) tem idade igual ou superior a 65 anos.

Procedemos à análise bivariada das variáveis em estudo, procurando o grau de associação entre estas através da correlação de Spearman. Podemos referir que o

risco de queda é influenciado pela idade, uma vez que existe uma correlação positiva fraca (Pestana e Gageiro, 2005) ($rs= 0,264$; $N=132$; $p=0,002$) entre o risco de queda e as classes etárias. Podemos assim concluir que a idade é um fator relevante no risco de queda, devendo ser alvo de atenção dos profissionais de saúde.

3.1.3. O Sexo e o Risco de Queda

Neste subcapítulo exploramos a hipótese 2 (H2), a qual procura compreender as diferenças do risco de queda entre homens e mulheres.

HIPÓTESE 2 (H2)

Existe diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto ao risco de queda dos doentes do serviço de medicina A do CHMA/unidade Santo Tirso.

A tabela 4 mostra a distribuição do risco de queda segundo o sexo.

Tabela 4: O risco de queda e o sexo

Risco e queda		Sem Risco (N=22; 16,7%) N (%)	Baixo Risco (N=64; 48,5%) N (%)	Alto Risco (N=46; 34,8%) N (%)
Sexo	Masculino (N=79; 59,8%) N (%)	18 (13,6%)	37 (28%)	24 (18,2%)
	Feminino (N=53; 40,2%) N (%)	4 (3%)	27 (20,5%)	22 (16,7%)
$H^{(1)}(5,614)$; $gl=2$; $P^{(1)} 0,060$				

(1) Teste de Kruskal Wallis H, nível de significância de 1%

A amostra foi estratificada por risco de queda e por sexo, onde resultaram as variáveis risco de queda (VD) e sexo (VI).

Da análise da tabela 4, podemos referir nos vários graus de risco de queda os indivíduos do sexo masculino apresentam sempre valores superiores, podendo destacar que a grande percentagem de doentes ($N=37$; 28%) são homens que

apresentam *baixo risco de queda*, em oposição aos 3% (N=4) de mulheres *sem risco de queda*.

Procedemos à análise bivariada das variáveis em estudo procurando diferenças entre estas recorrendo ao teste de Kruskal Wallis. Com base no valor encontrado ($p=0,060$), teremos que aceitar a hipótese nula, podendo afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto ao risco de queda.

3.1.4. A Necessidade de Contenção Física e o Risco de Queda

Neste subcapítulo exploramos a contenção física de doentes no âmbito do protocolo de prevenção de quedas do contexto em estudo.

A contenção física dos doentes é uma atividade implementada pelos enfermeiros, a qual deverá cumprir um conjunto de pressupostos preconizado pela *Orientação da DGS nº021/2011 - Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente contenção de doentes*, os quais se encontram previstos no protocolo de prevenção de quedas do CHMA.

De forma a compreender se esta orientação da DGS estaria a ser implementada no serviço em estudo, procedeu-se à análise dos registos de enfermagem e à observação dos doentes.

Os dados recolhidos foram agrupados pela sua presença/ausência, encontrando-se disponíveis na tabela 5.

Recorremos a estatística descritiva, com base na análise comparativa das frequências absolutas e relativas dos dados.

Tabela 5: Caracterização da amostra segundo contenção física

Contenção Física (Registos)		Sim (N=12; 9,1%) N (%)	Não (N=120; 90,9%) N (%)
Contenção Física (Enfermeiro/ Investigador)	Sim (N=19; 14,4%) N (%)	12 (9,1%)	7 (5,3%)
	Não (N=113; 85,6%) N (%)	0 (0%)	113 (85,6%)

Quanto às necessidades de contenção física, 85,6% (N=113) dos doentes não careciam de qualquer tipo de imobilização/ contenção física, em oposição aos 14,4% (N=19) que necessitavam de estar imobilizados para sua proteção.

Dos 19 casos que necessitavam de contenção física, 63,2% (N=12) satisfaziam os pressupostos preconizados pela DGS, em oposição ao 36,8% (N=7) que não o cumpriam.

A contenção física dos doentes encontra-se preconizada no protocolo de prevenção de quedas do serviço em estudo, sendo esta intervenção implementada nas situações de alto risco de queda.

De forma a compreender em que situações a contenção física é implementada, estratificamos a amostra por risco de queda e por necessidade de contenção física registada pelo enfermeiro, de onde resultaram as variáveis risco de queda (VD) e necessidade de contenção física (VI).

Os dados recolhidos foram agrupados pela sua presença/ausência, encontrando-se disponíveis na tabela 6.

Recorremos a estatística descritiva com base na análise comparativa das frequências absolutas e relativas dos dados.

Tabela 6: O risco de queda e a contenção física

Risco e queda		Sem Risco (N=22; 16,7%) N (%)	Baixo Risco (N=64; 48,5%) N (%)	Alto Risco (N=46; 34,8%) N (%)
Contenção Física (Enfermeiro)	Sim (N=19; 14,4%) N (%)	0 (0%)	15 (11,4%) / (78,9%)	4 (3,03%) / (21,1%)
	Não (N=113; 85,6%) N (%)	22 (16,7%)	49 (37,1%)	42 (31,8%)

Como podemos analisar na tabela de frequências (tabela 6), dos 19 doentes que necessitam de contenção física, 21,1% (N=4) tinham *alto risco de queda*, 78,9% (N=15) *baixo risco de queda* e nenhum *sem risco de queda*. Desta forma, 78,9% (N=15) dos doentes com *baixo risco de queda* não cumpriam o pré-estabelecido no protocolo do serviço - imobilização de doentes apenas nas situações de *alto risco de queda*.

3.1.5. O Protocolo de Prevenção de Quedas na Admissão

Neste subcapítulo exploramos os elementos contemplados no protocolo de prevenção de quedas, nomeadamente, a primeira avaliação na admissão (momento, frequência, responsável pela admissão e monitorização correta).

O protocolo de quedas preconiza que “A 1ª avaliação é sempre efetuada nas primeiras 24h, pelo enfermeiro responsável da pessoa aquando da avaliação inicial (...) A frequência de avaliação é de 48/48h independentemente do score de avaliação obtido” (CHMA, 2011).

Com o objetivo de compreender o processo de implementação do protocolo de prevenção de quedas, procedeu-se à análise dos registos de enfermagem atendendo às intervenções “Monitorizar o risco de queda através da Escala de Queda de Morse de 2/2 dias” com base nos critérios: **Primeira monitorização** (data de implementação da intervenção e enfermeiro responsável pela primeira monitorização); **Frequência de monitorização**; **Primeira monitorização correta** (o score obtido em cada um dos itens da escala, o score total da EQM e a sua comparação com os dados disponíveis no plano de cuidados e avaliação inicial de enfermagem).

Os dados recolhidos foram agrupados pela sua presença/ausência, encontrando-se disponíveis na tabela 7.

Recorremos a estatística descritiva com base na análise comparativa das frequências absolutas e relativas dos dados.

Tabela 7: Primeira monitorização do risco de queda

Primeira monitorização correta				
Frequência de Monitorização			Sim (N=59; 44,7%) N (%)	Não (N=73; 55,3%) N (%)
Sim (N=111; 84,1%) N (%)	Primeira monitorização (Enfª admissão, 1ª 24h) (N=124; 93,9%)	Sim N (%)	44 (33,3%)	62 (47%)
		Não N (%)	1 (0,8%)	4 (3%)
Não (N=21; 15,9%) N (%)	Primeira monitorização (Enfª admissão, 1ª 24h) (N=19; 14,4%)	Sim N (%)	12 (9,1%)	6 (4,5%)
		Não N (%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)

Como podemos analisar na tabela de frequências (tabela 7), o procedimento de monitorização do risco de queda na admissão foi corretamente aplicado a 33,3% (N=44) dos doentes. Por outro lado, podemos destacar que em 47% (N=62) dos casos, o procedimento foi realizado na sua totalidade, no entanto, a aplicação da EQM não foi corretamente aplicada. Em 15,3% (N=19) dos casos, faltava pelo menos um passo no procedimento de monitorização.

3.1.6. A Monitorização do Risco de Queda

Neste subcapítulo exploramos a hipótese 3 (H3) e a hipótese 4 (H4), as quais procuram compreender as diferenças na monitorização do risco de queda na admissão e durante o internamento.

HIPÓTESE 3 (H3)

Existem diferenças estatisticamente significativas entre a monitorização diagnosticada pelo investigador e a monitorização documentada nos registos de enfermagem na admissão.

A monitorização do risco de queda na admissão é o primeiro procedimento a adotar para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao doente, com vista a prevenir quedas durante o internamento.

Se o procedimento de colheita e análise dos dados não for corretamente realizado, a monitorização do risco de queda será desajustada às necessidades do doente podendo por em causa a sua segurança.

Desta forma, procuramos o diferencial existente entre a monitorização do risco de queda na admissão diagnosticada pelo enfermeiro (RAR) e a monitorização diagnosticada pelo investigador (RAI) com base nos dados disponíveis na avaliação inicial e no processo de enfermagem.

Ao analisar os dados, tivemos em atenção que a monitorização diagnosticada pelo enfermeiro derivou de um processo de colheita e análise dos dados. Por outro lado, a monitorização diagnosticada pelo investigador resultou apenas de um processo de análise dos dados colhidos pelo enfermeiro. Apesar desta limitação, consideramos que pudemos procurar as diferenças entre estas.

Tabela 8: O risco de queda na admissão e o observador

Risco e queda		Sem Risco N (%)	Baixo Risco N (%)	Alto Risco N (%)
Observado	Registo (RAR)	54 (40,9%)	61 (46,2%)	17 (12,9%)
	Investigador (RAI)	21 (15,9%)	76 (57,6%)	35 (26,5%)

(1) U=97,5; p<0,0001

(1) Teste de Mann Whitney U, nível de significância de 1%

Ao analisarmos a tabela de frequências (tabela 8), percebemos que existem discrepâncias nos resultados obtidos entre RAR e RAI.

Procedemos à análise bivariada das variáveis em estudo, procurando perceber se as diferenças entre estas seriam significativas, recorrendo para isso ao teste de Mann Whitney. Com base no valor encontrado (U=97,5; p<0,0001), rejeitamos a hipótese nula, levando-nos a afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre RAR e RAI.

HIPÓTESE 4 (H4)

Existem diferenças estatisticamente significativas entre a monitorização diagnosticada pelo enfermeiro responsável pelo doente, pelo investigador e a monitorização documentada nos registos de enfermagem no momento de apreciação do doente.

A monitorização do risco de queda durante o internamento é um procedimento realizado de 48/48 horas a todos os doentes, mesmo que nas monitorizações anteriores o score obtido caracterizasse o doente *sem risco de queda*. Este é um procedimento que pretende garantir a qualidade e a segurança dos cuidados, com vista a prevenir quedas durante o internamento.

Desta forma, procuramos o diferencial existente entre a monitorização do risco de queda documentada no SAPE® (RR), diagnosticada pelo enfermeiro responsável pelo doente (RE) e pelo investigador (RI).

O processo de monitorização do risco de queda foi desenvolvido no mesmo dia, com preferência no mesmo turno ou no turno subsequente, sendo por isso a condição clínica do doente a mesma ou muito similar.

Procuramos por isso, compreender as diferenças existentes não só no processo de recolha e análise dos dados mas também na utilização da EQM.

Tabela 9: O risco de queda e o observador

Risco e queda		Sem Risco N (%)	Baixo Risco N (%)	Alto Risco N (%)
Observador	Registo (RR)	63 (47,7%)	56 (42,4%)	13 (9,9%)
	Enfermeiro (RE)	58 (43,9%)	59 (44,7%)	15 (11,4%)
	Investigador (RI)	22 (16,7%)	64 (48,5%)	46 (34,8%)

(¹) H (33,7); gl=2; p <0,0001
(²)U= 12; p=0,42 / (³)U= 165; p<0,0001 / (⁴)U= 154 p<0,0001

(1) Teste de Kruskal Wallis H, nível de significância de 1%

(2) Teste de Mann Whitney U entre os registos e o enfermeiro, nível de significância de 1%

(3) Teste de Mann Whitney U entre os registos e o investigador, nível de significância de 1%

(4) Teste de Mann Whitney U entre o enfermeiro e o investigador, nível de significância de 1%

Ao analisarmos a tabela de frequências (tabela 9), identificamos discrepâncias nos resultados entre RR, RE e RI.

Procedemos à análise bivariada das variáveis em estudo, procurando perceber se as diferenças entre estas seriam significativas, recorrendo para isso ao teste de Kruskal Wallis. Com base no valor encontrado (H (33,7); gl=2; p<0,0001), rejeitamos a hipótese nula, podendo afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre RR, RE e RI.

No entanto, pareceu-nos pertinente compreender se as diferenças entre as variáveis seriam significativas. Desta forma, foi necessário proceder à localização das diferenças recorrendo para isso para ao teste de Mann Whitney. Os resultados obtidos neste teste apontam-nos para diferenças significativas com o variável investigador, nomeadamente entre RI e RR (U= 165; p<0,0001), e entre RI e RE (U= 154; p<0,0001).

No que diz respeito às diferenças estatísticas entre os RR e RE, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o teste de Mann Whitney (U= 12; p=0,42).

3.1.7. As Intervenções de Enfermagem e o Risco de Queda

Neste subcapítulo exploramos a hipótese 5 (H5) e a hipótese 6 (H6), as quais procuram compreender as incongruências na seleção das intervenções de enfermagem selecionadas em função do risco de queda.

HIPÓTESE 5 (H5)

Existem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções de enfermagem para a prevenção de quedas selecionadas pelo enfermeiro responsável pelo doente, observadas pelo investigador e as intervenções documentadas nos registos de enfermagem.

O protocolo de prevenção de quedas recomenda um conjunto de intervenções de enfermagem que deverão ser adotadas em função do *score* obtido na monitorização do risco de queda através da EQM.

Com o objetivo de compreender se existiam dificuldades neste processo de planeamento de cuidados, procuramos comparar as intervenções de enfermagem em três fontes de informação diferentes - nos registos de enfermagem (IR); no questionário de prevenção de quedas preenchido pelo enfermeiro responsável pelo doente (IE); nos dados colhidos na observação participante desenvolvida pelo investigador (IO).

Os dados recolhidos foram alvo de uma apreciação prévia, onde se definiu que as intervenções de enfermagem estariam corretamente identificadas se fossem assinaladas ou observadas todas as intervenções definidas pelo protocolo de quedas para cada um dos riscos de queda.

Tabela 10: O risco de queda e as intervenções de enfermagem

Intervenções corretamente associadas ao diagnóstico	Sím N (%)	Não N (%)
Registo (IR)	54 (40,9%)	78 (59,1%)
Enfermeiro (IE)	65 (49,2%)	67 (50,8%)
Observado (IO)	59 (44,7%)	73 (55,3%)
⁽¹⁾ H (33,7); gl=2; p <0,0001		
⁽²⁾ U= 1353; p<0,0001 ⁽³⁾ U= 1370; p<0,0001 ⁽⁴⁾ U= 1695; p<0,0001		

- (1) Teste de Kruskal Wallis H, nível de significância de 1%
- (2) Teste de Mann Whitney entre os registos e o enfermeiro, nível de significância de 1%
- (3) Teste de Mann Whitney entre os registos e o observado, nível de significância de 1%
- (4) Teste de Mann Whitney entre o enfermeiro e o observado, nível de significância de 1%

Ao analisarmos a tabela de frequências (tabela 10), percebemos que existem discrepâncias entre IR, IE e IO.

Procedemos à análise bivariada das variáveis em estudo, procurando perceber se as diferenças entre estas seriam significativas, recorrendo para isso ao teste de Kruskal Wallis. Com base no valor encontrado (H=33,7,3; gl=2; p<0,0001), tivemos

que rejeitar a hipótese nula, podendo afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre IR, IE e IO.

No entanto, pareceu-nos importante localizar estas diferenças, isto é, compreender se existem diferenças estatisticamente significativas entre cada uma das fontes de informação - Registos/Enfermeiro, Registos/Observado e Enfermeiro/Observado.

Foi necessário proceder à localização das diferenças, recorrendo para isso ao teste de Mann Whitney. Os resultados obtidos neste teste, apontam-nos para diferenças significativas entre IE e IR ($U= 1353$; $p<0,0001$), IO e IR ($U=1370$; $p<0,0001$) e entre IE e IO ($U= 1695$; $p<0,0001$).

HIPÓTESE 6 (H6)

Existem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções de enfermagem sobre o conhecimento e aprendizagem de habilidades para a prevenção de quedas selecionadas pelo enfermeiro responsável pelo doente e as intervenções documentadas nos registos de enfermagem.

Uma vez que o conhecimento e a aprendizagem de habilidades são por si só uma área de atenção preponderante na prevenção de quedas, consideramos relevante conhecer o trabalho que tem sido desenvolvido neste âmbito no contexto em estudo.

Com o objetivo de compreender a relevância desta área específica para a equipa de enfermagem, comparamos a nomeação destas intervenções em duas fontes de informação diferentes: nos registos (CR) e no questionário de prevenção de quedas preenchido pelo enfermeiro responsável pelo doente (CE).

Tabela 11: O risco de queda e o conhecimento

Intervenções corretamente associadas ao diagnóstico	Sim N (%)	Não N (%)
Registo (CR)	34 (25,8%)	98 (74,2%)
Enfermeiro (CE)	81 (61,4%)	51 (38,6%)

⁽¹⁾ $U= 1198$ $p<0,0001$

(1) Teste de Mann Whitney U, nível de significância de 1%

Ao analisarmos a tabela de frequências (tabela 11), identificamos discrepâncias na escolha das intervenções de enfermagem entre CR e CE.

Procedemos à análise bivariada das variáveis em estudo procurando compreender se as diferenças entre estes seriam significativas, recorrendo para isso ao teste de

Mann Whitney. Com base no valor encontrado ($U= 1198$ $p<0,0001$), tivemos que rejeitar a hipótese nula, podendo afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre CR e CE.

Com a exposição dos resultados obtidos na investigação, o passo seguinte passará pela discussão dos mesmos com o propósito de descortinar contributos para um modelo de SCE que promova a segurança e a qualidade dos cuidados com contributos para a saúde dos doentes.

3.2. Discussão dos Resultados e Contributos para um Modelo de SCE

Com a apresentação dos resultados desenvolvida no anterior capítulo, segue-se a discussão dos mesmos, com o desígnio de melhor compreender o significado dos resultados, estabelecer relação com outros estudos e ainda descortinar contributos para um modelo de SCE.

Como podemos ver pela análise dos dados, os doentes internados no serviço de medicina A do CHMA - unidade de Santo Tirso são predominantemente indivíduos do sexo masculino, idosos com mais de 65 anos de idade e com patologias associadas. Estas características estão em conformidade com os resultados obtidos na monitorização do risco de queda, em que a maioria dos doentes ($N=110$; 83,3%) apresentava risco de queda, em contraste com os 16,7% ($N=22$) de doentes que não apresentavam qualquer risco.

Na revisão da literatura, foram referenciados inúmeros fatores de risco que concorrem para as quedas, os quais podemos destacar os que estão diretamente relacionados com próprio doente (fatores intrínsecos), nomeadamente a idade, as alterações fisiológicas relacionadas com envelhecimento e as doenças associadas. Os estudos nacionais e internacionais são unânimes ao citar a idade dos indivíduos (> 65 anos) e as doenças associadas (patologias cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas, osteoarticulares, pulmonares e geniturinárias) (Calvo Mesa, Riu Camps e

Villares Garcia, 2001; Santos *et al.*, 2003; Todd e Skelton, 2004; RCN, 2004; Oliver *et al.*, 2004; RNAO, 2005; EUNESE, 2006; Rubenstein, 2006; WHO, 2007; Dempsey, 2008; Saraiva *et al.*, 2008; Morse, 2009; Caldevilla e Costa, 2009; Almeida, Abreu e Mendes, 2010; Pina *et al.*, 2010; Rabaias, Nunes e Contreiras, 2011).

Desta forma, tanto a idade como os diagnósticos de admissão dos doentes em estudo são fatores concorrentes para o elevado *score* encontrado para o risco de queda.

Procuramos conhecer a relação entre a idade e o risco de queda, onde concluímos que o risco de queda é influenciado pela idade dos doentes, mostrando-se assim um elemento a valorizar na prevenção de quedas.

Encontramos resultados similares no estudo de prevalência desenvolvido entre 2006 e 2008 pelo Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge no âmbito do projeto ADELIA. Neste estudo, o mecanismo de lesão *queda*, teve uma maior prevalência nos indivíduos com idade maior ou igual a 75 anos, com valores na ordem dos 90,4% (2006), 90,2% (2007) e 92,3% (2008) da totalidade dos acidentes registados (Rabaias, Nunes e Contreiras, 2011).

Na mesma linha orientadora, os resultados do estudo desenvolvido por Calvo Mesa, Riu Camps e Villares Garcia (2001), apontam para um aumento do número de quedas a partir dos 45 anos de idade, sendo que, na faixa etária acima dos 74 anos esse aumento é ainda mais significativo.

A relação entre risco de queda e idade é referenciada em diversos guias de boas práticas.

O guia *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age* refere que o risco de queda aumenta com a idade e com a fragilidade (WHO, 2007).

No guia *Slips, trips and falls in hospital* podemos ler que as pessoas idosas são mais vulneráveis às quedas, sublinhando que os doentes que tenham caído pelo menos uma vez têm maior risco de cair novamente (NHS, 2007).

No guia de boas práticas *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people* as quedas não são um resultado direto do processo de envelhecimento. No entanto, estas representam uma séria preocupação para os idosos, uma vez que o risco de lesão acidental que resulte em hospitalização ou morte é superior nesta faixa etária em comparação com qualquer outra (RCN, 2004).

Para além da relação entre idade e risco de queda, procuramos compreender o impacto do sexo no risco de queda, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres.

Os resultados descortinados vão ao encontro do estudo de prevalência desenvolvido pelo Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge no âmbito do projeto ADELIA, onde as diferenças entre os sexos também não foram estatisticamente significativas (Rabaias, Nunes e Contreiras, 2011).

Num estudo retrospectivo, descritivo e transversal, desenvolvido no Centro Hospitalar Cova da Beira pelo Grupo de Estudo e Prevenção de Quedas, a incidência de quedas foi mais frequente nos doentes do sexo masculino (54,9%), no entanto, tal como no nosso estudo, as diferenças entre os sexos não foram significativas (Pina *et al.*, 2010).

Por outro lado, o guia de boas práticas para prevenção de quedas da WHO (2007), reporta-nos para estudos que contrariam os dados encontrados, dos quais destacamos Stevens *et al.* (2006) e Hendrie *et al.* (2003), que referem as quedas como sendo mais frequentes em mulheres idosas. No entanto, a mortalidade relacionada com quedas é mais frequente nos indivíduos idosos do sexo masculino (Ebrahim, Kalache, 1996 cit. por WHO, 2007). Estes dados estão relacionados não só com as diferenças fisiológicas do processo de envelhecimento dos dois géneros, mas também com as diferenças culturais, comportamentais e de papel entre homens e mulheres na sociedade (WHO, 2007). As recomendações da *World Health Organization* preconizam que “*Policies and programmes on falls prevention need to reflect a gender perspective*” (WHO, 2007, p. sec.2-13).

Alguns autores, nomeadamente Santos *et al.* (2003), RAO (2005) e Saraiva *et al.* (2008), referem que as intervenções de enfermagem devem ir ao encontro das características individuais dos doentes, implementando medidas que procurem controlar os fatores intrínsecos e eliminar os fatores extrínsecos, salvaguardando o princípio que nem todos os fatores de risco são passíveis de serem modificados ou eliminados. No caso dos fatores extrínsecos, as estratégias de intervenção devem centrar-se na adequação das estruturas que envolvem o doente às suas necessidades.

Desta forma, consideramos que um modelo de SCE deverá procurar estimular o pensamento crítico-reflexivo dos enfermeiros, tornando-os capazes de compreender as características individuais dos doentes, monitorizar o risco de queda com rigor e planificar os cuidados de enfermagem individualmente, dando resposta às necessidades particulares de cada doente.

A contenção física de doentes foi implementada em 14,4% (N=19) dos doentes, em oposição aos 85,6% (N=113) que não necessitavam de qualquer tipo de imobilização/contenção física. No entanto, destes 19 casos, 36,8% não cumpriam as normativas da DGS - prescrição e documentação da necessidade de contenção física nos registos de enfermagem.

Para além disso, segundo o protocolo de prevenção de quedas do serviço, a contenção física de doentes deveria ser implementada nas situações de *alto risco de queda*. Porém, apenas 21,1% dos doentes com necessidade de contenção física cumpriam esta condição, em contraposição aos 78,9% dos doentes imobilizados com classificação de *baixo risco de queda* e/ou *sem risco de queda*.

Os dados traduzem uma situação de não conformidade entre as normativas de contenção física de doentes da DGS e a prática clínica de enfermagem.

Esta situação de não conformidade apontou-nos para três prováveis situações: a monitorização do risco de queda foi incorretamente diagnosticada e por isso não traduzia às reais necessidades destes; a EQM não é a escala mais adequada às características desta população; o protocolo de prevenção de quedas do serviço não se encontra adaptado às características e às necessidades desta população.

O procedimento de monitorização do risco de queda na admissão do doente é uma das etapas essenciais para garantir, desde o primeiro momento, a segurança dos cuidados. Este procedimento foi corretamente realizado apenas a 33,3% (N=44) dos doentes. Por outro lado, não podemos deixar de destacar que em 47% (N=62) dos casos, todos os passos do procedimento foram realizados, embora a EQM não tivesse sido corretamente aplicada. Em 15,3% (N=19) dos casos faltava pelo menos um elemento do procedimento de monitorização. As diferenças foram estatisticamente significativas entre RAR e RAI ($p < 0,0001$).

O procedimento de monitorização do risco de queda durante o internamento promove a continuidade dos cuidados, garantindo que estes sejam ajustados às necessidades individuais e reais de cada doente. As diferenças foram estatisticamente significativas com o variável investigador, nomeadamente entre RE e RI ($p < 0,0001$), e entre RI e RR ($p < 0,0001$).

Os resultados traduzem uma situação de não conformidade na implementação do protocolo de prevenção de quedas do serviço, uma vez que este procedimento não estaria a ser corretamente realizado a todos os doentes, podendo por em causa a segurança dos mesmos.

Esta situação de não conformidade apontou-nos para três prováveis situações: os conteúdos do protocolo de prevenção de quedas não são do domínio de todos os enfermeiros do serviço, existindo dúvidas na aplicação da EQM por défice de formação sobre a utilização da mesma; a EQM não é a escala mais adequada às características desta população e/ou não foi corretamente aplicada pela equipa de enfermagem; existem dificuldades na colheita e na interpretação dos dados necessários para proceder à monitorização do risco de queda.

O protocolo de prevenção de quedas deverá ser ajustado às alterações decorrentes do processo de validação e as intervenções coerentes com as necessidades da população.

Para além disto, a divulgação do protocolo e a realização de formação sobre a utilização do instrumento, será uma estratégia fundamental para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados na prevenção de quedas.

Assim, um modelo de SCE deverá ser capaz de envolver os enfermeiros no desenvolvimento, na implementação e na revisão dos protocolos do serviço, de acordo com as áreas do seu interesse. Por outro lado, deverá também procurar estimular o pensamento crítico-reflexivo dos enfermeiros, tornando-os capazes de compreender as características individuais dos doentes, monitorizar o risco de queda com rigor e planificar os cuidados de enfermagem individualmente, dando resposta às necessidades particulares de cada doente. Para tal, o supervisor deverá auxiliar os enfermeiros a encontrar, individualmente, estratégias para integrarem os protocolos na sua prática clínica.

Nos últimos anos, têm sido implementados em diferentes contextos geográficos diversos programas de intervenção ajustados às características individuais dos doentes que se têm mostrado eficazes na prevenção de quedas.

No que diz respeito à operacionalização desses programas, podemos destacar algumas estratégias recomendadas por diferentes autores e organizações.

O RCN (2004) recomenda que as estratégias de prevenção de quedas incluam a orientação do doente no serviço/enfermaria e a adaptação do contexto às características deste. Assim, seria essencial a implementação de intervenções de enfermagem no âmbito da gestão do ambiente físico e do conhecimento [sobre prevenção de quedas] e do conhecimento e aprendizagem de habilidade [sobre equipamentos de prevenção de quedas], não esquecendo que cada doente deve ser alvo de um plano de intervenção individualizado e multifatorial (RCN, 2004).

Os autores Todd e Skelton (2004) e Huang (2004) destacam a importância de intervenções no âmbito do conhecimento e aprendizagem de habilidades, distinguindo o treino de marcha e equilíbrio, e o uso adequado de dispositivos de apoio à deambulação enquanto estratégias de sucesso das abordagens multifatoriais para a prevenção de quedas.

De forma a avaliar todo o processo de implementação do protocolo de prevenção de quedas pela equipa de enfermagem, consideramos pertinente compreender não só as diferenças na monitorização do risco de queda mas também no processo de implementação de intervenções de enfermagem.

Desta forma, as diferenças entre IE, IR e IO foram estatisticamente significativas ($p < 0,0001$) entre todas as fontes de informação.

Estes resultados traduzem uma situação de não conformidade entre a seleção, a implementação e a documentação das intervenções de prevenção de quedas.

No que diz respeito às diferenças entre IE e IR, estas traduzem uma inconformidade entre o que os enfermeiros consideram pertinente desenvolver e o que documentam. Estas situações põem em causa a segurança e a continuidade dos cuidados, ocultando o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e colocando em dúvida se estes implementam adequadamente o protocolo de quedas do serviço por desconhecimento, por falta de formação, por falta de tempo ou dificuldade em o gerir e/ou por falta de recursos humanos.

Resultados similares foram encontrados na comparação entre IO e IR, e entre IO e IE. Estes resultados apontam-nos para uma inconformidade entre as intervenções consideradas pertinentes pelo enfermeiro responsável pelo doente, a documentação dos cuidados e a implementação real das intervenções.

Apesar dos enfermeiros considerarem pertinente a implementação de intervenções para prevenir as quedas, os resultados mostraram-nos que estes não implementam todas as intervenções recomendadas pelo protocolo de quedas e não procedem à documentação das intervenções.

As possíveis causas desta inconformidade poderão passar pela falta de tempo e/ou de recursos humanos e materiais e/ou por dificuldades na gestão do trabalho.

Relativamente às intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico Conhecimento [sobre prevenção de quedas] e Conhecimento e Habilidade [sobre equipamentos de prevenção de quedas] foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,0001$) entre as CE e CR.

Os resultados traduzem a valorização dos enfermeiros nas áreas do conhecimento e na aprendizagem de habilidades para a prevenção de quedas, uma vez que estes selecionaram as intervenções no questionário. No entanto, verificamos que estes diagnósticos e respetivas intervenções não se encontravam documentados.

Estes resultados apontam-nos para uma de duas situações: os enfermeiros implementam intervenções no âmbito do conhecimento e aprendizagem de habilidades para a prevenção de quedas, embora não as documentem, comprometendo não só a continuidade dos cuidados e a segurança do doente mas também a visibilidade do trabalho de enfermagem; os enfermeiros consideram importante implementar intervenções nesta área, no entanto, não têm tempo, nem recursos humanos e materiais para o fazer, uma vez que selecionaram as intervenções no questionário mas não as documentaram, podendo-nos levar a concluir que não as executam.

Estas conclusões apontam-nos para a necessidade de sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de integrar na prática clínica as orientações do protocolo de prevenção de quedas; de reorganizar o protocolo de prevenção de quedas do serviço, envolvendo os enfermeiros neste processo; desenvolver formação aos enfermeiros sobre as diretrizes do protocolo, de forma a garantir que toda a equipa o utiliza diariamente na sua prática clínica.

Desta forma, um modelo de SCE deverá ser capaz de motivar os enfermeiros para o desenvolvimento, implementação e revisão dos protocolos do serviço de acordo com as áreas do seu interesse.

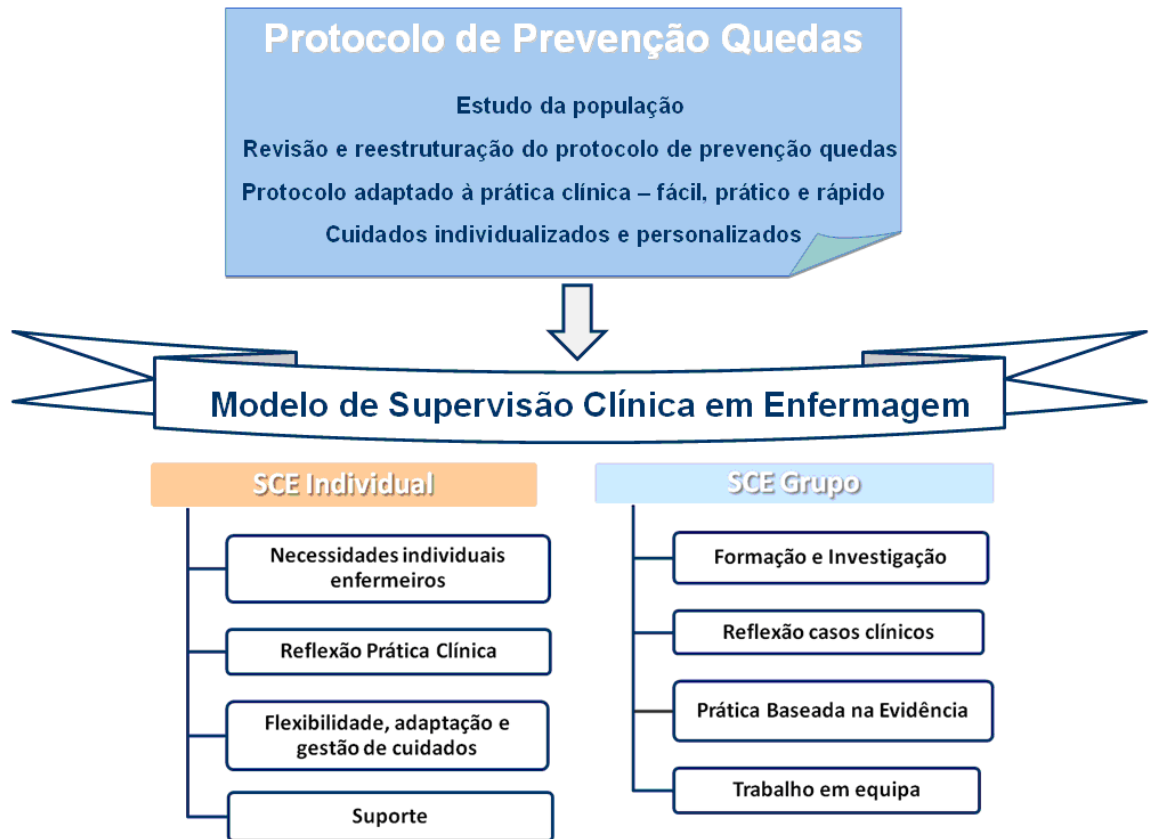
Este modelo deverá apoiar individualmente o enfermeiro no desenvolvimento do seu pensamento crítico-reflexivo e da capacidade de adaptação e flexibilidade, tornando-o capaz de planificar os cuidados de enfermagem, gerir o tempo e definir prioridades, dando resposta às necessidades individuais de cada doente. Para tal, o supervisor deverá auxiliar o enfermeiro a encontrar individualmente estratégias para integrar os protocolos na prática clínica.

Face aos resultados encontrados, pareceu-nos essencial desenvolver não só sessões individuais de SCE mas também sessões de SCE de grupo.

Esta estratégia possibilita que toda a equipa possa expor as suas dúvidas, permite a troca de experiências e a discussão de casos clínicos, facilitando a aproximação entre os enfermeiros e o trabalho em equipa. Para além disso, estimula e envolve a equipa para a formação contínua e para a investigação, garantido que os

enfermeiros desenvolvam a sua prática clínica com base na melhor evidência científica.

Figura 3: Contributos para um modelo de SCE



4. CONCLUSÕES

Os resultados encontrados neste estudo constituem um importante alerta para a necessidade de implementar um modelo de SCE que sensibilize, motive, apoie e prepare a equipa de enfermagem, com a finalidade de otimizar as estratégias de prevenção de quedas e de garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

As quedas em contexto hospitalar são um fenómeno que assume contornos com uma relevância cada vez mais significativa, uma vez que, acarreta um conjunto de consequências físicas, psicológicas, sociais e económicas com impacto negativo na qualidade de vida do doente e família.

É igualmente importante destacar que, enquanto indicador da qualidade dos cuidados em saúde e critério de qualidade do exercício profissional, o fenómeno de enfermagem *Cair* representa um domínio com relevância na prática clínica, sendo por isso, uma área sensível aos cuidados de enfermagem.

A atuação do enfermeiro na área das quedas em contexto hospitalar alicerça-se num processo de enfermagem assente nos princípios da precaução e da prevenção, procurando desenvolver a prática clínica com qualidade e segurança.

Se a promoção da qualidade dos cuidados representa um dos principais pressupostos da SCE, a prevenção de quedas traduz-se numa área em que a SC poderá contribuir para assegurar cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

O presente estudo veio também reforçar a importância de prestar cuidados com base na melhor e mais atual evidência científica, recorrendo a guias de boas práticas e protocolos de atuação adaptados às características da população. No entanto, estes suportes teóricos não podem ser sinónimo de cuidados padronizados e rígidos,

devendo ser encarados como guias facilitadores da tomada de decisão, salvaguardando a individualidade e as necessidades de cada doente.

A amostra utilizada no nosso estudo não pode ser considerada representativa da totalidade da população portuguesa, contudo os resultados ilustram a realidade dos serviços de medicina dos hospitais com serviço de internamento multidisciplinar.

Procuraremos que os resultados tenham repercussões não só sobre a prática profissional diária dos enfermeiros mas também sobre os gestores e as chefias, procurando sensibilizar estes grupos para a necessidade de implementar um modelo de SCE que responda às necessidades identificadas e que vá ao encontro das conclusões extraídas no capítulo anterior.

Consideramos que este estudo cumpriu os objetivos delineados, caracterizando não só o risco de queda da amostra e relacionando-a com as variáveis definidas, mas também esclarecendo o processo de implementação do protocolo de prevenção de quedas na prática de enfermagem e as suas repercussões na saúde do doente. Para além disso, consideramos que foi possível extrair contributos para um modelo de SCE potencializador das competências dos enfermeiros para a prevenção de quedas.

Relativamente às hipóteses formuladas, foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativa entre todas as hipóteses, com exceção da hipótese H2 (risco de queda/sexo) e hipótese H4 (risco de queda pelo enfermeiro responsável/risco de queda nos registos).

Verificamos que existiam inconformidades na implementação do protocolo de quedas, quer na aplicação da normativa da DGS para a contenção física de doentes e a sua relação com o risco de queda, quer na aplicação da EQM na admissão e no internamento e na seleção de intervenções de enfermagem.

Neste sentido, encontramos alguns contributos para um modelo de SC que potencialize as competências dos enfermeiros na prevenção de quedas dos quais destacamos: as sessões de SCE individuais (respondendo às necessidades particulares de cada enfermeiro, apoiando-o individualmente no desenvolvimento do seu pensamento crítico-reflexivo e da capacidade de adaptação e flexibilidade); as sessões de SCE de grupo (possibilidade a exposição de dúvidas, a troca de experiências e a discussão de casos clínicos, facilitando a aproximação entre os enfermeiros, estimulando a equipa para a formação contínua e para a investigação,

garantido que os enfermeiros desenvolvam a sua prática clínica com base na melhor evidência científica).

Na sequência do estudo efetuado, subsistem algumas dúvidas e emergem novas necessidades de investigação que poderão ser abordadas em estudos desenvolvidos futuramente.

Assim, será pertinente a realização de estudos que visem:

- A tradução e a validação da EQM para a população Portuguesa;
- A exploração de outras áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem, descortinando outros contributos para um modelo de SCE;
- A implementação de um modelo de SCE e a avaliação do seu impacto na área da prevenção de quedas e noutras áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- A sensibilização da classe dos enfermeiros, dos gestores hospitalares e da população em geral para a importância da implementação de modelos de SCE nas instituições de saúde.

Torna-se fundamental que a investigação nesta área continue no sentido de procurar mais e melhores contributos para o desenvolvimento de um modelo de SCE capaz de promover a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, com repercussões cada vez mais positivas para a qualidade de vida das populações e com melhores respostas na prevenção de quedas em contexto hospitalar.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. - *Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade*. [Em linha]. [S.l.]: 2002. [Consult. Dez-2010-Jan 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>. - *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau, 2003. - *Formação e aprendizagem em contexto clínico -fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACESS) - *Sistema de Classificação de doentes em grupos de diagnósticos homogéneos (GDH)* [Em linha]. Lisboa: 2006 [Consult. Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Nacional_RR2006.pdf>. - *Sistema de apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)* [Em linha]. Lisboa: 2010 [Consult. Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt/dis/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO (ARSLVT) - *Governança dos Hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. [Em linha]. Lisboa: 2009 [Consult. Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20Cl%C3%ADnica%20dos_hospitais_-Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf>.
- ADLAM, K.; DOTCHIN, M.; HAYWARD, S. - Nursing first year of practice, past, present and future: documenting the journey in New Zealand. *Journal of Nursing Management*. Vol. 17, nº 5 (Jul. 2009), p. 570-575.
- ALMEIDA, R. A. R.; ABREU, C. C. F.; MENDES, A. M. O. C. - Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III, nº2 (Dez. 2010), p.163-172.
- ANG, N.K.E. [et al.] - Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 60, nº4 (Fev. 2007), p.427 - 435.
- AUFFREY, L. - Nurse leading on patient safety. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 49, nº 6 (Marc. 2005), p. 563.
- BAMBLING, M. [et al.] - Clinical Supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*. Vol. 16, nº 3 (Mai. 2006), p. 317-331.

- BARKER, A. [et al.]- Bridging the gap between research and practice: review of a targeted hospital inpatient fall prevention programme. *Quality & Safety in Health Care*. Vol. 18, nº6 (Dez. 2009), p.467-472.
- BARNETT, K. [et al.] - *Reducing patients falls project*. [Em linha]. United Kingdom: 2002. [Consult. Dez. 2011]. Disponível em WWW: <URL:www.premierinc.com/safety/topics/falls/downloads/E-14-falls-project-uk.pdf>.
- BEDWARDS, J.; DANIELS, H. - Collaborative solutions - clinical supervision and teacher support team: reducing professional isolation through effective peer support. *Learning in Health and Social Care*. Vol. 4, nº2 (Jun. 2005), p.53-66.
- BÉGAT, I.; BODIL, E. - Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*. Vol.13, nº 3 (Mai. 2005), p. 221-230.
- BÉGAT, I.; SEVERINSSON, E. - Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*. Vol.14, nº 8 (Nov. 2006), p. 610-616.
- BELL, J. - *Como realizar um projeto de investigação*. 3ªEd. Lisboa: Gradiva, 2004.
- BISCAIA, J. L. - Qualidade em Saúde. *Revista Sinais Vitais*, nº19 (Jun. 1998), p. 9-12.
- BRADSHAW, T.; BUTTERWORTH, A.; MAIRS, H. - Does structured clinical supervision during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 14, nº1 (Fev. 2007) p. 4 - 12.
- BUTTERWORTH, T. - *Clinical Supervision in Nursing, midwifery and health visiting: development, contracts and monitoring - a second briefing paper*. Manchester: The School of Nursing Studies - The University of Manchester, 1995.
- BUTTERWORTH, T. [et al.] - Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*. Vol.28, nº3 (Abr. 2008), p.264-272.
- CALDEVILLA, M. N. G. N.; COSTA, M. A. S. M. C. - Quedas dos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem? *Revista de Investigação em Enfermagem*. nº19 (Fev. 2009), p.25-28.
- CAVANILLAS, A. B. [et al.] - Salud del Adulto In *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 11ªEd. Barcelona: Elsevier Masson, 2008. Cap. 69.
- CALVO MESA, M.; RIU CAMPS, M.; VILLARES GARCIA, M. J. - Las caídas intrahospitalarias: «una realidad». *Revista ROL de Enfermería*. Vol. 24, nº 1 (Jan. 2001), p. 25-30.
- CARROL, V. S. - Is patient safety synonymous with quality nursing care? Should it be? A brief discourse. *Quality management in health care*. Vol. 14, nº 4 (Out. - Dez. 2005), p. 229-233.

- CHAPMAN, J.; BACHAND, D.; HYRKÄS, K. - Testing the sensitivity, specificity and feasibility of four falls risk assessment tools in a clinical setting. *Journal of Nursing Management*. Vol.19, nº1 (Jan. 2011), p. 133-142.
- CLOUGH, A. - Clinical supervision in primary care. *Primary Health Care*. Vol. 13, nº9 (Nov. 2003), p. 15-18.
- CLOSE, J. C. T.; LORD, S. R. - Fall assessment in older people. *British Medical Journal*. Vol. 343, nº 17 (Set. 2011), p. 579-582.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Classificação Internacinal para a prática de Enfermagem CIPE: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- COUTINHO, C. P. - *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina, 2011.
- COUTINHO, E.; SILVA, S. - Uso de medicamentos como factor de risco para fractura grave decorrente de queda em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 18, nº5 (Set./Out. 2002), p. 1359-1366.
- CRUZ, S. - A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir*. Vol. 56, nº 5 (Nov-Dez, 2008), p. 200-206.
- DAVEY, D. [et al.] - The policy-practice divide: who has clinical supervision in nursing? *Journal of Research in Nursing*. Vol. 11, nº3 (Mai. 2006), p. 237-248.
- DELGADO, M. - A melhoria contínua da qualidade in *Governança dos hospitais*. Alfragide: Casa das Letras, 2009, Cap. 2.
- DEMPSEY, J. - Risk assessment and fall prevention: Practice development in action. *Contemporary Nurse*. Vol. 29, nº2 (Jun. 2008), p. 123-134.
- DEPARTMENT OF HEALTH (DoH) *Public Health and Clinical Quality: Clinical Governance*. London: DH, 2002.
- DONABEDIAN, A. - The definition of quality and approaches to its assessment in *Exploration in quality assessment and monitoring*. Vol. 1. Health Administration Press; 1980.
- DOWLING, K. A. - Reducing the likelihood of falls in older people. *Nursing Standard*. Vol. 18, nº44 (Ago. 2004), p. 33-40.
- EDWARDS, D. [et al.] - Clinical Supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.15, nº8 (Ago. 2006), p. 1007-1015.
- EUROPEAN NETWORK FOR SAFETY AMONG ELDERLY (EUNESE) *Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos - Segurança nos idosos - Lesões Acidentais*.

[Em linha] Atenas: 2006. [Consult. Jan 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.euroipn.org/eunese/Documents/FS%20PT/FS_FALLS_PT.pdf>.

- FAUGIER, J.; BUTTERWORTH, T. - *Clinical Supervision: a position paper*. Manchester: The School of Nursing Studies - The University of Manchester, 1994.
- FARRINGTON, A. - Models of clinical supervision. *British Journal of Nursing*. Vol.4, nº15 (Ago. 1995), p.876-878.
- FONSECA, M. J. L. - *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau, 2006.
- FORTIN, M-F - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FOWLER, J.; FENTON, G.; RILEY, J. Using solution-focused techniques in clinical supervision. *Nursing Times*. Vol. 103, nº 22 (Mai. 2007), p. 30-31.
- FRAGATA, J. I. G. - Qualidade e segurança: como conseguir um sistema seguro? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. nº 26 (Nov./Dez. 2010), p. 564-570.
- GAMBRA, M. A.; SANTOS, E. R. dos - Risco: repensando conceitos e paradigmas. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, Vol.4, nº 19 (Out./Dez. 2006)
- GARRIDO, A; SIMÕES, J.; PIRES, R. - *Supervisão Clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- GILLESPIE, L., HANDOLL, H. - Prevention of falls and fall-related injuries in older people. *Injury Prevention*. Vol.15, nº5 (Out. 2009), p.354-355.
- HEINZE, C.; HALFENS, R.J.; DASSEN, T. - Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 16, nº3 (Mar. 2007), p. 495-501.
- HENDRICH, A. L. [et al.] - Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. Vol. 16, nº1 (Fev. 2003), p.9-21.
- 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*. Série III, nº 6 (Mar. 2012), p. 7-16.
- HUANG, H. C. - A checklist for assessing the risk of falls among the elderly. *Journal of Nursing Research*. Vol.12, nº 2 (Jun. 2004), p.131-141.
- HUGHES, R. G. - *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2008.
- HYRKÄS, K.; PUANONEN-ILMONEN, M. - The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33, nº 4 (Fev. 2001), p.492-502.
- HYRKÄS, K.; LETHI, K., PUANONEN-ILMONEN, M. - Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its application as a case study in one Finnish university hospital. *Journal of Nursing Management*. Vol. 9, nº 5 (Set. 2001), p.259-268.

- HYRKÄS, K. - *Clinical Supervision and Quality Care: Examining the Effects of Team Supervision in Multi-professional Teams*. Tampere: University of Tampere, 2002. Academic Dissertation.
- HYRKÄS, K.; LEHTI K. - Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback *Journal of Nursing Management*. Vol.11, nº3 (Mai. 2003), p.177 - 188.
- HYRKÄS, K.; KOIVULA, M.; PUANONEN-ILMONEN, M. - Clinical supervision in nursing in the 1990s- current state of concepts, theory and research. *Journal of Nursing Management*. Vol. 3, nº 7 (Mai.1999), p.177-187.
- HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K; HAATJA, R. - Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 55, nº4 (Ago. 2006), p. 521-35.
- HYRKÄS, K.; PARKER, S. - Safety in health care today: more than just freedom from errors and accidents? *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 56, nº3 (Nov. 2006), p. 220-222.
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - Dotações seguras, salvam vidas: Instrumento de Informação e Acção. Suíça: ICN, 2006.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE) - *População residente (N.º) por local de residência e sexo, Docenal*. [Em linha] Lisboa: 2011. Atualizado a 11 de Dezembro de 2011. [Consult. Jan 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005889&selTab=tab0>.
- JAKOVLJEVIC, M. - Predictive validity of a modified fall assessment tool in nursing homes: Experience from Slovenia. *Nursing & Health Sciences*. Vol.11, nº4 (Dez. 2009), p. 430-435.
- JOHNSON, M.; GEORGE, A.; TRAN, D.T. - Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours. *International Journal of Nursing Practice*. Vol.17, nº1 (Fev. 2011), p. 60-66.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - *Accreditation manual for hospital Nursing care*. 1992.
- KATO, M. [et al.] - Development of a fall prevention program for elderly Japanese people. *Nursing & Health Sciences*. Vol. 10, nº 4 (Dez. 2008), p. 281-290.
- LANCASTER, A. D. [et al.] - Preventing Falls and Eliminating Injury at Ascension Health. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Vol. 33, nº7 (Jul. 2007), p. 367- 375.
- LYTH G., M. - Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31, nº3 (Mar. 2000), p.722-729.
- LYNCH, L; HAPPELL, B; SHARROCK, J. - Clinical Supervision: an exploration of its origins and definitions. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*. Vol.13, nº2 (Jan. 2008), p.1-19.

- LYNCH, L.; HAPPELL, B. - Implementing clinical supervision: part 1: laying the ground work. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 17, nº1 (Fev. 2008a), p. 57-64. - Implementation of clinical supervision in action: Part 2: Implementation and beyond. *Internatinal Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 17, nº1 (Fev. 2008b), p. 65-72. - Implementation of clinical supervision in action: Part 3: The development of a model. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol.17, nº 1 (Fev. 2008c), p.73-82.
- LOVALLO, C. [et al.] - Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 66, nº 3 (Fev. 2010), p.690-696.
- MEZOMO, J. C. - Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos. Brasil: Manole, 2001.
- MIGUEL, A. G. [et al.] - La Salud de las Personas Mayores In *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 11ªEd. Barcelona: Elsevier Masson, 2008. Cap. 70.
- MORSE, J. M. - *Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program*. 2ªEd. New York: Springer Publishing Company, 2009.
- MOURA [et al.] - Construção e implementação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 30,nº1 (Mar. 2009), p.136-140.
- NATIONAL COUNCIL FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF NURSING & MIDWIFERY (NCPDNM) - *Clinical Supervision: a structured approach to best practice*. [Em linha] Dublin: 2008. [Consult. Dez-2011-Jan 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ncnm.ie/items/1299/85/3167984576%5CClinical%20Supervision%20Disc%20paper%202008.pdf>>.
- NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING (NCSBN) - *Spring 2001 Practice and Professional Issues (PPI) Survey*. [Em linha]. 2001. [Consult. Jan 2011]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ncsbn.org/864.htm>>.
- NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) - A handbook for executives and non-executives in healthcare organisations. London: NHS, 2006. - Clinical Supervision Policy for Health Professional. London: NHS, 2008.
- NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY - *The third report from the patient safety observatory - Slips, trips and falls in Hospital*. London: NPSA, 2007.
- NUNES, L. - *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. [Consult. Jan. 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2_Maio2006.pdf>. - Significar os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: caminho estratégico de desenvolvimento. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. nº 38 (Set. 2011), p. 90-95.
- OLIVER, D., HEALEY, F. - Falls risk prediction tools for hospital inpatients: do they work? *Nursing Times*. Vol. 105, nº7 (Fev. 2009), p.18-21.
- OLIVER, D. - Preventing falls and falls injuries in hospitals and long-term care facilities. *Reviews in Clinical Gerontology*. Vol.17, nº2 (Marc. 2008), p.75-91. -

Older people who fall: why they matter and what you can do. *British Journal of Community Nursing*. Vol. 12, nº 11 (Nov. 2007), p. 500- 507.

- OLIVER, D. [et al.] - Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing*. Vol. 33, nº2 (Marc. 2004), p. 122-130.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2001. [Consult. Dez-2011-Jan 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesQualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>. - *Desenvolvimento Profissional. Certificação de Competências - fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2010. [Consult. Dez-2011-Jan 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDP_revista.pdf>.
- PEREIRA, S. R. R. [et al.] - Projeto Diretrizes - Quedas em Idosos. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2001.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. - *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.
- PINA, S. M. [et al.] - Quedas em meio hospitalar. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. nº 34 (Dez. 2010), p. 27-29.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS) - *Instrumento para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: DGS, 1999. - *Governança dos hospitais*. Lisboa: ARSLVT, 2009. - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a Saúde - Eixos estratégicos - Qualidade em Saúde (Versão Discussão)* [Em linha] Lisboa: 2011. [Consult. Jan 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/02/q5_18-03-2011.pdf>. - *Orientação da Direção-Geral da Saúde número 021/2011, de 06/06/2011. Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa: DGS, 2011.
- PRISCO, L.; BISCAIA, J.L. - Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 2, (2001), p.43-51.
- PROCTOR, B. - *Supervision: A co-operative exercise in accountability in M. Marken and M. Payne (eds) Enabling and Ensuring*. Supervision in practice, Leicester: National Youth Bureau, 1986.
- QUIVY, R. - *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gravida, 2008.
- RABIAIS, S.; NUNES, B.; CONTREIRAS, T. - *Adelia 2006-2008, Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 2011.
- RAMOS, S. - *Prevenção e monitorização de quedas de doentes em ambiente hospitalar*. [Em linha]. 2008. [Consult. Dez-2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ipq.pt/backFiles/SusanaRamos.pdf>>.
- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTÁRIO (RNAO) - *Prevention of falls and fall injuries in the older adult. Nursing best practice guidelines program*.

Toronto: RNAO, 2005. - *Prevention of falls and fall injuries in the older adult: Guideline supplement*. Best practice guidelines. Toronto: RNAO, 2011.

- REIS, E. A. A. [et al.] - *Definição de Indicadores de Assistência de Enfermagem a partir dos Dados Mínimos*. [Em linha]. 2004 [Consult. Dez-2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/730.doc>.
- RIBEIRO, J. L. P. - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ªEd.Porto: Livpsi, 2010.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN) - *Clinical supervision in the workplace - guidance for occupational health nurses*. [Em linha]. London: RCN, 2002. [Consult. Dez-2011-Jan 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/78523/001549.pdf>. - *Clinical governance: an RCN resource guide*. [Em linha]. London: RCN, 2003. [Consult. Dez-2011-Jan 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://http://www.ntac.nhs.uk/web/FILES/SuprapubicFoley/002036.pdf>. - *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people*. [Em linha]. London: RCN, 2004. [Consult. Dez-2011-Jan 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG021fullguideline.pdf>.
- RUBENSTEIN, L.Z. - Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. Vol. 35, Supl. 2 (Set. 2006), p.37-41.
- SANTOS, T. [et al.] - Quedas quando e porquê? *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, Vol. XV, nº154 (Mai/Jun 2003), p.39-44.
- SANTOS LARANA, M. A. [et al.] - Prevención de caídas - Estrategias de intervención. *Revista ROL de Enfermería*. Vol. 30, nº9 (Set. 2007), p. 54-58.
- SARAIVA, D. [et al.] - Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*, Ano 18, nº235 (Jul. 2008), p.28-35.
- SERAPIONI, M. - Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. nº85 (Jun. 2009), p.65-82.
- SCHWENDIMANN, R. [et al.] - Evaluation of the Morse fall scale in hospitalized older patients. *Age and Ageing*. Vol. 35, nº 3 (Mai. 2006), p.311-313.
- SEVERINSSON, E.- Confirmation, Meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*. Vol. 8, nº 1 (Jan. 2001), p. 36-44.
- SLOAN, G. - Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of Nursing*. Vol. 8, nº 8 (Abr.-Mai., 1999), p. 524-529.
- SLOAN, G.; WATSON, H. - John Heron's six-category intervention analysis: towards understanding interpersonal relations and progressing the delivery of clinical supervision for mental health nursing in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 36, nº 2 (Out. 2001), p. 206-214. - Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard*. Vol. 17, nº 4 (Out. 2002), p. 41-46.

- SOUSA, P. - Patient Safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta médica Portuguesa*. nº19, p. 309-318.
- SOUSA, P.; FURTADO, C; REIS, V; - Patient safety research: A Challenge for public health in *Quality and safety improvement research: Methods and research practice from the international quality improvement research Network (QIRN)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008, p.45-56.
- SOUSA, P. [et al.] - *Segurança do Doente - Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. [Em linha] Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública (Universidade de Lisboa), 2011. [Consult. Jan. 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf>.
- STEVENS, J.A. [et al.] - The costs of fatal and nonfatal falls among older adults. *Injury Prevention*. Vol. 12, nº 5 (Out. 2006), p.290-295.
- STEVENS, J.A.; SOGOLOW, E.D. - Gender differences for non-fatal unintentional fall related injuries among older adults. *Injury Prevention*. Vol. 11, nº2 (Abr. 2005), p.115-119.
- TEIXEIRA [et al.] - A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. *Revista de Enfermagem*. Vol. 14, nº 2 (Jun. 2006), p. 271-278.
- TODD, C., SKELTON, D. - *What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?*. [Em linha]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), 2004. [Consult. Jan. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>>.
- UDÉN, G.; EHNFORSS, M.; SJÖSTRÖM K. - Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 29, nº 1, (Jan. 1999), p.145 - 152.
- VASSALLO, M. [et al.] - A comparative study of the use of four fall risk assessment tools on acute medical wards. *Journal of the American Geriatric Society*. Vol.53, nº6 (Jun. 2005), p.1034-1038.
- VON RENTELN-KRUSE, W., KRAUSE, T. - Incidence of in-hospital falls in geriatric patients before and after the introduction of an interdisciplinary team-based fall-prevention intervention. *Journal of the American Geriatric Society*. Vol. 55, nº 12 (Dez. 2007), p.2068-2074.
- WALSH, K. [et al.] - Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International Journal of Nursing Practice*. Vol. 9, nº1 (Fev. 2003), p.33-39.
- WASKETT, C. - An integrated approach to introducing and maintaining supervision: The 4S model. *Nursing Times*. Vol. 105, nº 17 (Mai. 2009), p. 24-26.
- WHITE, E. [et al.] - Clinical supervision: insider reports of a private world. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 28, nº1(Jul. 1998), 185-192.

- WHITE, E.; WINSTANLEY, J. - A randomized controlled trial of clinical supervision: selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationships with quality of care and patient outcomes, as an informed contribution to mental health nursing practice development. *Journal of Research in Nursing*, Vol. 15, nº 2 (Mar. 2010), p. 151-167. - Does clinical supervision lead to better patient outcomes in mental health nursing? *Nursing times*, Vol. 106, nº 16 (Abr. 2010), p. 16-18.
- WINSTANLEY, J.; WHITE, E. - Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. Vol. 10, n.º 4 (jul. 2003), p. 7-38.
- WOOD, J. - Clinical supervision. *British Journal of Perioperative Nursing*. Vol. 14, nº4 (Abr. 2004), p.151-156.
- WOOLCOTT, J. [et al.] - Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 169, nº 21 (Nov. 2009), p.1952-1960.
- WORLD HEALTH PROFESSIONS ALLIANCE (WHPA) - *Patient Safety* [Em linha]. Ferney Voltaire: WHPA, 2002. [Consult. Jan-2012]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.whpa.org/factptsafety.htm>>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Regional Office for Europe - Seventh Annual Meeting of the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO*. Copenhaga: WHO, 2003. - *Quality improvement in primary care health: a practical guide*. Cairo: WHO, 2004. - *Global report on falls prevention in older age*. Genebra: WHO, 2007.

ANEXOS

ANEXO I

Operacionalização e Classificação das Variáveis

ANEXO I - Operacionalização e Classificação das Variáveis

Variáveis	Tipo	Valores	Fonte de Informação
Idade	Quantitativa, Escalar	Em anos completos	Processo clínico
Classes etárias	Quantitativa, ordinal	Em classes etárias	
Sexo	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Masculino / 2-Feminino	Processo clínico
Diagnóstico de Admissão	Quantitativa, Nominal	GHD	Processo clínico
Contenção Física (Registos)	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	Plano de cuidados enfermagem (SAPE®)
Contenção Física (Observado/Enfermeiro)	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	Observação junto do doente
1ª Monitorização	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	Plano de cuidados enfermagem (SAPE®)
Frequência monitorização	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	
1ª Vez corretamente monitorizado	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	
Risco de queda na admissão (Registos) (RAR)	Quantitativa, Escalar	0-124	Plano de cuidados enfermagem (SAPE®)
Risco de queda na admissão (Investigador) (RAI)	Quantitativa, Escalar	0-124	Observação e questionamento do doente e familiares
Risco de queda (Registos)	Qualitativa, Nominal	1-Sem Risco 2-Baixo Risco 3- Alto Risco	Plano de cuidados enfermagem (SAPE®)
Risco de queda (Enfermeiro)	Qualitativa, Nominal	1-Sem Risco 2-Baixo Risco 3- Alto Risco	
Risco de queda (Investigador)	Qualitativa, Nominal	1-Sem Risco 2-Baixo Risco 3- Alto Risco	Observação e questionamento do doente e familiares
Intervenções risco de queda (Registos)	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	Plano de cuidados enfermagem (SAPE®)
Intervenções risco de queda (Enfermeiro)	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	
Intervenções risco de queda (Observado)	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	
Intervenções conhecimento risco de queda (Registos)	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	Plano de cuidados enfermagem (SAPE®)
Intervenções conhecimento risco de queda (Enfermeiro)	Qualitativa, Nominal, Dicotómica	1-Sim / 2-Não	

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA - ENFERMEIRO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Enfermeiro

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 SAPE ®, 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
Défície 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	SCORE TOTAL _____
Baixo Risco	25 - 50	
Alto Risco	>50	
RISCO DE QUEDA _____		

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

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

Obrigado pela colaboração

ANEXO III

GRELHA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA -INVESTIGADOR

ANEXO IV

GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM (SAPE®)

ANEXO IV - Grelha de Análise dos Registos de Enfermagem (SAPE®)

Código

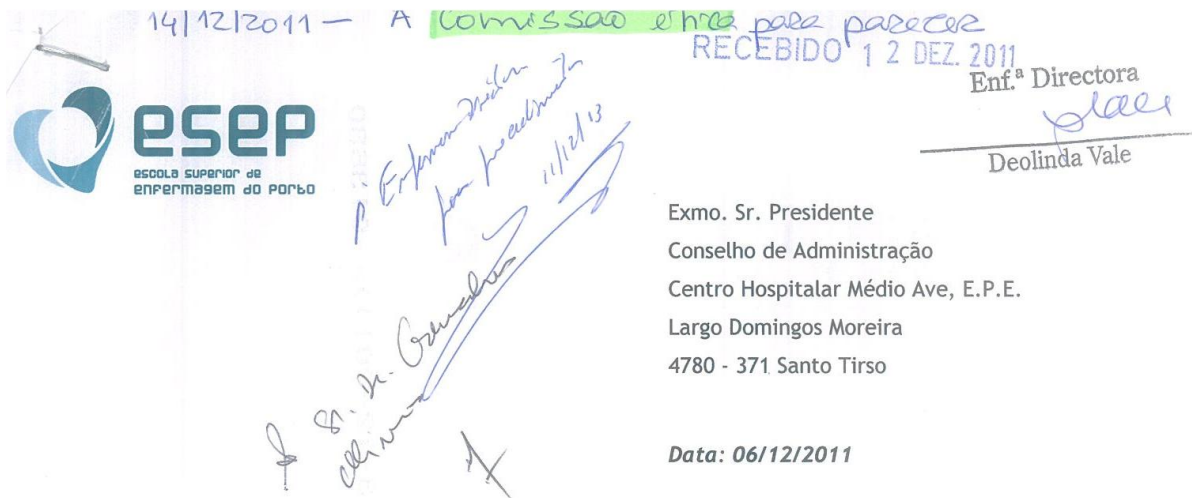
GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM (SAPE®)

Análise dos Registos – Foco de Enfermagem Queda	Sim	Não	N/A	INF.
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 V

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO
CHMA**

ANEXO V - Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do CHMA



Assunto: Trabalho de Investigação: A Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados - Carta de parceria

Com os nossos melhores cumprimentos, serve o presente para vir junto de V. Exas juntar a documentação para a colheita de dados referente ao projecto de investigação supracitado, no âmbito da carta de parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o Centro Hospitalar do Média Ave - EPE (CHMA), assinada em 16 de Fevereiro de 2011.

O projecto de investigação **Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados** está a ser realizado de acordo com o previsto, passando agora à fase inicial de colheita de dados. Assim, e de acordo com o previamente estabelecido, é propósito da equipa de investigação iniciar a colheita de dados no Serviço de Medicina da Unidade de Santo Tirso e no Serviço de Obstetrícia da Unidade de Famalicão. Neste contexto, anexam-se os instrumentos de colheita de dados a utilizar pelos investigadores que vão colaborar na colheita de dados, nomeadamente:

- Anexo 1 - Supervisão Clínica e o risco de queda (serviço de Medicina): Bárbara Filipa da Silva Lamas;
- Anexo 2 - Supervisão Clínica e autocuidado (serviço de Medicina): Sílvia Marlene Monteiro Teixeira;
- Anexo 3 - Supervisão Clínica e competências parentais na amamentação (serviço de Obstetrícia): Laura Maria Almeida da Silva Cruz;
- Anexo 4 - Supervisão Clínica e auto-eficácia parental nos cuidados ao filho (serviço de Obstetrícia): Ana Luísa Fonseca Andrade das Neves.

Será salvaguardada a garantia dos pressupostos éticos associados à protecção de dados.

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


(António Luís Carvalho)

Não há inconveniente de natureza ética para a concretização deste trabalho. 3/07/2012

