

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO



Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem

O papel do enfermeiro gestor na melhoria da qualidade e
segurança do doente

Relatório de Estágio

Fátima Alexandra Freitas Oliveira

Porto | 2022

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA MELHORIA DA
QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE**

**THE ROLE OF THE NURSE MANAGER IN IMPROVING
QUALITY AND PATIENT SAFETY**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Internship Report of a Professional Nature

**Orientado pela Professora Doutora Manuela Martins e
coorientado pela Doutora Cecília Rodrigues.**

Autor: Fátima Alexandra Freitas Oliveira

AGRADECIMENTOS

Este relatório significa o término de uma árdua etapa e a concretização de um projeto pessoal e profissional, adiado há alguns anos atrás. Neste sentido, constitui um encerrar de um ciclo e um sentido de dever cumprido.

Esta concretização não seria possível sem a colaboração de um conjunto de pessoas excepcionais, das quais gostaria de deixar um especial agradecimento e a minha eterna gratidão. À Professora Doutora Manuela Martins, pela orientação ao longo estágio, pelos conhecimentos partilhados e pela motivação, que se tornou essencial nos momentos mais difíceis, nos quais o cansaço de entre outros fatores me poderiam levar a desistir. Foi no seu exemplo e experiências de vida, que muitas vezes fui buscar energia para não deixar de acreditar que é possível atingir os nossos objetivos.

À Enfermeira Cecília Rodrigues, pela excelente orientação no campo de estágio, pela partilha de conhecimentos e de oportunidades, para que o estágio se desenvolvesse. Sem a sua disponibilidade e empenho a aprendizagem e aquisição de competências não se tornaria possível. Obrigado pelas palavras sábias e de motivação, pelos desafios colocados e por todo o acompanhamento neste percurso.

Não poderia deixar de agradecer a todos os profissionais do Departamento da Qualidade do CHUPorto, nomeadamente à Dra. Isabel Santos e ao Enfermeiro Manuel Valente, responsáveis pelo departamento, que tão bem me receberam e partilharam experiências enriquecedoras para a minha formação. Em particular, aos profissionais que desenvolvem o seu trabalho no Gabinete de Governação Clínica, onde se desenvolveu mais especificamente o meu estágio. Muito obrigado por abdicarem do vosso tempo para facilitarem a minha formação.

A ti, Leonor, que és o sentido de todo o meu ser e a força que me impulsiona para nos momentos mais difíceis seguir em frente com os meus projetos, na perspetiva de uma vida profissional melhor e motivadora. A ti, Nuno, por cuidares tão bem da nossa filha nas minhas ausências, e a vocês, pai e mãe, pelo apoio incondicional ao longo desta caminhada.

Sem vocês nada disto seria viável, ainda mais dentro do contexto em que vivemos. E, por isso, vos dedico este relatório que finaliza esta jornada.

ABREVIATURAS

AC – Ajuda para caminhar

CHUPorto – Centro Hospitalar Universitário do Porto

CISP - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente

DEFI – Departamento de Ensino, Formação e Investigação

DGS – Direção Geral da Saúde

DQ – Departamento da Qualidade

DQS – Departamento de Qualidade em Saúde

DS – Diagnóstico Secundário

EE – Equipa de Enfermagem

EM -Estado Mental

EQM - Escala de Quedas de Morse

GGC – Gabinete de Governação Clínica

GPSD – Guia Prático para a Segurança do Doente

HQ – Historial de Quedas

IIA - Institute of Internal Auditors

InQs – Interlocutores da Qualidade e Segurança

IPAI - Instituto Português de Auditoria Interna

MDCSE – Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAT – Postura no andar e na transferência

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RQ – Risco de Quedas

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TI – Terapêutica Intravenosa

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

RESUMO

O conceito de qualidade em saúde visa a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente. O enfermeiro gestor tem como principais funções planear, organizar, dirigir e avaliar os cuidados de enfermagem, baseando-se em modelos promotores da qualidade e segurança; implementar processos de melhoria contínua da qualidade e contribuir para os processos de acreditação e certificação; gerir os riscos e garantir a documentação dos cuidados e respetiva monitorização dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Deste modo, o recurso a auditorias internas e aos dados disponibilizados pelos departamentos da qualidade das instituições, constituem uma ferramenta útil e fundamental, seja no diagnóstico de situação, bem como no planeamento e implementação de estratégias de melhoria.

O presente relatório reflete a atividade desenvolvida no estágio profissional do curso de MDCSE, realizado no Gabinete de Governação Clínica integrado no Departamento da Qualidade do CHUPorto. Trata-se de uma reflexão crítica, concretizada através da descrição das atividades desenvolvidas e contraposição com a evidência científica, assim como a descrição das competências de gestão adquiridas.

De entre as atividades desenvolvidas, salienta-se a execução de um processo de melhoria contínua, focado na problematização das quedas e da eficácia da utilização da escala de avaliação do risco de queda de Morse. Para tal, foi realizada uma auditoria retrospectiva às notificações de queda rececionadas no GGC, num período de quatro meses. Após a análise dos vários conteúdos da mesma e após a realização de brainstorming com enfermeiros, verificou-se que existem discrepâncias na interpretação dos itens da EQM, o que se reflete na identificação dos utentes com alto risco. Assim, foi construída uma formação com casos clínicos, de preenchimento anónimo e disponibilizado no portal interno da instituição para todos os enfermeiros do hospital. Portanto, foi possível identificar uma falta de uniformização na utilização da EQM no CHUPorto através do recurso a uma ferramenta de gestão, a auditoria, e o recurso à inovação para dar resposta à problemática identificada.

Deste modo, tornou-se possível a aquisição das competências do enfermeiro gestor, nomeadamente na gestão pela qualidade e segurança; no planeamento, organização, direção e controlo; na prática profissional baseada na evidência e dirigida para a obtenção de ganhos em saúde.

Palavras – chave: Qualidade em Saúde, Enfermeiro Gestor, Auditoria, Inovação.

ABSTRACT

The concept of quality in health aims to obtain the greatest benefits, with the least risks for the client. The nurse manager's main functions are to plan, organize, direct, and evaluate nursing care, based on models that promote quality and safety; implement continuous quality improvement processes and contribute to accreditation and certification processes; manage risks and ensure the documentation of care and associated monitoring of indicators sensitive to nursing care. In this way, the use of internal audits and the data provided by the institutions' quality departments constitute a useful and fundamental tool, both in the diagnosis of the situation, as well as in the planning and implementation of improvement strategies.

This report reflects the activity developed in the professional internship of the MDCSE course, carried out in the Clinical Governance Office integrated in the Quality Department of CHUPorto. It is a critical reflection, carried out through the description of the activities developed in the internship and contrast with the scientific evidence, as well as the description of the acquired management skills.

Among the activities developed, it is worth mentioning the execution of a process of continuous improvement, focused on the problematization of falls and the effectiveness of the use of the Morse fall risk assessment scale. To this end, a retrospective audit was carried out on the fall notifications received at the GGC, over a period of four months. Upon analysis of the various contents of the audit and after brainstorming with nurses, it was found that there are discrepancies in the interpretation of the NDE items, which is reflected in the identification of users at high risk. Thus, training was built with clinical cases, filled out anonymously and made available on the institution's internal portal for all nurses in the hospital. Therefore, it was possible to identify a lack of standardization in the use of EQM at CHUPorto using a management tool, the audit, and applying innovation to respond to the identified problem.

In this way, it became possible to acquire the skills of the nurse manager, namely in quality and safety management; in planning, organizing, directing, and controlling; in evidence-based professional practice aimed at achieving health gains.

Keywords: Quality in Health, Nurse Manager, Audit, Innovation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. METODOLOGIA IMPLEMENTADA NA ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO	25
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	29
2.1 Visão, missão e valores do CHUPorto	29
2.2 Departamento da Qualidade em Saúde	30
2.2.1 Gabinete de Governação Clínica	31
2.2.2 Serviço de Humanização	33
3. DESCRIÇÃO E REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	37
3.1 A problemática das quedas no ambiente hospitalar e o seu impacto na gestão das organizações	39
3.2 Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse	47
3.3 Descrição do processo da auditoria clínica realizada à aplicação da EQM no CHUPorto	51
3.3.1 Planeamento da auditoria	54
3.3.2 Análise dos resultados da auditoria	56
3.4 Brainstorming sobre a temática de avaliação do risco de queda e das quedas no CHUPorto	64
3.5 Planeamento de estratégias de melhoria	68
3.5.1 Operacionalização do planeamento da estratégia de melhoria	70
3.6 Aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados e de serviços	74
3.7 Serviço de Humanização: oportunidades de aquisição de competências	79
4. O ABSENTISMO: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS	83
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO E O RESULTADO DA AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS	91
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	105
Anexo I - Pedido de autorização para realização da auditoria	106
Anexo II – Relatório da Auditoria	111
Anexo III – Formação	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Escala de avaliação do risco de queda de Morse.....	48
Tabela 2: Critérios de atribuição da pontuação da EQM.....	49
Tabela 3: Aplicação da EQM na admissão ao serviço.....	57
Tabela 4: Aplicação da EQM imediatamente após a queda.....	57
Tabela 5: Aplicação da EQM nas 48h anteriores à ocorrência de queda.....	57
Tabela 6: Avaliação da mudança no nível de risco após a queda.....	58
Tabela 7: Mudança no score do item Historia de Quedas após a queda.....	59
Tabela 8: Mudança no score do item Diagnóstico Secundário após a queda.....	59
Tabela 9: Mudança no score do item Ajuda para Caminhar após a queda.....	60
Tabela 10: Mudança no score do item Terapêutica Intravenosa após a queda.....	60
Tabela 11: Mudança no score do item Postura a Andar e na Transferência após a queda.....	61
Tabela 12: Mudança no score do item Estado Mental após a queda.....	61
Tabela 13: Atualização do Risco de Queda após a queda.....	62
Tabela 14: Mudança nos itens da EQM após a ocorrência da queda.....	62
Tabela 15: Atualização do registo “Queda” no campo dos “Alertas” do SClínico.....	63
Tabela 16: Artigos da revisão integrativa.....	85

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1: Quedas por 1000 dias de internamento 2015-2021 no CHUPorto.....	26
Figura 2: Organização do DQ do CHUPorto.....	31
Figura 3: Modelo de Governação Clínica.....	32
Figura 4: Diagrama de causa-efeito do evento Queda.....	42
Figura 5: Modelo de Prevenção de Quedas em ambiente hospitalar.....	45
Figura 6: Rede de Causalidade.....	53
Figura 7: Análise SWOT.....	70
Figura 8: Fluxograma do planeamento da formação sobre a EQM.....	72
Figura 9: Cronograma do planeamento da formação sobre a EQM.....	73

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge como componente de avaliação do estágio de natureza profissional, integrado no Curso de Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem do ano letivo de 2021/2022. Este estágio desenvolveu-se no Departamento da Qualidade do CHUPorto no período de 5 de Outubro de 2021 a 15 de Janeiro de 2022. Tem como principais objetivos:

- Descrever as atividades desenvolvidas no Gabinete de Governação Clínica do CHUPorto;
- Apresentar os resultados obtidos nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Refletir sobre as atividades desenvolvidas e qual o seu contributo para a aquisição das competências integradas no presente mestrado;
- Explicitar as competências de enfermeiro gestor adquiridas neste processo formativo.

Neste sentido, esta reflexão está organizada da seguinte forma: apresentação de uma introdução mais extensa, contendo os conceitos chave utilizados no desenvolvimento das atividades ao longo do percurso realizado; seguido da descrição da metodologia adotada para o desenvolvimento do estágio e da caracterização do Departamento da Qualidade do CHUPorto, concretamente do Gabinete de Governação Clínica. Posteriormente, será realizada uma descrição e reflexão fundamentada sobre as competências adquiridas. O capítulo seguinte será dedicado a todo o processo desenvolvido, nomeadamente as condições facilitadoras e dificultadoras do meu processo de aprendizagem e, por fim, surgirão algumas considerações finais acerca de todo este processo de aquisição de competências no âmbito do presente mestrado.

Primeiramente, tornou-se necessário a definição de um conjunto de conceitos fundamentais ao desenvolvimento do estágio: o conceito de qualidade em saúde; quais as funções do enfermeiro gestor na promoção desta; o conceito de auditoria e sua operacionalização, e em que medida a inovação poderia contribuir para dar resposta às problemáticas identificadas.

O conceito de qualidade apresenta-se de diversas formas, com atribuição de significado a diferentes aspetos em função do contexto, focalizando-se na satisfação do cliente. No âmbito da saúde, Donabedian (2003) define-a como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes, que se definem em função dos recursos disponíveis e do contexto social. Estabelece três dimensões para a qualidade em saúde: a

dimensão técnica, a interpessoal e a ambiental, cumprindo os seguintes atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e equidade.

Cada vez mais, as organizações, incluindo as instituições de saúde, vivem num ambiente cuja competitividade e a procura pela excelência dos cuidados prestados são uma prioridade. Os produtos que criem maior valor são preferidos pelos consumidores, os quais se tornaram cada vez mais exigentes e detentores de conhecimentos sobre as opções disponíveis, pelo que o seu nível de satisfação é mais elevado. Face a isto, as organizações têm como objetivo desenvolver e oferecer ao seu público produtos/serviços de qualidade com o intuito de serem reconhecidos e distinguidos como tal. Assim, as organizações de saúde estão cada vez mais focadas no bem-estar e na satisfação das necessidades dos seus clientes, pelo que preconizam a implementação de boas práticas e a prestação de cuidados de excelência. Existem várias definições de qualidade. Segundo (Saraiva e Teixeira 2010, como citado em Negrão, 2014, p.4) autores como William E. Deming, definem o termo qualidade como a satisfação das necessidades atuais e futuras dos clientes, com recurso à implementação de um processo de melhoria continua que inclui quatro fases: planeamento, intervenção, monitorização e re-intervenção. Por outro lado, estes autores fazem referência a Joseph Juran, segundo o qual o termo qualidade está presente quando a intervenção é adequada para o cliente e não apresenta qualquer tipo de falhas. Define-a, igualmente, como um processo de melhoria continua, dividido em três etapas: planeamento, controlo e melhoria da qualidade. Saraiva e Teixeira (2010, como citado em Negrão, 2014, p.5), fazem ainda referência a Kaoru Ishikawa, segundo o qual a qualidade visa a identificação e a satisfação continua das necessidades dos clientes. Para este autor, a qualidade significa a busca contínua das necessidades do consumidor tendo por base a sua satisfação.

Segundo a OMS (2020), cuidados de saúde de qualidade são aqueles atendem a diferentes dimensões, sendo eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes. A eficácia reporta-se aos cuidados baseados na melhor evidência disponível e acessível a todos aqueles que deles necessitem; seguros, evitando causar qualquer tipo de dano ao cliente; focados no consumidor dos cuidados, dando premência às suas preferências, necessidades e valores individuais. As organizações de saúde devem disponibilizar cuidados de saúde de qualidade reais, isto é que sejam oportunos, privilegiando a redução do tempo de espera, o que muitas vezes se traduz em perda de valor quer para a instituição, quer para o cliente; a equidade, não discriminando a qualidade dos mesmos em função da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião,

estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política. Estes cuidados devem ser integrados, isto é, devem ser planeados por equipas multidisciplinares, para que todas as necessidades sejam satisfeitas, nas diferentes etapas da vida da pessoa alvo dos cuidados; eficientes, maximizando o benefício dos recursos disponíveis e evitando o desperdício.

A gestão das organizações de saúde é indissociável do conceito de qualidade em saúde, uma vez que esta constitui uma das principais missões de qualquer instituição, ou seja, a prestação de cuidados de saúde de qualidade. O enfermeiro gestor é o agente promotor da qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços. Deve estar munido de um conjunto de competências que fomentem na equipa que lidera motivação, empenho, acessibilidade às novas tecnologias e à formação, e receptividade à mudança para que se pratiquem cuidados de qualidade, ou seja, que vão de encontro à satisfação das necessidades dos seus clientes (Rego, 2018). Uma das grandes organizações é a da saúde, estando associada a ela, uma elevada componente humana, pois a sua área de atuação é realizada por pessoas cujo alvo de atenção são as pessoas. Segundo Munari e Bezerra (2004, como citado em Rego, 2018), a gestão pode ser definida como a arte de pensar, decidir e agir com o objetivo de atingir determinados resultados, na qual o gestor é um agente ativo, munido de um conjunto de competências e habilidades, onde a criatividade, a intuição e a interação são fatores chave para o sucesso.

Assim, torna-se imperativo que o gestor de uma organização se mantenha atualizado relativamente ao desenvolvimento da sociedade, da organização e das pessoas, isto porque as necessidades dos clientes vão mudando, à medida que o mundo e os contextos onde estamos inseridos vão evoluindo, tendência natural, mas que é fator condicionante da perceção de cuidados de qualidade. Segundo Rego (2018), outras características fundamentais para o sucesso do gestor, são o empreendedorismo, ser agente facilitador dos processos de mudança dentro das organizações e a flexibilidade.

A gestão em enfermagem busca, diariamente, o alcance da qualidade dos cuidados e isto reflete-se na procura cada vez maior do conhecimento científico, da melhor evidência disponível, na necessidade manifesta de formação por parte das equipas e da própria imposição da sociedade e das organizações, no recurso às novas tecnologias para fazer face aos novos desafios e, por outro lado, facilitar e refletir a qualidade dos cuidados. Somente através destas e com recurso às ferramentas de gestão disponíveis, se torna possível produzir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e, por outro lado, detetar oportunidades de melhoria, conduzindo a um processo de melhoria continua. Hesbeen (2000, como citado

em Rego, 2018), preconiza que a missão do enfermeiro gestor assenta nos seguintes alicerces: promoção de ambientes saudáveis, organização, competências de comunicação, desenvolvimento pessoal e coletivo, deliberação e formação. Para tal, é fundamental que a equipa que lidera, conheça a missão e os valores da organização que integra, por forma a ir de encontro à prestação de cuidados de qualidade, preconizados na instituição onde exercem funções.

O enfermeiro gestor deve, ainda, ser detentor de competências de inovação. A inovação constitui um fim a atingir nas diferentes organizações, incluindo as instituições de saúde. É um conceito complexo, com diferentes conceções, preconizadas por vários autores, porém com o propósito final de satisfazer as necessidades dos clientes.

Porém existem condições que podem ser facilitadoras ou dificultadoras da inovação, como a cultura da estrutura organizacional. Isto é, a cultura de inovação tem na sua base os preceitos fundamentais do marketing: foco no cliente, ou seja, a satisfação das suas necessidades; um planeamento estratégico centrado na consecução de um conjunto de objetivos previamente delineados, tendo por base a missão e os valores da organização; envolve processos de liderança e de gestão.

Dada a importância que assume nos processos de gestão, vários autores refletiram sobre o seu significado e relevância nas organizações. Vários autores apresentam definições do conceito de inovação: Dobni (2008, como citado em Faria e Fonseca, 2014, p.381) enfatiza quatro pressupostos para a inovação: a presença de uma intenção para inovar; um ambiente organizacional facilitador da mesma; conhecimentos e competências dos colaboradores para dar suporte aos pensamentos e ações necessários à inovação e um contexto que suporta a sua implementação. Bravo-Ibarra e Herrera (2009, como citado em Faria e Fonseca, 2014, p.381) dão ênfase à capacidade de inovação dos intervenientes, isto é, o aumento do conhecimento dos colaboradores sobre a inovação a implementar deve ter como pilar uma liderança e uma cultura organizacional que motive os mesmos na busca deste. Martins (2002, como citado em Faria e Fonseca, 2014, p.384) define como fatores determinantes para a criatividade e inovação a presença de uma estratégia, de uma intencionalidade por parte da equipa baseada nos valores e na missão da instituição e de uma liderança promotora da motivação e envolvimento em todo o processo.

De facto, os diferentes autores referem aspetos comuns que são o suporte para a cultura de inovação numa instituição, ou seja, torna-se essencial a presença de um ambiente facilitador da implementação de novas estratégias que visam satisfazer todas as necessidades dos clientes; uma gestão participativa e envolvida em todo o processo, facilitando a partilha de novos conhecimentos; a presença de uma comunicação efetiva; o acesso à formação necessária da equipa para a implementação da inovação assim como, a garantia da acessibilidade aos recursos necessários para a sua consecução. Deverá constituir um trabalho colaborativo, fomentando o envolvimento de todos, desde o seu planeamento, implementação e monitorização e, posterior reformulação e aplicação das medidas corretivas, constituindo um processo de melhoria contínua. Assim, o enfermeiro gestor assume um papel fundamental neste processo de cultura da inovação, constituindo, o elemento promotor da motivação da sua equipa na prestação dos melhores cuidados, ou seja, que vão de encontro às necessidades do cliente. Por outro lado, deve sensibilizar os seus colaboradores para a importância das estratégias de marketing e para o uso das tecnologias como meio facilitador da inovação, promovendo deste modo, uma cultura organizacional facilitadora deste processo, eliminando possíveis resistências à inovação.

No que se reporta aos regulamentos que regem a carreira de enfermagem, o enfermeiro gestor é definido como:

é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco

clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros;(...)
Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera; b) Garante a
implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
Gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes
em cuidados de saúde; d) Garante o desenvolvimento de competências dos
profissionais da equipa que lidera; e) Garante a prática profissional baseada na
evidência (Regulamento nº101 da Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.5948).

Posteriormente, em 2019, surgiu o decreto-lei nº71, que veio alterar a regulamentação da nova carreira de enfermagem, segundo o qual, cabe ao enfermeiro gestor planejar, organizar, dirigir e avaliar os cuidados de enfermagem, baseando-se em modelos promotores da qualidade e segurança; implementar processos de melhoria contínua da qualidade e contribuir para os processos de acreditação e certificação; gerir os riscos e garantir a documentação dos cuidados e respetiva monitorização dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem; realizar auditorias internas e definir estratégias de melhoria.

Valencio & Ngueve (2013, como citado em Costa, 2019, p.43), explicita que “são vários os indícios de que a auditoria, remonta acerca de 4000 a.c., em que já eram feitas auditorias na Babilónia, China e Egipto. Nesses tempos as auditorias relacionavam-se com a cobrança de impostos e com o controlo dos stocks de alimentação”. Em 1941, o Institute of Internal Auditors (IIA) definiu auditoria interna como uma atividade independente, de garantia e de consultoria, que tem por objetivo melhorar a qualidade e aperfeiçoar as operações de uma instituição. O Instituto Português de Auditoria Interna (IPAI), define auditoria interna como “uma atividade independente, de garantia (assurance) e de consultoria, destinada acrescentar valor e a melhorar as operações de uma organização”, (como citado em Costa 2019, pág.47). Como tal, auditar significa apurar a conformidade do que está preestabelecido com o que é executado. Permite, por um lado comprovar os resultados positivos da organização e, por outro lado, identificar possíveis oportunidades de melhoria, tendo sempre como ênfase a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, o conceito de auditoria clínica consiste no confronto entre os cuidados pré-estabelecidos na organização, fundamentados em procedimentos e normas protocoladas e

baseadas na melhor evidência científica disponível, com os cuidados que foram efetivamente prestados ao cliente. Trata-se de um ciclo que envolve cinco fases: planeamento; identificação de normas e definição de critérios da auditoria; recolha e análise dos dados; introdução de medidas corretivas e, posteriormente, re-auditado (GPSD, 2021).

O presente relatório, visa deste modo, relatar a atividade desenvolvida ao longo do estágio realizado no Departamento da Qualidade do CHUPorto; identificar as competências de gestão adquiridas; refletir sobre as ferramentas de gestão utilizadas e contrapor com a evidência científica.

1. METODOLOGIA IMPLEMENTADA NA ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio de natureza profissional integrado no MDCSE, realizado no Departamento da Qualidade do CHUPorto, teve como objetivos:

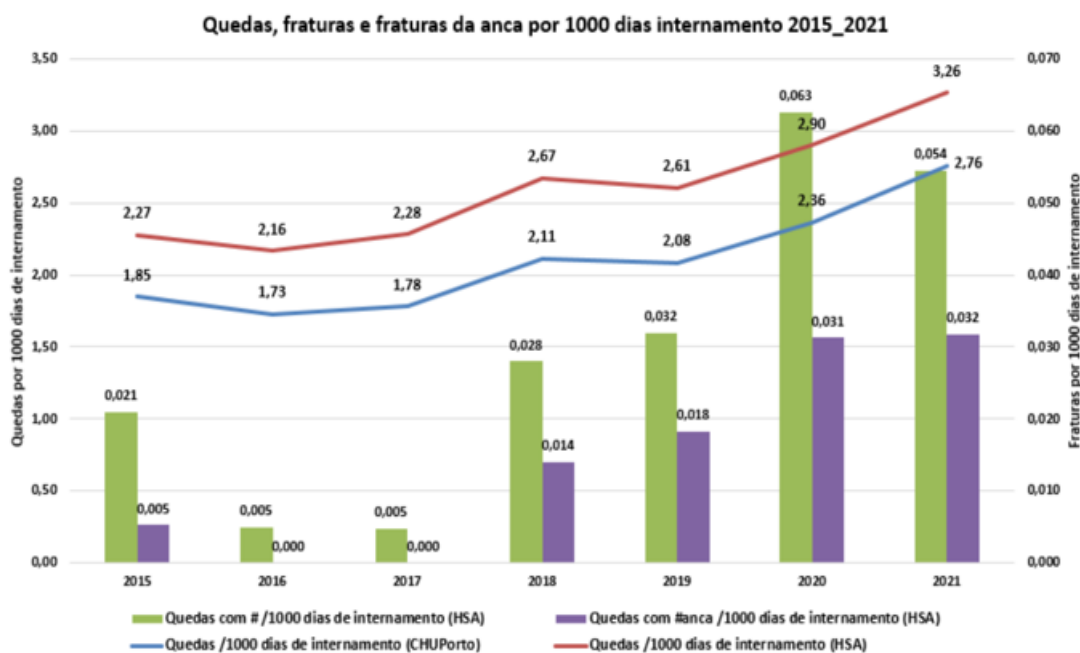
- Adquirir competências no âmbito da gestão em enfermagem;
- Aplicar os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares, tendo por base a prática profissional, ética e legal;
- Cimentar conhecimentos e gerir situações complexas, analisar os dados e desenvolver estratégias de melhoria, incluindo situações cuja informação disponível é limitada ou insuficiente, tendo sempre em consideração as responsabilidades éticas e sociais daí resultantes;
- Argumentar e sistematizar ideias complexas inerentes ao desenvolvimento profissional no âmbito da gestão;
- Operacionalizar competências de análise e de síntese, com recurso a ferramentas como as auditorias e a análise de indicadores.

Face aos objetivos delineados, foi adotada a seguinte metodologia: apresentação e reconhecimento do local de estágio, seguido de análise com a orientadora dos dados existentes, para diagnóstico de situação. Reflexão sobre os indicadores, determinação de áreas de intervenção, planeamento e implementação de auditorias clínicas e posterior delineamento de estratégias de resolução de problemas.

Após a apresentação do local de estágio, comecei por analisar os dados disponibilizados pelas diversas auditorias realizadas pelo GGC nas diferentes áreas que incidem no risco clínico, como os das úlceras de pressão, a cirurgia segura, a identificação dos doentes, as quedas de entre outros, que constituem foco de atenção do enfermeiro gestor.

De acordo com os dados obtidos, o número de quedas tem vindo a aumentar no CHUPorto desde 2015, como reflete a figura 1, apresentando uma taxa de 2,76 por cada 1000 dias de internamento em 2021, comparativamente com 2015, onde a taxa era de 1,85. Assim, optei por planear um ciclo de melhoria contínua dirigido à temática das quedas nesta instituição.

Figura 1: Quedas por 1000 dias de internamento 2015-2021 no CHUPorto



Fonte: GGC, CHUPorto, 2021

Para concretizar este plano de melhoria continua executei uma auditoria à avaliação do risco de queda através da EQM, por forma a perceber se os doentes que caíram estavam identificados com alto risco de queda. Para tal, recorri à evidência para aprofundar os meus conhecimentos na utilização de ferramentas como as auditorias, no sentido de construir uma ferramenta robusta que, deste modo, permitisse extrair indicadores fiáveis. Por conseguinte, e face aos resultados obtidos socorri-me da inovação para formular uma estratégia que desse resposta ao problema identificado, e que se encontra explanado no capítulo seguinte. Assim, os indicadores que estiveram na base da minha intervenção foram: a taxa de quedas no CHUPorto; a frequência de utilização da EQM no CHUPorto e a taxa de eficácia na utilização da EQM na identificação dos utentes com alto risco. Paralelamente, tornou-se fundamental a revisão documental das temáticas abordadas nas diferentes unidades curriculares, para sustentar as opções tomadas ao longo do percurso.

Simultaneamente, participei em atividades específicas realizadas neste campo de estágio, nomeadamente a gestão do sistema de notificação de incidentes do CHUPorto; monitorização do programa institucional de auditorias de risco clínico; nas reuniões periódicas com os interlocutores; gestão documental dos documentos internos da área de responsabilidade do GGC; consultoria aos serviços clínicos no âmbito da governação que

foram uma mais-valia na aquisição de competências de gestão, especificamente na enfermagem. Neste âmbito tornou-se necessário, igualmente, o recurso à evidência para o acompanhamento destas atividades.

Ao longo do estágio, existiram vários momentos de discussão com a orientadora sobre os dados recolhidos, a sua análise e planeamento das intervenções. Ou seja, na metodologia adotada houve momentos de trabalho individual, como a recolha dos dados para a auditoria e posterior análise, seguido de reflexão em conjunto sobre os mesmos, facilitando o processo de aquisição de competências.

A redação do presente relatório, optei por efetuar posteriormente, por questões de gestão do tempo, ou seja, durante o período de estágio elegi dedicar-me ao desenvolvimento das atividades planeadas e, desta forma, usufruir de todas as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo.

2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O estágio profissional decorreu no Departamento da Qualidade do CHUPorto, no período compreendido entre 5 de Outubro de 2021 e 15 de Janeiro de 2022. Decorreu sob a orientação da Prof Dra. Manuela Martins e coorientação da Enfermeira Cecília Rodrigues, Doutorada em Ciências da Enfermagem e com formação em Gestão e Economia de Serviços de Saúde e que exerce funções neste departamento, especificamente no Gabinete de Governação Clínica.

O recurso aos dados disponibilizados pelos departamentos da qualidade das instituições, constituem uma ferramenta útil e fundamental para o enfermeiro gestor, seja no diagnóstico de situação, bem como no planeamento e implementação de estratégias de melhoria. Deste modo será realizada uma breve descrição das características do local onde se desenvolveu a minha formação. Isto é, de entre os diferentes universos que o departamento da qualidade do CHUPorto envolve, foram tomados como alvo de atenção o Gabinete de Governação Clínica e o Serviço de Humanização, uma vez que o meu percurso incidiu mais sobre estas valências, assim como foram os locais onde surgiram mais oportunidades de aquisição de competências.

2.1 Visão, missão e valores do CHUPorto

O CHUPorto tem como visão constituir-se o “melhor Hospital para cuidar e tratar doentes, melhor local para trabalhar, destacando-se pelas boas práticas clínicas e de gestão”. Tem como missão o atingimento da excelência em todas atividades que executa, integrado numa perspetiva global da saúde.

Focaliza-se na prestação de cuidados que contribuem para a melhoria da saúde dos seus clientes e da população em geral, executando atividades de elevada diferenciação. Os seus colaboradores orientam-se pelos seguintes valores: a saúde dos doentes e qualidade de serviço são primordiais; a excelência em todas as atividades, privilegiando a qualidade e a segurança; respeito pelas pessoas, trabalho em equipa e colaborativo com outros profissionais; valorização da população e da sociedade; inovação para prestar melhores cuidados ao cliente, para melhor qualidade e sustentabilidade do hospital; responsabilidade, integridade e ética.

2.2 Departamento da Qualidade em Saúde

A qualidade em saúde em Portugal beneficiou com a criação dos DQS, formalizada legalmente pela Portaria n.º 155/2009 de 16 de Fevereiro, integrados na DGS. Segundo esta portaria, as funções do departamento da qualidade são:

coordenar e avaliar as atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional; coordenar o sistema de qualificação das unidades de saúde; criar e coordenar atividades e programas de promoção da segurança do doente; desenvolver e manter a vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença; coordenar os fluxos de mobilidade de doentes portugueses no estrangeiro e de doentes estrangeiros em Portugal e avaliar o seu impacto no sistema de saúde; gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado 'Sim Cidadão', e promover a avaliação sistemática da satisfação; definir e monitorizar indicadores para avaliação do desempenho, acesso e prática das unidades do sistema de saúde na área da qualidade clínica e organizacional, incluindo a gestão do Portal da Transparência (Portaria nº155/2009 de 10 de Fevereiro, pág.879).

Porém, o Ministério da Saúde verificou que não havia uma uniformização destes departamentos nas instituições de saúde, pelo que o Despacho n.º 3635/2013, de 7 de Março, vem obrigar à criação das comissões da qualidade e segurança em todas as organizações do SNS. Por outro lado, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020, vem reforçar a estratégia definida para 2009 - 2014, enfatizando a segurança dos doentes através da prevenção e identificação de incidentes e adoção de estratégias de melhoria. Assim, esta focaliza-se: na melhoria da qualidade clínica e organizacional, através de auditorias regulares; fomentar a prática baseada nas normas de orientação clínica; reforço da segurança dos doentes, através da implementação do plano nacional para a segurança

dos doentes; incentivar a investigação clínica; monitorização continua da qualidade e segurança, através de auditorias internas e de indicadores de qualidade; divulgação dos resultados das auditorias nas organizações com vista à melhoria continua; disponibilização da informação aos clientes, para que estes sejam mais ativos no processo de tomada de decisão.

Face ao exposto, o Departamento da Qualidade do CHUPorto é constituído por:

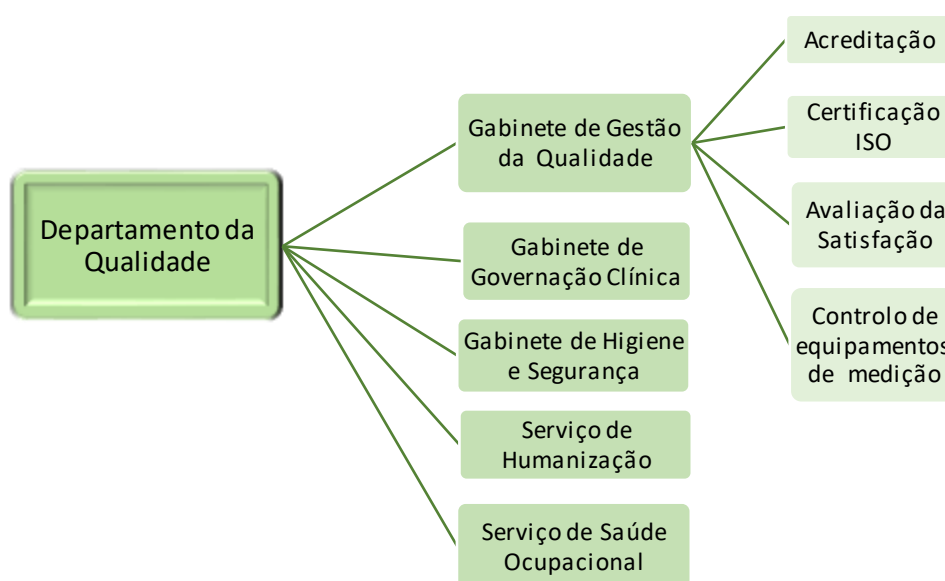


Figura 2: Organização do DQ do CHUPorto

2.2.1 Gabinete de Governação Clínica

A governação clínica é a estrutura que permite às organizações de saúde responsabilizarem-se pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e dos seus resultados, assim como pela garantia de elevada qualidade dos cuidados prestados. Para tal, torna-se fundamental o envolvimento de todos os membros da organização de saúde (DGS, 2014).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a governação clínica tem como foco:

fomentar o desenvolvimento dos componentes necessários à prestação de cuidados de qualidade através de um menor enfoque na “culpa” e de uma maior atenção às questões da liderança, da criação de uma “cultura de segurança clínica” e incentivando alianças

e parcerias com os cidadãos (Halligan, & Donaldson, 2001). A governação clínica representa, por excelência, um processo de integração de capacidades e de competências visando obter melhores resultados para os doentes (Campos & Portugal, 2009). A governação clínica deverá ter como requisitos o envolvimento dos diferentes membros das equipas de saúde reconhecendo o contributo de cada um dos seus elementos para a qualidade dos cuidados (DGS, 2014, pág.8)

A governação clínica constitui uma das prioridades estratégicas para o CHUPorto, com o objetivo de garantir a segurança do doente. O GGC é uma unidade integrada no Departamento da Qualidade, que visa melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados e garantir elevados padrões de atendimento, criando um ambiente seguro e que satisfaça todas as necessidades dos clientes. Assim, e em consonância com o modelo de governação clínica preconizado pela DGS, descrito no plano supracitado, representado pela seguinte figura, estão definidas as seguintes linhas de trabalho neste gabinete :

Figura 3: Modelo de Governação Clínica



Fonte: Plano Nacional de Saúde 2012-2016, DGS, 2014

Deste modo estão definidas como linhas de trabalho a gestão de risco clínico, com nomeação de um gestor, a efetividade clínica, fundamentada na execução de auditorias clínicas e na medição de indicadores de desempenho (SINAS e IAMETRICS), seguidas da implementação

de estratégias de melhoria, contempladas por exemplo no plano nacional para a segurança do doente.

No que se refere à segurança clínica, este gabinete gere as notificações rececionadas no sistema interno de notificação de eventos adversos, disponível no portal interno do CHU Porto, fazendo a análise de causa raiz e propostas de melhoria, que são disponibilizadas ao enfermeiro gestor do serviço onde ocorreu o evento adverso.

O GGC colabora na formação dos profissionais em temas relacionados com a segurança do doente, como por exemplo a temática das quedas, das úlceras de pressão, da cirurgia segura. A identificação das necessidades formativas é realizada com base nas auditorias efetuadas, assim como nas necessidades reportadas pelos enfermeiros gestores. Posteriormente, em colaboração com o Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI) da instituição são agendadas ações formativas, de acordo com as necessidades encontradas.

Todos os serviços, clínicos e não clínicos, da instituição, têm um elemento que faz de elo de ligação com o GGC. É designado de Interlocutor da Qualidade e Segurança (InQS) e tem como principais funções: execução de auditorias de risco clínico no serviço que representa e cooperação na identificação de estratégias de melhoria. São realizadas reuniões trimestrais com o departamento, com vista à partilha de resultados e divulgação de novas diretrizes. Para além destes momentos formais, o interlocutor pode sempre que necessário contactar o GGC.

2.2.2 Serviço de Humanização

O serviço de humanização surge do compromisso do Ministério da Saúde, em 2019, para o desenvolvimento de um grupo de trabalho sobre a humanização hospitalar, referindo como sendo uma das suas prioridades. A humanização reporta-se não só aos clientes alvo dos cuidados, mas também aos profissionais que prestam esses cuidados. Se a instituição não cuidar da saúde física e mental dos seus profissionais, a excelência da qualidade dos cuidados fica comprometida.

Segundo a OMS (2016, como citado em Morgado, 2018) na conceptualização dos cuidados centrados no cliente, devem ser integrados os profissionais que prestam os cuidados, ou seja, as suas expectativas e motivações. Nesse sentido, a abordagem centrada no doente, para ser

bem-sucedida, deve considerar a experiência dos profissionais, a sua motivação e as suas emoções. Isto porque trata-se de uma área muito sensível, que mexe com a vulnerabilidade da pessoa e da família alvo dos cuidados, e se os prestadores não estiverem capazes de dar uma resposta efetiva, a qualidade dos cuidados não será atingida. Assim, os sistemas de saúde centrados na pessoa dependem dos seus colaboradores, uma vez que a excelência dos seus resultados depende da disponibilidade, da acessibilidade, da aceitabilidade e da motivação dos colaboradores das instituições de saúde.

Deste modo, torna-se fundamental que a pessoa seja vista como um todo, isto é, que para além do motivo de saúde pelo qual recorre aos serviços de saúde, existe toda uma experiência de vida, todo um conjunto de valores e princípios que devem ser tidos em consideração durante o planeamento e a prestação de cuidados. Assim, poderá inferir-se que a humanização dos cuidados significa que a sua conceitualização e concretização está centrada no ser humano como um todo, visando satisfazer todas as suas necessidades (Morgado, 2018).

Assim, a Humanização é fundamental para a qualidade dos cuidados e deve ser algo ao qual a gestão deve dar especial atenção. Por um lado, perceber com a equipa que gere, a sensibilidade para esta questão, identificar possíveis necessidades de formação e, por outro lado, estar atento ao comportamento dos seus profissionais, por forma a detetar possíveis necessidades que os próprios profissionais que consigo colaboram precisam de ver satisfeitas, para que possam prestar cuidados de qualidade. Isto é, a desmotivação, a falta de formação, a carga horária excessiva, de entre outros fatores, podem ser condicionantes da humanização dos cuidados.

Face a isto, a preocupação com a humanização hospitalar esteve sempre presente na gestão do CHU Porto, tendo sido formalizado em 2019 aquando da criação do serviço de Humanização. Tem como principais funções implementar estratégias focadas na humanização centradas no cliente, cuidador e profissionais de saúde, promovendo um relacionamento interpessoal e interprofissional saudável, respeitando sempre os valores humanos.

Para a sua concretização, foram planeadas sessões para os diferentes grupos profissionais. Visam ter um carácter participativo, dinâmico e criativo, com espaços que permitam a expressão de ideias, proximidade nas relações de trabalho e desenvolvimento de sentimentos de pertença. Por outro lado, a partilha de experiências permite a expressão de

sentimentos e de frustrações que surgem no dia a dia, assim como o reconhecimento de potenciais falhas e definição de estratégias de melhoria.

3.DESCRICÃO E REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O GGC focaliza-se na gestão do risco clínico, isto é, na identificação das possíveis causas dos eventos adversos que lhe são reportados através da plataforma disponibilizada no portal interno do CHUPorto. Ou seja, qualquer elemento da equipa de um serviço na presença de evento adverso ou incidente, deve notificar na página eletrónica do Departamento da Qualidade e, mediante a sua tipologia, risco clínico ou não clínico, esta informação é canalizada para o gabinete responsável. Posteriormente, após uma análise de causa raiz, são sugeridas ao serviço as medidas corretivas, necessárias à prevenção da ocorrência de novos eventos e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A análise de causa raiz, segundo Aguiar (2014), consiste na averiguação do problema e identificação das possíveis causas, para posteriormente, planejar intervenções que visam eliminar o problema identificado. Isto é, pretende-se com este tipo de ferramenta encontrar respostas às seguintes questões: O que aconteceu? Qual a sua origem? Como atuar para que não se volte a repetir? Utiliza-se o termo raiz para sublinhar que o que se pretende com este tipo de análise é identificar o motivo fundamental que conduziu à ocorrência do evento adverso. Deste modo, só através do reconhecimento da causa central, poderão ser delineadas medidas que possam eliminá-la, assim como, implementar estratégias de melhoria. Trata-se de uma análise retrospectiva, uma vez que o foco alvo de investigação já ocorreu, pelo que o objetivo é evitar a sua recorrência. Torna-se, igualmente, importante distinguir evento adverso de incidente. Segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) da OMS (2009), ambos se reportam a um acontecimento que envolveu o utente, porém no evento adverso este acontecimento causou um dano para o mesmo, podendo ser um dano relacionado com diferentes dimensões e com diferentes graus de gravidade.

Assim, a primeira etapa do meu estágio profissional foi o reconhecimento do local de estágio e do trabalho desenvolvido no mesmo. Foi-me explicitado todo o processo desenvolvido após a receção da notificação, que no presente contexto, se reporta às notificações de risco clínico. Aqui estão englobados todos os eventos adversos e/ou incidentes que podem colocar em risco o doente, como por exemplo a temática das úlceras de pressão, a identificação inequívoca do utente, a administração de terapêutica, as listas de verificação pré-operatórias e os momentos da cirurgia segura; as listas de verificação pré exame, as quedas; o risco

transfusional. Deste modo, é feita uma análise criteriosa ao conteúdo da notificação e se surgirem dúvidas, é solicitado à pessoa que notifica, os esclarecimentos necessários, para que a resposta seja efetiva na resolução do problema. Estas notificações podem ter um carácter anónimo, porém o notificante, nesta condição, não obterá resposta direta à sua notificação.

Simultaneamente, são realizadas auditorias pelos InQS, reuniões trimestrais para divulgação dos resultados das auditorias e são apresentados estudos de caso que visam partilhar problemáticas que são sensíveis num determinado contexto, e quais as medidas corretivas adotadas, que contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados naquele serviço.

Anualmente, o GGC apresenta um relatório das auditorias sobre os principais eventos adversos ou incidentes que decorrem no CHUPorto, com apresentação de estratégias de melhoria.

Face ao exposto, existem várias temáticas sobre as quais me poderia debruçar ao longo do estágio e que são de extrema importância para o exercício das funções do enfermeiro gestor. Isto é, são temas que definem a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos clientes e famílias, que constituem o mercado das organizações de saúde. Por outro lado, os indicadores extraídos destas temáticas refletem a qualidade do serviço perante a gestão intermédia e de topo e também constituem um fator inequívoco de identificação de necessidades, sejam elas de carácter formativo, dotações de pessoal inadequadas, necessidades de equipamentos, de entre outros. Deste modo, a realização de auditorias tornou-se para mim uma ferramenta de importante domínio, com foco na aquisição de competências no âmbito da “Implementação de auditorias internas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados”, que constitui um dos conteúdos funcionais da categoria de enfermeiro gestor descritas no decreto-lei nº101 de Maio de 2019, que regulamenta a nova carreira de enfermagem. Por outro lado, adquirir competências na gestão do risco clínico, nomeadamente através do desenvolvimento de um plano de melhoria continua para dar resposta a um problema identificado através das auditorias. A segurança doente constitui um dos temas que foi alvo da minha atenção ao longo do processo formativo pelo que, o estágio permitiu aprofundar mais esta temática e a relevância do papel do enfermeiro gestor neste campo.

Deste modo, indo de encontro a um assunto de interesse comum com a minha orientadora de estágio, bem como tratando-se de um problema sensível e que me causa alguma

inquietude enquanto profissional, optei por realizar uma auditoria de carácter retrospectivo às notificações de episódios de Quedas no CHUPorto. Trata-se de um incidente e/ou evento adverso que tem vindo a crescer nesta instituição. Embora o contexto de pandemia possa ter contribuído para o seu agravamento, a população alvo dos nossos cuidados é maioritariamente idosa, pelo que o impacto deste fenómeno é maior. Por outro lado, é uma fonte de grande preocupação a nível mundial, assim como do SNS, uma vez que vem contemplado no plano nacional para a segurança do doente 2021-2026.

Neste capítulo do presente relatório, será descrito todo o processo de auditoria realizado sobre a temática das quedas, incluindo os resultados e o planeamento das estratégias de melhoria identificadas para posterior implementação, com recurso à inovação. Posteriormente, serão descritas outras atividades realizadas ao longo do estágio e que contribuíram para a aquisição de outros conhecimentos e competências.

3.1 A problemática das quedas no ambiente hospitalar e o seu impacto na gestão das organizações

As quedas podem ser definidas como “um deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade” (Bucksman et al, 2004, como citado em Freitas, 2010). Podem ser provocadas por causas intrínsecas, relacionadas com o envelhecimento, alterações posturais e diminuição dos reflexos; ou causas extrínsecas, como alterações do estado de consciência, distúrbios da marcha, alterações do equilíbrio, demência, alterações ambientais, nomeadamente a mudança do domicílio para o hospital; presença de doença aguda (Freitas, 2010).

As quedas são os eventos adversos que ocorrem com maior frequência nos hospitais e, trazem com frequência, consequências físicas, psicológicas e sociais. Acarretam um conjunto de custos quer para o utente, refletindo-se num aumento do período de internamento, aumento do nível de dependência para o autocuidado; realização de exames complementares de diagnóstico e de procedimentos invasivos; quer para a instituição hospitalar, custos estes associados ao tratamento dos danos provocados pela queda. Poderão estender-se para a comunidade, nas situações cujas complicações resultantes do evento adverso implicam processos de reabilitação, tendo que recorrer RNCCI (Almeida, 2010).

As quedas podem ser classificadas como, acidentais quando resultam de obstáculos presentes no espaço físico, ou seja, associados a perigos ambientais; fisiologicamente previsíveis, quando a pessoa apresenta um conjunto de alterações fisiológicas que a predis põem a maior risco de queda; e de origem fisiológica, mas não previsíveis, isto é, a sua origem é fisiológica, mas não é previsível a sua ocorrência até que o primeiro evento aconteça. Assim, poderá inferir-se que existem eventos de queda que poderão ser prevenidos através da identificação precoce dos fatores de risco e da implementação de medidas preventivas. Ou seja, na presença de fatores pessoais e/ou ambientais passíveis de ser relacionados a maior risco de queda, é possível intervir junto deles, com a premissa de os eliminar ou minimizar, diminuindo assim a probabilidade de ocorrência do evento adverso, podendo em contexto hospitalar, esta redução aproximar-se dos 30% (Almeida, 2010).

Os fatores intrínsecos incluem alterações fisiopatológicas, como diminuição da visão e audição, distúrbios vestibulares, propriocetivos e musculoesqueléticos, alterações da marcha, sedentarismo; doenças cardiovasculares, neurológicas, osteoarticulares e relacionadas com o sistema génito-urinário, como a urgência urinária e a incontinência; a utilização de determinados fármacos que provocam alterações sensitivo-motoras, como fadiga, tontura, hipotensão, confusão e sonolência (Saraiva et al., 2008, como citado em Almeida, 2010). Os fatores extrínsecos, reportam-se aos fatores ambientais, como:

- Luminosidade - a intensidade da luz pode limitar a visibilidade, especialmente no turno da noite, onde esta é menor; da mesma forma que uma maior intensidade pode encadear a pessoa;
- A presença de escadas;
- O chão - a sua danificação pode provocar desníveis, levando a pessoa a tropeçar, assim como o piso escorregadio pode levar o utente a escorregar;
- O mobiliário – camas e cadeirões com os travões danificados, podem originar quedas;
- Suportes de soros e cadeiras de rodas avariados;
- Ambiente físico desorganizado – mobiliário desarrumado pode provocar quedas, especialmente em pessoas com défices visuais ou com alterações do equilíbrio;

- Disponibilidade de calçado antiderrapante e de equipamentos adaptativos para auxiliar na marcha danificados;

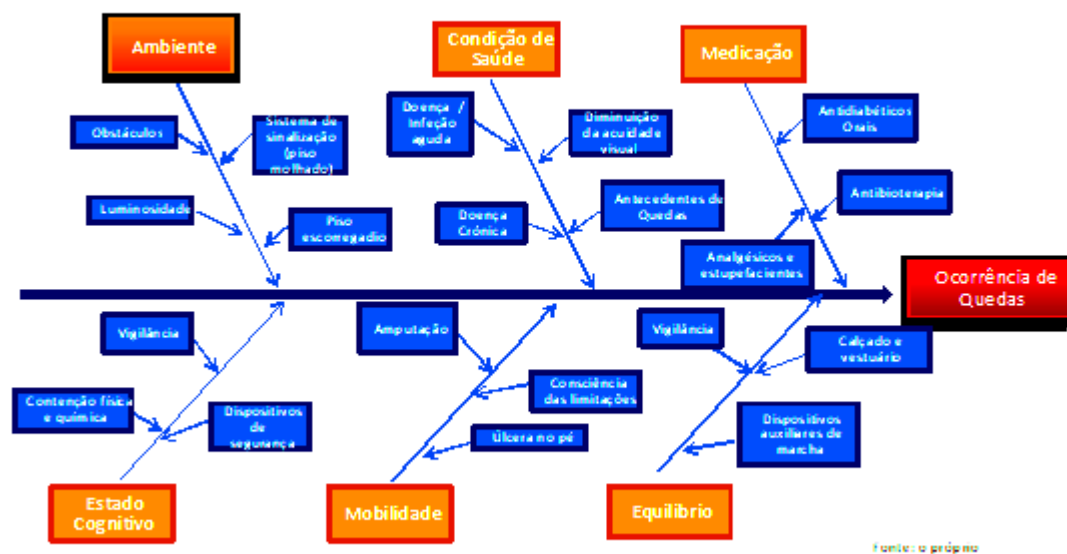
Face aos riscos ambientais, a Direção Geral da Saúde, preconiza através da Norma 008/2019, as seguintes precauções básicas:

- Iluminação adequada, com luz de presença;
- Remoção de barreiras e obstáculos no percurso de marcha – mobiliário organizado;
- Piso limpo e seco;
- Sinalética de aviso de piso molhado, no âmbito da higienização do pavimento;
- Limpeza imediata em caso de derrame de líquido no chão;
- Manter equipamentos, materiais e dispositivos médicos fora da área de circulação;
- Campanha acessível;
- Sapatos e vestuário adequados à marcha;
- Ajudas sensoriais acessíveis (ex: óculos, aparelhos auditivos);
- Orientação da pessoa e família/acompanhante em relação ao ambiente;
- Cadeiras, camas e outros equipamentos travados;
- Altura da cama na posição mais baixa adequada para a pessoa;
- Elevação das grades das macas/camas sempre que a pessoa é transportada, ou se encontra sem supervisão;
- Dispositivos de apoio à marcha (canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias) disponíveis em condições de utilização segura e acessíveis;
- Dispositivos de segurança (corrimão, barras de apoio aos sanitários) disponíveis e acessíveis e em condições de utilização segura;

- Portas de entrada e de saída dos serviços com sistemas de controlo.

Assim, o presente diagrama visa resumir os principais fatores potenciadores da ocorrência de quedas.

Figura 4: Diagrama de causa-efeito do evento Queda



Desde modo, a promoção de um ambiente seguro e confortável ao doente hospitalizado, é uma condição fundamental para a qualidade dos cuidados e constitui uma preocupação premente para o enfermeiro gestor, assim como para a equipa que coordena. Os cuidados de enfermagem baseiam-se na diretiva:

procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Cabe ainda salientar que esta problemática das Quedas, enquadra-se no enunciado descritivo:

a prevenção de complicações: na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes. São elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros: a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados; o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pág. 15 – 16).

A prevenção das quedas será, por isso, uma condição fundamental na promoção da cultura de segurança. É fundamental a consciencialização para o problema e a tomada de medidas efetivas com a criação de programas que privilegiem a prevenção. De acordo com Costa - Dias, 2014, pág.104,

As organizações de saúde podem reduzir significativamente o número e o custo associados com as quedas dos doentes. As três áreas fundamentais são a prevenção (compreender as causas e circunstâncias dos acidentes; identificar e avaliar os doentes vulneráveis; introduzir as intervenções adequadas), reduzir os danos (tratamento rápido e efetivo de qualquer lesão provocada pela queda), aprender com

os acidentes ocorridos (rever de forma sistemática os sistemas de gestão do risco para perceber, quando e porquê os doentes são mais vulneráveis às quedas).

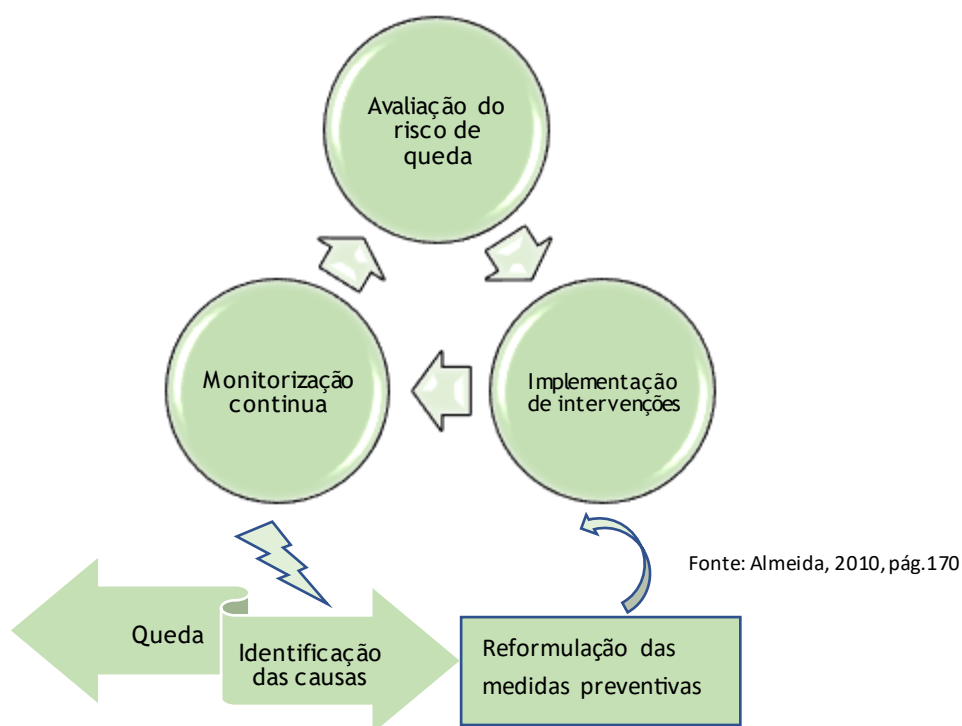
Saraiva et al. (2008, p. 28, como citado em Almeida, 2010), referem que a temática da prevenção das quedas constitui “uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados de enfermagem”. Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados estão relacionados com a ocorrência de quedas. Os dados de 2017 e 2018, divulgados pela DGS, apontavam para uma estabilização do número de quedas dos doentes em ambiente hospitalar, com uma média anual de oito mil casos notificados. No CHU Porto, o número de episódios de queda notificados tem aumentado de forma consistente desde 2018, segundo os dados recolhidos no GGC.

Assim, torna-se premente a adoção de intervenções preventivas deste evento adverso. Para tal, os enfermeiros devem ser capazes de identificar corretamente os doentes com maior risco de cair durante o internamento, através da avaliação do risco de acordo com o procedimento em vigor na instituição hospitalar, para que seja possível fazer um planeamento adequado à pessoa para a prevenção de quedas. Saraiva et al. (2008, p. 29, como citado em Almeida, 2010), defendem que o evento adverso queda deve ser “minuciosamente avaliada e os fatores de risco a ela associados devem ser devidamente explorados a fim de se criarem estratégias educacionais e preventivas para a manutenção da independência e saúde física do indivíduo”.

A literatura refere ainda que quanto maior for o número de fatores de risco concorrentes, maior a probabilidade da ocorrência de quedas. Por sua vez, nem todos os fatores de risco são passíveis de serem modificados, como é o caso do envelhecimento. Na nossa realidade atual, a população hospitalizada, são maioritariamente idosos, com idade superior a 65 anos, pelo que as complicações resultantes de uma queda são mais frequentes e com maior gravidade, o que se traduz em elevados custos físicos, sociais, psicológicos e económicos para os três intervenientes, a pessoa alvo do evento, os profissionais prestadores dos cuidados e a instituição onde ocorre. Face ao exposto, poderá definir-se que o planeamento de estratégias de prevenção de queda em contexto hospitalar deverá incluir uma avaliação criteriosa e individual do risco, no momento da admissão, seguido do planeamento e implementação de medidas preventivas adequadas ao nível do risco identificado, baseadas

na melhor evidência disponível e posterior monitorização contínua. Trata-se de um ciclo de melhoria contínua. A monitorização é fundamental para o controlo e reavaliação regular do risco de queda, que poderá sofrer alterações em função da condição do doente. Deste modo, trata-se de um processo dinâmico que deverá sofrer as alterações necessárias em função das condicionantes que possam surgir. A presente figura visa representar o ciclo de melhoria contínua dirigido à temática das quedas.

Figura 5: Modelo de Prevenção de Quedas em ambiente hospitalar



Esta problemática tem sido dinamizada pelo SNS e contemplada nos diversos documentos oficiais pelas quais as instituições se regem, nomeadamente o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) de 2015-2020, renovado em Setembro de 2021, para 2021 - 2026. Este plano está em consonância com o Plano De Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 -2030 da OMS. Tem como propósito constituir uma ferramenta de apoio para a gestão, desde a gestão de topo à gestão operacional, gestão de risco e para os profissionais que estão na prestação de cuidados, com foco na prestação de cuidados com segurança e de qualidade.

A temática das Quedas está enquadrada no sexto objetivo estratégico do plano nacional para a segurança do doente (2015-2020), que se encontra descrito da seguinte forma:

PREVENIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS, através da implementação das seguintes ações: publicar norma sobre a prevenção e redução da ocorrência de quedas; implementar estratégia de intervenção para a prevenção e redução de quedas; auditar, semestralmente, as práticas para a prevenção e redução de quedas. As metas a atingir em 2020 serão: 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas; reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado (Direção Geral da Saúde, 2015).

O PNSD de 2021-2026 vem dar continuidade à sua consecução, através do quarto pilar, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, fomentando a importância da notificação e a promoção da monitorização dos incidentes notificados, com vista à melhoria contínua. O pilar cinco deste novo PNSD, refere-se às práticas seguras em ambientes seguros, enfatizando a utilização das ferramentas digitais para estas práticas, incluindo a monitorização do risco de quedas e a notificação das suas ocorrências, assim como a realização de auditorias anuais, como instrumento de monitorização e implementação de práticas seguras.

Deste modo, se reflete a importância das auditorias na gestão dos cuidados e na melhoria da qualidade, o que vai de encontro à minha necessidade de aquisição de competências neste âmbito. Por fim, a Direção Geral da Saúde, preconiza através da Norma 008/2019, as seguintes intervenções para a prevenção de quedas nos hospitais: avaliação do risco de queda através da escala de Morse a todos os doentes; iluminação adequada, ambiente físico seguro e livre de obstáculos; avaliação do estado de consciência, de alterações sensoriais e de presença de incontinência; utilização de sinalética para orientação no espaço; vigilância frequente, pelos profissionais e acompanhante/família; disposição dos utentes em locais estratégicos com maior vigilância de enfermagem; disponibilização de equipamentos adaptativos para o uso do sanitário e deambulação; recurso a almofadas de gel nas cadeiras, de entre outros. No CHUPorto e em consonância com o que a DGS preconiza, a escala utilizada para a avaliação do risco de queda é a escala de Morse, pelo que de seguida se fará

uma breve descrição dos seus conteúdos para melhor compreensão dos objetivos da auditoria realizada no presente estágio.

3.2 Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse

A escala foi desenvolvida em 1985 no Canadá, na Universidade de Alberta, por Janice Morse, com o intuito de identificar as pessoas com risco de queda (Morse, 1989). Resultou de um estudo cuja amostra comportava 100 utentes que tinham caído e 100 que não tinha padecido desse evento, tratando-se de um estudo randomizado. Aplica-se somente a adultos. A escala é composta por seis itens de avaliação obrigatória: historial de quedas; diagnóstico secundário; ajuda para caminhar; terapia intravenosa; postura no andar e na transferência; estado mental.

A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 pontos. As pessoas podem, em função do somatório da pontuação atribuída em cada item, serem classificadas em: sem risco (0-24), baixo risco (25-50) ou alto risco (≥ 51). Por outro lado, existe um conjunto de características que permitem definir qual a pontuação a atribuir em cada item.

A tabela um contempla os itens e respetiva pontuação da EQM, versão portuguesa e a tabela dois discrimina, de acordo com a autora da escala, quais os critérios a considerar na atribuição de determinada pontuação

Tabela 1: Escala de avaliação de risco de queda de Morse

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

Fonte: Costa -Dias, 2014

Tabela 2: Critérios de atribuição da pontuação da EQM

<i>Item</i>	<i>Definição Operacional</i>
1. <u>Historial de quedas (HQ)</u> Não (0) - Se o utente não tem história de quedas nos últimos três meses. Sim (25) - Se o utente caiu durante o período do internamento hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas (ou seja, as quedas acidentais não devem ser contempladas).	
2. <u>Diagnóstico secundário (DS)</u> Não (0) - se a pessoa apresentar apenas um diagnóstico médico, além do motivo de internamento (diagnósticos já resolvidos, como cirurgias não devem ser contemplados). Sim (15) - Se a pessoa apresentar mais de um diagnóstico médico, além do motivo de internamento.	
3. <u>Ajuda para caminhar (AC)</u> Nenhuma/Ajuda de enfermeiro/Acamado/Cadeira de rodas (0) – se a pessoa deambula sem equipamento auxiliar ou em cadeira de rodas, ou não se levanta do leito; Muletas/Bengala/Andarilho (15) – se a pessoa utiliza muletas, bengala ou andarilho. Apoia-se no Mobiliário para andar (30) - Se a pessoa se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.	

<u>Item</u>	<u>Definição Operacional</u>
4. <u>Terapia intravenosa (TI)</u> Não (0) – se o utente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando a pessoa possui um dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, se não estiver em uso. Sim (20) – se o utente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).	
5. <u>Postura no andar e na transferência (PAT)</u> Normal/ Acamado / Imóvel (0) - Uma marcha normal é caracterizada por andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação a pessoa que está acamada. Debilidade (10) - os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o utente se incline para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, quando se apoia no mobiliário, este apoio dá-se de forma leve, somente para se sentir seguro e não com o intuito de se manter ereto. Dependente de Ajuda (20) - O utente dá passos curtos e pode ter dificuldade em levantar-se da cadeira; necessita de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a pessoa inclina a cabeça para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o utente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento adaptativo para se apoiar.	
6. <u>Estado mental (EM)</u> Consciente das suas capacidades (0) - Ao perguntar ao utente “É capaz de ir à casa de banho sozinho ou precisa de ajuda?” verifica-se que a resposta é consistente com as informações descritas e com a avaliação do profissional. Esquece-se das suas limitações (15) - Ao perguntar ao utente “É capaz de ir à casa de banho sozinho ou precisa de ajuda?” verifica-se que a resposta não é consistente com as informações descritas e/ou com a avaliação do profissional. Se isto acontecer, a pessoa não é capaz de reconhecer as suas limitações, o que não significa que a sua orientação esteja comprometida. Isto é, a pessoa pode não reconhecer que tem desequilíbrio fácil e estar orientado no tempo e no espaço.	

Fonte: Urbanetto et al, 2012

De acordo com a Norma 008/2019 da DGS, os momentos preconizados para a avaliação do risco de queda através da EQM nas instituições hospitalares devem ser: no momento de admissão ao hospital; sempre que ocorre alteração do estado clínico; na admissão nos serviços durante uma transferência intra e inter-hospitalar; aquando da ocorrência de um episódio de queda.

No CHUPorto, existe um protocolo de avaliação do risco de queda através da aplicação da EQM, PG.GGC.GER.010 revisto em Outubro de 2021 pelo GGC, que preconiza os seguintes momentos de avaliação: no turno de admissão ao serviço; reavaliação, independentemente do nível de risco, a cada 48 horas; sempre que ocorra uma alteração na condição clínica da pessoa; na transferência do utente para outro serviço ou unidade no turno de admissão; após uma queda, no imediato. Aquando da presença deste evento, este deverá ser notificado online no portal interno do CHUPorto, na página do Departamento da Qualidade. Decorridas 72 horas após a queda, deverá ser realizada a reavaliação da queda no local supracitado. Somente desta forma, se torna possível a acessibilidade pelos gestores do número de quedas ocorridas no hospital e a identificação de oportunidades de melhoria. Desde modo, torna-se primordial a motivação da equipa por parte do enfermeiro gestor no cumprimento deste protocolo.

Este documento apresenta os seguintes critérios de exclusão: crianças (menores de 18 anos), nas quais se deve aplicar a escala de avaliação de risco prevista para a criança; doentes com impossibilidade funcional de cair como por exemplo doente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora.

3.3 Descrição do processo da auditoria clínica realizada à aplicação da EQM no CHUPorto

Primeiramente, foi realizada uma avaliação dos dados disponibilizados pela GGC, resultante de auditorias anteriores às notificações relacionadas com as quedas nos doentes internados no CHUPorto de 2015-2021 (sendo que relativamente ao ano de 2021 os dados reportam-se até ao início de Outubro), por forma a perceber qual o ponto de situação atual relativamente à temática em estudo. Assim após essa análise e em conjunto com a minha orientadora no campo de estágio, verificamos que:

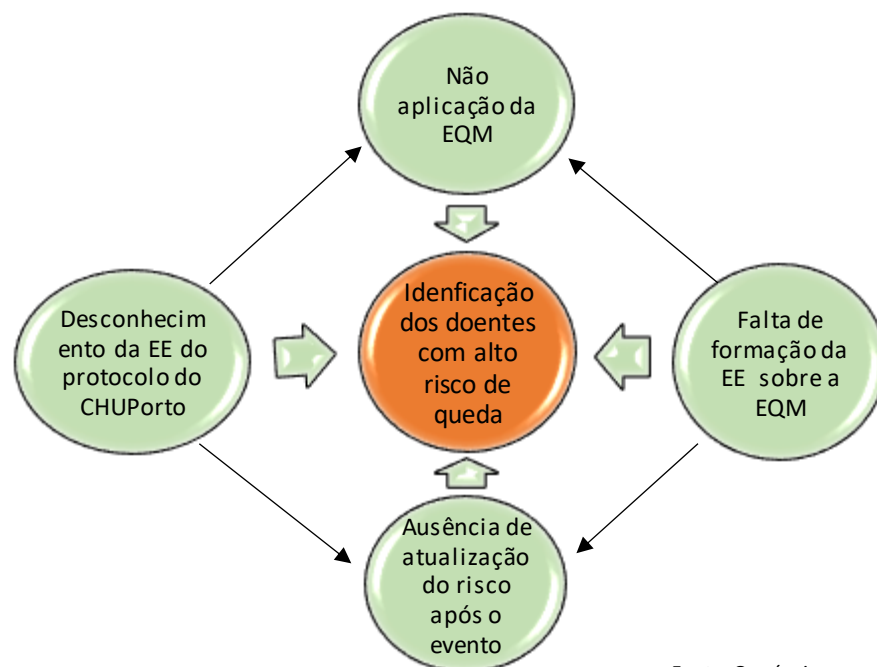
- O número de quedas notificadas desde 2018 tem vindo a aumentar progressivamente e de forma sustentada, pelo que face aos dados, seria expectável que no final de 2021, se registassem 750 notificações de queda, o que reflete um aumento estimado de 100 notificações comparativamente ao ano de 2020;
- Tomando como premente o cumprimento do protocolo institucional do CHUPorto face à avaliação do risco de queda nos diferentes momentos, seria esperado que os doentes que caíram, seriam aqueles que estariam sinalizados com alto risco de queda. Porém, 4 em cada 8 dos utentes que tiveram um episódio de queda, não estavam identificados como tendo alto risco de queda, de acordo com os dados de 2020 e 2021.
- Denota-se um agravamento do aspeto focado anteriormente, comparativamente ao período de 2017 - 2019, isto é, em 2018, de 574 quedas reportadas, 384 pessoas estavam identificadas como tendo alto risco de queda, ou seja, 190 não estariam identificadas. Por exemplo em 2020, de 652 quedas apenas estavam identificados com alto risco de queda 384 e, até Outubro de 2021, de 608 notificações de queda, somente 349 tinham o alto risco de queda identificado;
- O número de notificações do evento adverso no portal interno tem apresentado um crescimento, assim como a reavaliação da queda e a colocação da pulseira de alto risco, o que demonstra maior sensibilidade e motivação dos enfermeiros face ao processo de notificação;
- Maioritariamente, as quedas acontecem no turno da noite, o que vai de encontro à evidência, uma vez que com a redução da luminosidade e do movimento nas enfermarias, potencia o risco de ocorrência de quedas. No turno da manhã, as quedas acontecem com regularidade, uma vez que os pavimentos se encontram húmidos devido aos cuidados de higiene e à limpeza dos serviços, que se realiza no turno da manhã nesta instituição;
- Em 2021, as quedas ocorreram maioritariamente nas enfermarias, seguido das casas de banho;

- Nas notificações referentes ao ano de 2021, o motivo de queda mais apontado é a pessoa que não apresenta consciência das suas limitações. A maioria das lesões resultantes dos eventos adversos foram ligeiras, porém foram reportados 9 casos de fratura, das 608 notificações em 2021.

Assim, face ao exposto verificamos que embora haja um maior esforço no cumprimento do protocolo institucional, no que se refere ao número de notificações do evento adverso-queda, por outro lado, este tem vindo a aumentar e nos doentes que não estão sinalizados como sendo de alto risco, o que poderá indicar um planeamento inadequado das intervenções de carácter preventivo a implementar, na prestação dos cuidados a estes clientes.

Daqui surge a necessidade de perceber qual a origem da identificação inadequada dos utentes com alto risco de queda, ilustrada na presente rede de causalidade:

Figura 6: Rede de Causalidade



Fonte: O próprio

Para tal, optou-se por desenhar uma auditoria de carácter retrospectivo aos episódios de queda notificados ao GGC no período compreendido entre 1 de Junho de 2021 e 30 de Setembro de 2021, totalizando uma amostra de 247 episódios. Estes episódios de queda, incluíam utentes que tinham quedas de repetição durante o mesmo episódio de internamento, pelo que posteriormente foram excluídos, obtendo-se uma amostra final de 177 episódios. Foi avaliado o preenchimento dos vários momentos de aplicação da EQM preconizados pelo protocolo do hospital, assim como a presença / ausência de atualização do nível de risco de acordo com o score, em cada um dos utentes notificados com ocorrência do evento queda durante o período supracitado. Foi igualmente, analisado o nível de mudança no score na avaliação após o acontecimento, assim como quais os itens que contribuíram para esta mudança.

3.3.1 Planeamento da auditoria

As auditorias clínicas visam verificar a concordância entre os critérios preestabelecidos para um determinado padrão de cuidados e os cuidados prestados, num determinado contexto.

Em Portugal, está protocolado o recurso à Norma ISO 19011:2019 como linha orientadora no planeamento e consecução das auditorias. Assim, de acordo com esta norma, torna-se necessário definir um conjunto de conceitos, que devem estar bem explícitos no planeamento da auditoria, ou seja, é necessário explicitar o tema, isto é o foco da auditoria; quem são os auditores; os objetivos e os critérios standard. Na fase seguinte, procede-se à recolha dos dados e comparação dos resultados com os critérios predefinidos. Daqui deve resultar um relatório, cujo objetivo será apresentar os resultados da auditoria aos serviços e órgãos de gestão, com o intuito de uma possível introdução de medidas de melhoria para que, posteriormente, se possa re-auditá-la (GPSD, 2021).

Perante isto, o tema da auditoria foi definido como: Quedas no CHUPorto – momentos de avaliação do risco de queda, nível de risco e alertas.

Foram delineados os seguintes objetivos específicos para esta auditoria:

- avaliar a adesão aos momentos para a avaliação do risco de queda;
- avaliar a mudança do nível de risco de queda após a ocorrência da queda;

- avaliar a atualização do nível de risco de queda após a ocorrência da queda;
- avaliar a mudança nos itens da EQM após a ocorrência da queda;
- avaliar a atualização do registo “Queda” no campo “Alertas” do SClínico.

Os critérios e standards foram os seguintes:

- 100% dos doentes que caíram com avaliação do risco de queda no turno de admissão ao serviço;
- 100% dos doentes que caíram com pelo menos uma avaliação do risco de queda nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda;
- 100% dos doentes que caíram com reavaliação do risco de queda após a ocorrência de uma queda (no imediato);
- 100% dos doentes que caíram com atualização no item da EQM “historial de quedas”;
- 100% dos doentes que caíram com atualização do registo “Queda” no campo “Alertas” do SClínico.

A presente auditoria teve por base de evidência científica a Norma 008/2019 da DGS e o protocolo institucional do CHU Porto PG.GGC.GER.010. A metodologia utilizada para recolha de dados foi o recurso aos dados registados no SClínico, seguido do preenchimento sob o formato de chek-list de uma tabela no Excel, que contemplava os seguintes itens:

- Dados relacionados com a identificação do utente e do episódio de queda: número do acontecimento; serviço; número da queda; número da cama, número do processo; nome e data de nascimento do utente; sexo; data e hora da queda; data de admissão no hospital e no serviço;
- Dados relacionados com os momentos de preenchimento da EQM protocolados;

- Avaliação do risco de queda no turno de admissão ao serviço (A); pontuação na admissão; score de cada item da escala na admissão (HQ; DS; AC; TI; PAT; EM);
- Avaliação do risco de queda nas 48 horas anteriores à queda (B); pontuação nas 48 horas anteriores (B); score de cada item da escala nas 48 horas anteriores à queda (HQ; DS; AC; TI; PAT; EM);
- Avaliação do risco de queda após a ocorrência de uma queda (no imediato) (C); pontuação após a ocorrência da queda (C); score de cada item da escala na avaliação após a ocorrência de queda no imediato (HQ; DS; AC; TI; PAT; EM);
- Atualização do nível do RQ após a ocorrência de uma queda (no imediato);
- Atualização do foco “Queda” no campo dos “Alertas” do SClínico.

A recolha de dados decorreu no período compreendido entre 1 e 15 de Novembro de 2021. De seguida, procedeu-se à análise dos resultados e posterior redação do relatório da auditoria.

3.3.2 Análise dos resultados da auditoria

Após a recolha e tratamento dos dados, verificou-se que relativamente ao primeiro objetivo desta auditoria, avaliar o nível de adesão aos momentos para a avaliação do risco de queda, ou seja, no momento de admissão ao serviço, nas transferências internas, nas 48 horas anteriores à queda e imediatamente após a queda, existe uma percentagem de não avaliação do risco de queda no turno de admissão ao serviço de 32,8%, como ilustra a tabela 3.

Verificou-se, ainda, que a ausência desta avaliação é superior quando se trata de uma transferência de serviço, quando comparado com a admissão de uma pessoa proveniente do serviço de urgência. Porém, pode salientar-se que 67,2% dos episódios de queda, tinham a avaliação no momento da admissão documentada.

Tabela 3: Aplicação da EQM na admissão ao serviço

Aplicação da EQM na admissão	n	%
Não	58	32,8%
Sim	119	67,2%
Total Geral	177	100,0%

Fonte: O próprio

O mesmo se observa no momento preconizado para a avaliação imediatamente após o episódio de queda. A tabela 4 ilustra estes resultados, apresentando um total de 58 notificações sem preenchimento da EQM imediatamente após o evento adverso. Contudo, 119 dos que caíram, tinham a EQM documentada após a queda, no imediato.

Tabela 4: Aplicação da EMQ imediatamente após a queda

Avaliação do RQ após queda, no imediato	n	%
Não	58	32,8%
Sim	119	67,2%
Total Geral	177	100,0%

Fonte: O próprio

Em oposição, a avaliação do risco de queda nas 48 horas anteriores ao episódio de queda estava ausente apenas em duas notificações, o que revela uma grande adesão ao protocolo na avaliação periódica de 48/48 horas, como ilustra a tabela 5.

Tabela 5: Aplicação da EQM nas 48h anteriores à ocorrência de queda

Avaliação do RQ nas 48h anteriores à ocorrência de queda	n	%
Não	2	1,1%
Sim	175	98,9%
Total Geral	177	100,0%

Fonte: O próprio

Relativamente ao objetivo avaliar a mudança do nível de risco após a ocorrência de queda, constatou-se que 48,7% dos episódios de queda (57/117) estavam classificados com Alto

Risco de Queda na avaliação prévia à ocorrência do incidente, assim como 42,7% (50/117) estavam classificados previamente com Baixo Risco, e 8,5% (10/117) Sem Risco de queda. Após o evento adverso, o número de utentes com alto risco aumentou para 94% (110/117).

Foram excluídos os dois episódios sem avaliação nas 48 horas anteriores ao evento, como descrito na tabela 5 e os cinquenta e oito que não apresentaram avaliação no imediato, como ilustra a tabela 4. Foram igualmente, excluídos cinquenta e nove notificações cuja mudança não era aplicável, uma vez que o alto risco já se encontrava identificado.

Tabela 6: Avaliação da mudança no nível de risco após a queda

Nível RQ 48 antes	Nível RQ após queda		Total (n)
	Alto Risco (n)	Baixo Risco (n)	
Alto Risco	56	1	57
Baixo Risco	47	3	50
Sem Risco	7	3	10
Total Geral	110	7	117

Fonte: O próprio

Sabendo que a EQM tem uma sensibilidade superior a 70%, era esperado que a percentagem de doentes que caiu com alto risco de queda identificado previamente se aproximasse deste valor. Após a queda, o número de doentes com Alto Risco de Queda aumentou de 48,7% para 94,0%.

Porém, este aumento não resultou exclusivamente da atualização do item “historial de quedas”, que contribuiu com 85 doentes com mudança no score, o que seria expectável, uma vez que passa a ser classificado como sim (25 pontos), tal como demonstra a tabela 7.

Tabela 7: Mudança no score do item Historial de Quedas após a queda

		Pontuação do Item "Historial de Quedas" (após a ocorrência da queda) (n)		Total (n)
		0	25	
Pontuação do Item "Historial de Quedas" (nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda)	0	4	85	89
	25		28	28
Total (n)		4	113	117

Fonte: O próprio

No item diagnóstico secundário da EQM, observou-se a mudança no score em 2 doentes, representado pela tabela 8.

Tabela 8: Mudança no score do item Diagnóstico Secundário após a queda

		Pontuação do Item "Diagnóstico Secundário" (após a ocorrência da queda) (n)		Total (n)
		0	15	
Pontuação do Item "Diagnóstico Secundário" (nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda)	0	2	2	4
	15	3	110	113
Total (n)		5	112	117

Fonte: O próprio

No item ajuda para caminhar da EQM, verificou-se uma mudança no score em 8 utentes, sendo classificados como necessitando de ajuda para caminhar (3 com mais 15 pontos e 5 com mais 30 pontos), tal como ilustra a tabela 9.

Tabela 9: Mudança no score do item Ajuda para Caminhar após a queda

		Pontuação do Item "Ajuda para caminhar" (após a ocorrência da queda) (n)			Total(n)
		0	15	30	
Pontuação do Item "Ajuda para caminhar" (nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda)	0	91	3	5	99
	15	1	8		9
	30	1	8		9
Total (n)		93	11	13	117

Fonte: O próprio

Relativamente ao item terapêutica intravenosa da EQM, observou-se a mudança no score em 7 doentes, passando a considerar-se que estavam sob terapêutica intravenosa (tabela 10).

Tabela 10: Mudança no score do item Terapêutica Intravenosa após a queda

		Pontuação do Item "Terapêutica Intravenosa" (após a ocorrência da queda) (n)		Total(n)
		0	20	
Pontuação do Item "Terapêutica Intravenosa" (nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda)	0	21	7	28
	20	11	78	89
Total (n)		32	85	117

Fonte: O próprio

De seguida, apresenta-se a mudança no score após a ocorrência da queda no item postura no andar e na transferência da EQM, tendo-se identificado em 21 doentes, dos quais 1 com mais 10 pontos e 20 com mais 20 pontos, tal como reflete a tabela 11.

Tabela 11: Mudança no score do item Postura a Andar e na Transferência após a queda

		Pontuação do Item " Postura a Andar e na Transferência " (após a ocorrência da queda) (n)			Total (n)
		0	10	20	
Pontuação do Item " Postura a Andar e na Transferência " (nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda)	0	42	12	3	57
	10		33	6	39
	20		1	20	21
Total (n)		42	46	29	117

Fonte: O próprio

O último item da EQM, o estado mental, contribuiu com a mudança no score em 20 notificações, tal como ilustra a tabela 12.

Tabela 12: Mudança no score do item Estado Mental após a queda

		Pontuação do Item " Estado Mental " (após a ocorrência da queda) (n)			Total (n)
		0	15		
Pontuação do Item " Estado Mental " (nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda)	0	49	20		69
	15	2	46		48
Total (n)		51	66		117

Fonte: O próprio

Estas mudanças no status de cada item após a ocorrência do evento crítico, pode conduzir-nos a várias reflexões: a pontuação resultante do preenchimento da escala 48h antes do incidente não corresponde à condição real do doente, o que poderá resultar de uma dificuldade dos enfermeiros na interpretação de cada um dos itens e, consequente, falta de uniformização na sua classificação. Por outro lado, poderá também ser resultado de uma não reavaliação do risco após uma alteração na condição de saúde da pessoa.

Relativamente à atualização do risco de queda após o evento queda, verificou-se que 52 notificações apresentaram atualização do risco de queda. Excluindo as 58 notificações em branco e as 59 nas quais não se aplicava, uma vez que o score já estava em concordância com o risco identificado, poderá inferir-se que 86,7% (52/60) dos utentes que caíram, apresentam atualização do risco de queda após o evento, visível na presente tabela 13.

Tabela 13: Atualização do Risco de Queda após a queda.

Atualização do Risco de Queda após a queda	n	%
Não	8	13,3%
Sim	52	86,7%
Total Geral	60	100,0%

Fonte: O próprio

Em relação ao objetivo avaliar a mudança nos itens da EQM após a ocorrência da queda, observou-se uma taxa de 95,5% (85/89) na atualização do item HQ na avaliação após a queda, explicito na tabela 14. Foram excluídos os 58 utentes sem reavaliação da escala imediatamente após a queda, os 2 episódios sem avaliação nas 48h anteriores ao evento, assim como os 28 que já previamente apresentavam um score de 25.

Tabela 14: Mudança nos itens da EQM após a ocorrência da queda

Pontuação do item HQ após a ocorrência de quedas			
	0	25	Total (n)
0	4	85	89
25		28	28
Total (n)	4	113	117

Fonte: O próprio

Por outro lado, no que se refere ao objetivo avaliar a atualização do registo “Queda” no campo “Alertas” do SClínico, constatou-se a sua atualização neste ícone após a ocorrência do evento adverso em 77,4% dos utentes, representado pela tabela 15.

Tabela 15: Atualização do registo “Queda” no campo dos “Alertas” do SClínico

Registo no campo “Alertas”	n	%
Não	40	22,6%
Sim	137	77,4%
Total (n)	177	100,0%

Fonte: O próprio

Face ao exposto, observaram-se diferenças no score superiores a 25 na avaliação do risco de queda após o episódio adverso, em comparação com a última avaliação, o que poderá constituir uma problemática para possível reflexão sobre a necessidade de uma uniformização no preenchimento da escala de avaliação do risco de queda (EQM).

Embora, os serviços não estejam todos no mesmo nível quanto ao cumprimento do protocolo para a avaliação do risco de queda, realça-se a necessidade de divulgação e uniformização na aplicação do mesmo, uma vez que a rotatividade dos enfermeiros dentro e entre departamentos é frequente, pelo que poderá constituir um fator influenciador dos resultados. Verificou-se, igualmente, que nalguns serviços é levantado o foco queda, o que constitui outro indicador da necessidade de uniformização.

Assim, torna-se fundamental delinear estratégias que visem colmatar estas incongruências, para que todos possamos classificar a condição de uma pessoa relativamente ao risco de queda da mesma forma, independentemente do serviço onde se encontra e independentemente do enfermeiro que presta os cuidados. Uma linguagem uniformizada, em que para todos está claro o significado de cada item e o que cada pontuação representa, é o ponto de partida para uma utilização efetiva desta ferramenta.

As quedas são uma problemática atual e real da nossa instituição. Como tal, é imperativo a dinamização de um conjunto de intervenções que visem identificar as pessoas com maior risco efetivo de poder vir a sofrer este incidente crítico. Só assim, se poderá planear um conjunto de intervenções de enfermagem dirigidas à sua prevenção. Porém os resultados

obtidos neste exercício de auditoria comprovam que não basta criar um protocolo interno que regule a prática nesta temática. É essencial formar os profissionais sobre a utilização desta ferramenta, que embora contemple poucos itens, cada um deles é complexo, pelo que a sua interpretação tem que ser clara e inequívoca.

A falta de uma standardização conduz a identificações erróneas do risco de queda associado a cada pessoa e, consequentemente, ao delineamento de planos de cuidados que podem não dar resposta a todas as suas necessidades, o que não contribui para a melhoria da qualidade.

Este exercício de reflexão constante sobre a nossa prática é essencial para a melhoria dos cuidados prestados e para a consolidação de conhecimentos e práticas de enfermagem fundamentais na recuperação da saúde, da autonomia e na qualidade de vida dos nossos clientes.

Ressalva-se, ainda o facto, de que o objetivo do PNSD de 2015-2020, referente à redução em 50% em cada ano face ao ano anterior no número de ocorrência de quedas, não está a ser atingido no CHUPorto. Tal facto, traduzido pela presente auditoria (Anexo II), é um indicador para a gestão da necessidade de refletir sobre esta problemática e delinear estratégias de melhoria deste indicador de qualidade das organizações de saúde.

Por fim, a gestão operacional tem um papel fundamental na operacionalização dos resultados obtidos, nomeadamente na criação de momentos de formação dos profissionais e na motivação dos mesmos para o seu envolvimento na melhoria das suas práticas diárias.

3.4 Brainstorming sobre a temática de avaliação do risco de queda e das quedas no CHUPorto

No decurso do estágio e na continuidade do estudo da problemática em análise, tive necessidade de partilhar dúvidas e reflexões com os meus colegas de equipa. Isto porque exerço funções no CHUPorto e, como consequência, tenho esta realidade das quedas e da avaliação do risco de queda através da EQM bem presente na minha atividade profissional.

Isto é, quando fui estudar sobre a evidência disponível e sobre a escala em uso na instituição com profundidade, percebi que tinha algumas dúvidas na aplicação da mesma, especificamente na classificação dos itens ajuda para caminhar e postura no andar e na

transferência. Ou seja, conceitos que até então pareciam bem esclarecidos no meu raciocínio passaram a suscitar algumas dúvidas. Por outro lado, na fase de recolha de dados para a auditoria anteriormente descrita, fui comprovando que no mesmo utente, sem registos de alterações no seu estado de saúde e/ou novas prescrições terapêuticas, existiam discrepâncias na avaliação da EQM quer de 48/48 horas, assim como imediatamente após um evento de queda.

Passo a citar alguns dados recolhidos sobre esta temática:

- Em determinados serviços são contabilizados nos diagnósticos secundários apenas Hipertensão e Diabetes Mellitus, não considerando outras patologias crónicas;
- No item da terapêutica intravenosa, alguns enfermeiros contabilizam apenas quando o utente tem medicação endovenosa prescrita, mesmo sendo portador de um cateter venoso periférico e estando documentado no SClínico;
- Várias avaliações do risco de queda imediatamente após o evento, são pontuadas nos itens ajuda para caminhar, na postura no andar e na transferência e no estado mental, em contraste com as avaliações nas 48 horas anteriores, nas quais os itens não eram pontuados, pelo que as pessoas alvo do acontecimento estavam classificadas como independentes e conscientes das suas limitações.

Perante estas questões, optei por partilhar a reflexão sobre esta problemática com alguns elementos da minha equipa, com os seguintes objetivos:

- compreender se no meu contexto de prestação de cuidados existe uniformização na utilização da escala e se o protocolo da instituição é do conhecimento de todos;
- identificar as necessidades da equipa sobre este indicador de qualidade e definir estratégias de melhoria.

Para tal, recorri ao brainstorming como ferramenta de gestão para a operacionalização do problema em análise. Elegi momentos que antecederam a passagem do turno da manhã para o turno da tarde para partilhar estes dados.

O Brainstorming, enquanto ferramenta de gestão é definido como um processo de partilha de várias ideias, de forma livre, em grupo sobre uma temática, sem críticas, durante um curto período de tempo (Maekawa, 2013). Tem como vantagens oferecer resultados menos tendenciosos que as técnicas individuais, estimula a criatividade de cada um dos elementos

do grupo e permite identificar oportunidades e estratégias de melhoria. É conhecido como a técnica de geração de ideias. Segundo Seabra (2005), foi criado por Osborn, em 1938. Em português, significa “tempestade cerebral”.

É uma ferramenta na qual todos os elementos envolvidos dão o seu contributo espontaneamente, resultando desta “chuva de ideias”, soluções inovadoras e criativas para a resolução do problema em análise. Tem como principais vantagens aumentar a motivação dos elementos da equipa e o seu empenho na resolução do problema, o que leva a tomadas de decisão mais eficazes em grupo; cria um ambiente saudável no qual cada um dos elementos se sente envolvido, responsável por contribuir e valorizado pela equipa e pelo gestor. Deste modo, trata-se de uma ferramenta de grande utilidade para o enfermeiro gestor, uma vez que fomenta o trabalho em equipa, e o envolvimento de todos na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Segundo, Seabra (2005), existem algumas regras a seguir para a utilização desta ferramenta de gestão:

- A condução deve ser feita por uma pessoa;
- As críticas devem ser evitadas, assim como os julgamentos;
- Enfatizar a quantidade e não a qualidade das ideias;
- Não fazer interpretações das palavras utilizadas pelos participantes.

O Brainstorming pode ser estruturado, quando cada um dos elementos vai explicitando as suas ideias, de uma forma ordenada, pelo que de certa forma obriga à participação de todos.

Poderá também ser realizado de uma forma não estruturada, no qual cada elemento verbaliza as suas ideias se for pertinente para o mesmo, conduzindo a um ambiente mais relaxado, porém os elementos da equipa mais introvertidos podem participar menos.

Assim, escolhi o momento de passagem de turno da manhã para a tarde porque constitui o momento onde estão presentes mais elementos da equipa, 5 enfermeiros do turno da manhã e 4 elementos do turno da tarde. Trata-se de uma equipa maioritariamente jovem, entre os 22 e os 40 anos de idade, pelo que alguns elementos exercem funções há pouco tempo na instituição. Para a sua concretização comecei por contextualizar a temática das quedas e do protocolo de avaliação do risco do CHUPorto aos colegas, e comecei por fazer algumas perguntas sobre como classificam os itens da EQM, recorrendo a exemplos de alguns utentes internados no serviço.

De uma forma esquematizada surgiram as seguintes ideias sobre a contabilização dos itens da EQM:

- No item DS conta somente Diabetes Mellitus e Hipertensão; as cirurgias anteriores pontuam;
- No item TI: só contabiliza se houver prescrição de medicação endovenosa; a presença do cateter venoso periférico isoladamente não pontua;
- No item EM: a desorientação espaço temporal é pontuada;
- Nos itens AC e PAT: todos os elementos envolvidos verbalizaram dificuldades em pontuar, com exceção dos utentes independentes.

Posteriormente, a equipa identificou a necessidade de formação sobre o protocolo institucional, sugerindo a disponibilização dessa formação em formato digital para que estivesse sempre disponível para consulta aquando da conceção dos cuidados no processo de enfermagem.

Deste modo, as ideias partilhadas pela equipa de enfermagem corroboram as reflexões resultantes da auditoria realizada e as inferências supracitadas. Por outro lado, verificou-se que este tipo de ferramentas são uma mais-valia para o enfermeiro gestor, quer como contributo para o processo de diagnóstico, bem como para o envolvimento e motivação da equipa na identificação de fragilidades e de oportunidades de melhoria. Reflete também a importância da inovação e da criatividade nas equipas de enfermagem, uma vez que o recurso à informática e aos meios eletrónicos para a resolução efetiva de problemas e para a melhoria da qualidade dos cuidados, é cada vez mais elegível, em comparação com outros formatos. Atualmente, todos os registos de enfermagem são realizados em formato eletrónico e a disponibilização da evidência científica em suporte informático numa nuvem partilhada ou mesmo no portal interno da instituição, facilmente acessível ao enfermeiro, constituem soluções e ferramentas que motivam a equipa e facilitam a sua adesão. Como tal, cada vez mais, se torna fundamental o domínio das ferramentas digitais por parte do enfermeiro gestor.

3.5 Planeamento de estratégias de melhoria

A temática das quedas em contexto hospitalar revela-se uma área de atenção para a gestão de suma importância. Isto porque constitui um incidente que acarreta custos seja para a instituição, nomeadamente com exames complementares de diagnóstico, com o prolongamento do internamento e com o recurso a eventuais procedimentos necessários para o tratamento de lesões resultantes da queda; seja para o utente, que para além de ver a sua alta protelada, poderá ter que ser submetido a exames invasivos e intervenções médicas, assim como ver a sua autonomia comprometida, podendo mesmo resultar em morte.

Por outro lado, constitui um incidente crítico que as instituições visam reduzir, não só pelos custos que acarreta, mas também porque se traduz num indicador de qualidade em saúde da organização, refletindo a qualidade dos cuidados prestados e o cumprimento da visão e missão institucional previamente definida. Assim, importa agora refletir um pouco sobre a importância do planeamento estratégico para a gestão das organizações de saúde bem como para a gestão em enfermagem.

Segundo Mesquita (2012), estratégia pode ser definida como a identificação e avaliação dos vários meios possíveis e a consequente escolha, do mais adequado para atingir a missão, a visão e os objetivos da organização, previamente definidos. Isto é, a estratégia consiste na formulação de um plano ou padrão, cujos objetivos fundamentais, as políticas e ações visam alcançar o sucesso. Deste modo, a análise estratégica traduz-se numa reflexão analítica ao processo de gestão cuja eficácia depende de um conjunto de componentes e variáveis, e da interação com o meio ambiente.

O verbo “planear” significa estabelecer objetivos e ações a colocar em prática para os alcançar. Para identificar esses objetivos, os gestores necessitam de conhecer a realidade atual da organização, por exemplo através da análise dos indicadores disponíveis pelo departamento da qualidade, e perspetivar como será no futuro. Assim, o planeamento estratégico consiste na determinação de um conjunto de decisões e ações que levam ao desenvolvimento de uma estratégia eficaz. É um processo de gestão contínuo que engloba a formulação e definição de objetivos, bem como as ações que determinam o seu alcance, tendo em conta a influência das condicionantes internas e externas.

Teixeira (2005, como citado em Mesquita, 2012), preconiza que o planeamento estratégico é o processo que permite à gestão de topo e gestão intermédia, delinear os propósitos globais da organização, bem como os objetivos gerais e a forma de os alcançar. Assim, o processo de planeamento estratégico inicia-se com a definição da missão da organização, que determinará os padrões de orientação dos esforços a despender para atingir os objetivos preconizados. Zallocco et al. (1994, como citado em Mesquita, 2012), defende que o planeamento estratégico pode ser traduzido como uma filosofia de gestão, concebida para proporcionar um sentido coletivo do propósito para uma organização, assim como as várias formas de operacionalização na atividade quotidiana da instituição.

Assim, o planeamento estratégico visa perspetivar o futuro desejado da organização, através da definição de orientações para a tomada de decisão e da partilha das ações a implementar para atingir os objetivos delineados. Este constitui um instrumento de apoio à tomada de decisão pelas pessoas e pelas organizações. Como tal, o enfermeiro gestor deve basear as suas tomadas de posição no planeamento estratégico da instituição onde está integrado, de forma a orientar as suas ações, visando dar resposta aos objetivos preconizados pela mesma. Isto só se torna possível, sendo detentor de conhecimento sobre a missão e os objetivos pelos quais a organização se rege.

Face a isto, se a missão do CHU Porto é o atingimento da excelência em todas atividades que executa, integrado numa perspetiva global da saúde, o planeamento das atividades para operacionalizar o seu alcance deve ter como foco a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pelo que a formação contínua dos profissionais e o cumprimento dos protocolos institucionais deve ser uma prioridade para o enfermeiro gestor.

Cabe ainda salientar que um dos conteúdos funcionais da categoria de enfermeiro gestor contemplado no regulamento nº101 Maio de 2019 é “responsabilizar-se pela valorização de competências da equipa que gere, facilitando e promovendo os processos formativos de acordo com as diretrizes institucionais”. Perante isto, após a deteção de necessidades formativas no âmbito da aplicação do protocolo institucional sobre a avaliação do risco de queda, através da auditoria realizada, tornou-se uma prioridade no presente estágio desenvolver uma estratégia que possa suprir a necessidade identificada.

Para o planeamento da atividade formativa, foram utilizadas algumas ferramentas de gestão, nomeadamente um fluxograma para esquematizar o fundamento e o processo do planeamento em curso; um cronograma para definir os períodos dedicados a cada etapa e uma análise SWOT para a identificação dos obstáculos e das potencialidades no

desenvolvimento desta estratégia de melhoria. Segundo Seabra (2005), o fluxograma é uma representação gráfica da prossecução de atividades de um processo. Isto é, reflete o que é realizado em cada etapa, os materiais ou serviços que entram e saem do processo, as decisões que devem ser tomadas e as pessoas envolvidas.

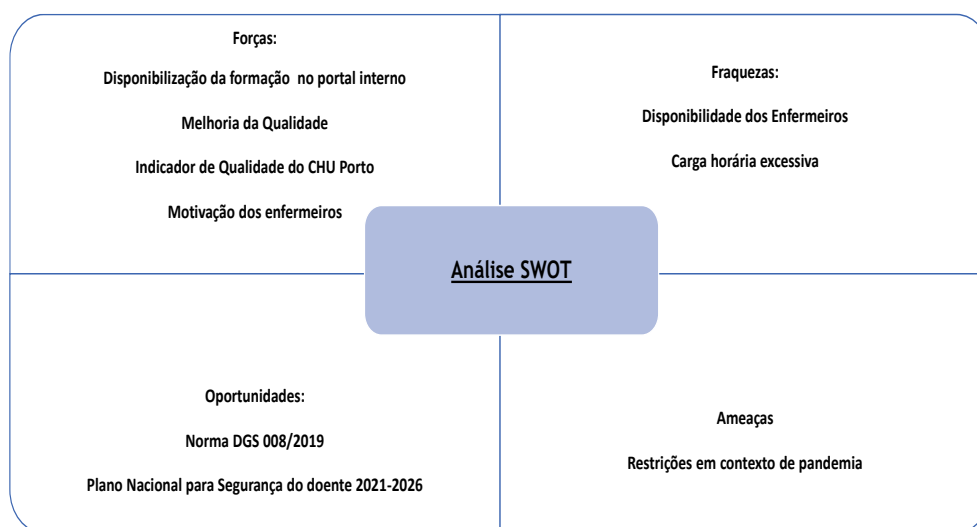
O cronograma fornece uma imagem visual do caminho crítico, isto é, das etapas do planeamento e da duração estimada para realização de cada etapa (Junqueira, 2015). É um instrumento de organização e de planeamento, que permite estratificar as atividades a implementar e os respetivos timings.

A Análise SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) é uma ferramenta usada para fazer a análise da organização e do meio envolvente, constituindo uma base para a gestão e para o planeamento estratégico de uma organização (Mesquita, 2012).

3.5.1 Operacionalização do planeamento da estratégia de melhoria

Após a auditoria realizada, de carácter retrospectivo, à aplicação do protocolo institucional de avaliação do risco de queda através da Escala de Morse (EQM), nos diferentes momentos preconizados, verificaram-se lacunas, pelo que se revelou importante disponibilizar formação aos enfermeiros do CHU Porto. De seguida, será apresentado a forma como esta estratégia foi planeada e implementada. Primeiramente, foi realizada uma análise SWOT para identificar quais as potencialidades e quais os obstáculos à concretização da formação em desenvolvimento, ilustrada pela figura 7.

Figura 7: Análise SWOT



Fonte: O próprio

Perante a análise SWOT explicitada, identifiquei como fraquezas para a consecução da formação, a disponibilidade das equipas de enfermagem em se deslocar ao DEFI para a ação de formação, uma vez que representaria um acréscimo à carga horária excessiva existente no CHUPorto. Por outro lado, as restrições que a pandemia por covid 19 acrescenta, constituiria uma ameaça à formação presencial.

É importante, ainda, salientar uma das necessidades identificadas, que é a acessibilidade aos conteúdos da EQM na prática clínica diária. Pelo que, se recorreu à inovação para criar o momento formativo, isto é, desenhou-se uma formação interativa, com inclusão de casos clínicos para simulação, disponibilizada no portal interno do CHUPorto.

Assim, esta estratégia formativa de melhoria pretende dar resposta aos seguintes objetivos:

- Disponibilizar aos enfermeiros do CHUPorto uma ferramenta facilitadora para a clarificação de conceitos relacionados com os itens da EQM e dos diferentes momentos de avaliação do risco de queda, preconizados no protocolo institucional;
- Promover a uniformização dos conceitos, para que possam ser identificados mais precocemente os utentes com alto risco de queda, fomentando uma atitude antecipatória e preventiva deste tipo de incidentes;
- Flexibilizar a realização desta formação, colocando a ferramenta disponível na intranet, para que os enfermeiros possam realizá-la no momento mais oportuno, sem aumentar a carga horária;
- Permitir a consulta desta ferramenta a qualquer hora, para que as dúvidas possam ser esclarecidas no momento;
- Fomentar a reflexão em equipa e dentro do contexto de cada serviço sobre a temática, por forma a criar estratégias preventivas dirigidas à realidade em análise.

Para tal, a metodologia adotada para a sua disponibilização e divulgação foi:

- Disponibilização no portal de acessos do CHUPorto (intranet) de um questionário interativo de preenchimento com correção imediata, e respetiva justificação, baseada na evidência científica e com imagens exemplificativas.

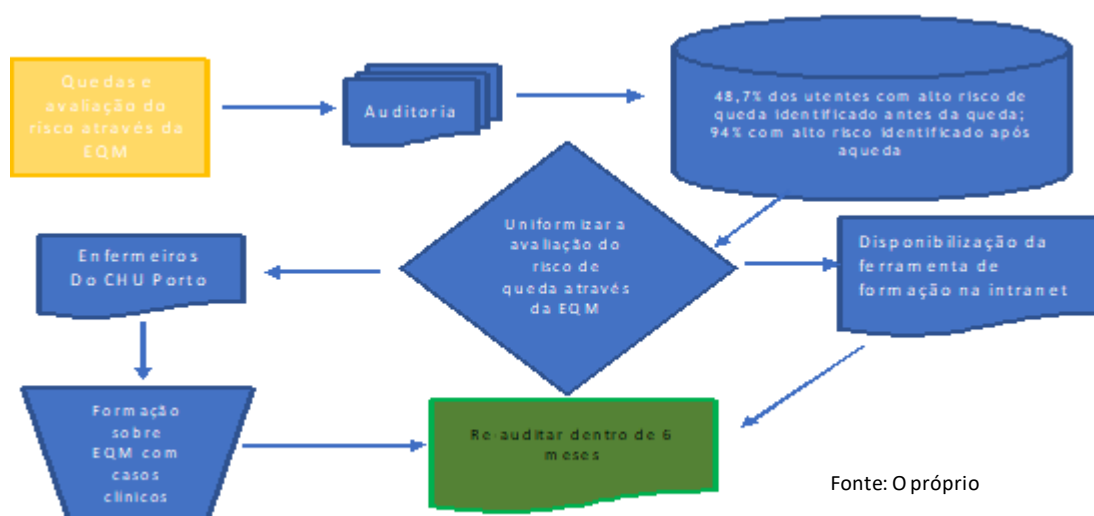
- Divulgação da formação através dos interlocutores da qualidade e segurança de cada serviço do CHUPorto.

Para a consecução desta atividade formativa, os recursos utilizados foram o computador e a aplicação Microsoft Forms. Isto é, foi necessário recorrer às tecnologias de informação e de comunicação.

As TIC assumem uma suma importância nas instituições de saúde e, como tal, estão contempladas nos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026, concretizado no pilar 1, cultura de segurança, visando dar resposta ao seguinte objetivo “Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente” priorizando o desenvolvimento de cursos online. Pretendem igualmente dar resposta ao pilar 5 do plano supracitado, focado nas práticas seguras, apresentando como um dos objetivos estratégicos “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde” (PNSD, 2021-2026), enfatizando a utilização das ferramentas digitais nos diferentes focos de atenção. Estas constituem ferramentas essenciais seja na prática clínica diária, assim como para as funções de gestão. Deste modo, cada vez mais, é exigido ao enfermeiro gestor o domínio destas tecnologias.

Tratando-se de um processo de melhoria continua da qualidade, será necessário monitorizar a estratégia de melhoria implementada. Assim, será realizada uma nova auditoria retrospectiva, decorridos seis meses da disponibilização da formação. O seguinte fluxograma, tem por objetivo ilustrar o presente processo de planeamento.

Figura 8: Fluxograma do planeamento da formação sobre a EQM



Fonte: O próprio

Assim, através do presente cronograma pode-se observar como está organizado o planeamento da estratégia de melhoria proposta.

Figura 9: Cronograma do planeamento da formação sobre a EQM

	<i>Planeamento da Formação</i>	<i>Divulgação e disponibilização da ferramenta</i>	<i>Auditoria</i>	<i>Redação do relatório da Auditoria</i>
<i>Janeiro</i>				
<i>Fevereiro</i>				
<i>Março</i>				
<i>Abril</i>				
<i>Maió</i>				
<i>Junho</i>				
<i>Julho</i>				
<i>Agosto</i>				
<i>Setembro</i>				
<i>Outubro</i>				
<i>Novembro</i>				
<i>Dezembro</i>				

Fonte: O próprio

Dado o período de desenvolvimento do meu estágio no GGC, de 5 de Outubro de 2021 a 15 de Janeiro de 2022, tive a possibilidade de desenvolver o conteúdo da formação. Isto é a formulação das perguntas e dos casos clínicos. Particpei, também, na fase de teste do formulário. Para os casos clínicos, utilizei exemplos de utentes internados no serviço onde exerço funções, com recurso ao SClínico, salvaguardando as questões relacionadas com a proteção de dados. Socorri-me de antecedentes clínicos, terapêutica instituída, dispositivos médicos para a criação dos referidos casos. Em anexo apresento a formação disponibilizada no portal interno do CHUPorto (anexo II).

O processo de re-auditado ficará à responsabilidade exclusiva do GGC, uma vez que será realizada em data posterior à data de término do estágio.

Porém este passo será fundamental para a monitorização da estratégia de melhoria implementada no CHUPorto, por forma a identificar se foi eficaz, ou seja, se resolveu a falta de uniformização da utilização da EQM e se foi facilitadora da identificação precoce dos utentes com alto risco de queda, conduzindo a uma intervenção de caráter preventivo. Esta nova auditoria também irá contribuir para identificar outras estratégias de melhoria necessárias face aos resultados obtidos. Deste modo, fica assim definido o ciclo de melhoria contínua da qualidade relacionado com as quedas e com a avaliação do risco de queda, planeado no decurso do estágio no GGC.

3.6. Aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados e de serviços

A auditoria realizada teve como principal foco identificar se a avaliação do risco de queda através da aplicação da EQM, de acordo com o protocolo institucional do CHUPorto, estaria uniformizada em todos os serviços da organização, bem como, se os enfermeiros desta instituição partilhariam do mesmo nível de conhecimento sobre o protocolo e sobre o conteúdo da escala. Desta auditoria resultou evidência de que não haveria uniformização, pelo que permitiu identificar lacunas de conhecimento e, como tal, a formação dos enfermeiros foi a estratégia identificada para melhorar a qualidade da avaliação do risco de queda e, consequentemente, da conceção de cuidados.

Neste âmbito, insurge uma das competências do enfermeiro gestor que é a identificação de necessidades formativas da equipa, de gestão dos processos formativos e de aquisição de conhecimentos e de competências.

Por outro lado, através da presente auditoria verificou-se que 48,7% dos utentes que caíram estavam identificados com alto risco de queda. Este indicador, a acrescentar aos dados disponibilizados pelo GGC resultante de auditorias anteriores, o número de quedas no CHUPorto, tem vindo a aumentar desde 2018. Tal facto leva-me a outros questionamentos:

- Este aumento resulta de um maior número de notificações e de uma maior adesão e motivação da equipa de enfermagem para registar esta ocorrência, mostrando uma maior sensibilidade para esta temática;

- Deve-se ao facto de estarmos a viver uma pandemia a nível mundial, a covid 19;
- O utente alvo dos cuidados desta organização é maioritariamente idoso;
- As condições ambientais e os equipamentos ao dispor das equipas multidisciplinares, nomeadamente enfermeiros e assistentes operacionais, para a prestação de cuidados de qualidade são adequados e estão nas melhores condições para serem utilizados.

Deste modo, insurge outro olhar sobre os dados, ou seja, identificar qual a possível causa que despoletou o evento adverso, a queda, e tomar as medidas corretivas, para que o evento não se volte a repetir.

Relativamente à notificação de incidentes e eventos adversos, cada vez mais, se verifica um esforço efetivo das equipas, principalmente das equipas de enfermagem para a notificação e para o registo dos acontecimentos. Não só por envolver questões éticas e legais, nomeadamente, para que na existência de um eventual processo jurídico, o profissional possa justificar que prestou os cuidados adequados, naquele contexto, mas também porque cada vez mais se enfatiza a importância da notificação na melhoria da qualidade dos cuidados.

A notificação é essencial para a gestão da qualidade e está preconizada no PNSD 2021 – 2026, através do pilar 1, cultura de segurança, que apresenta como objetivo estratégico “Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente - Desenvolvimento de cursos, preferencialmente online na área da segurança do doente e de notificação de incidentes de segurança do doente, bem como nos domínios da promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador” (PNSD, 2021, p.99); o pilar 4, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, cujo um dos objetivos estratégicos é “Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA”, através da ação “Incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente, no sistema NOTIFICA, de farmacovigilância e hemovigilância, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores” (PNSD, 2021, p.101).

Baseados nestes pilares, cada vez mais os gestores incentivam a adesão aos sistemas de notificação, como forma de cumprimento dos pilares do PNSD, cujos dados são posteriormente tratados e apresentados dentro das organizações e ao SNS, pelos

Departamentos da Qualidade. Assim como, o enfermeiro gestor no exercício das suas funções fomenta a adesão da equipa que coordena, uma vez que os cumprimentos dos protocolos institucionais são fundamentais para operacionalizar a missão e os objetivos estratégicos da organização.

A pandemia por covid 19 poderá ter dado o seu contributo para o aumento do número de quedas nas instituições hospitalares.

A doença provocada pelo coronavírus atinge o sistema respiratório e, dado tratar-se de uma doença altamente contagiosa, tornou-se necessário criar unidades de isolamento para prestar cuidados aos utentes que não tinham condições para cumprir o isolamento no domicílio ou que necessitariam de cuidados médicos e de enfermagem, implicando o seu internamento em ambiente hospitalar (Norma 004/2020, DGS, 2020).

Os primeiros casos de infeção respiratória provocada por coronavírus foram identificados em Wuhan na China, em Dezembro de 2019. Desde então, os casos multiplicaram-se, o surto alastrou-se a outras regiões da China e evoluiu para pandemia, já com mais de um milhão de casos descritos em todos os continentes. A doença apresenta uma mortalidade global descrita de 2 a 4%, podendo atingir 15% em doentes com determinados fatores de risco, e 22 a 62% no doente crítico (CHUPorto, 2020).

A doença tem uma evolução variável, na maioria dos casos favorável, porém o pico de descompensação poderá ocorrer entre o 7 – 10 dias após o início da sintomatologia. Contudo, existem fatores de risco, que influenciam o prognóstico da doença, como idade superior a 60 anos, doença cardiovascular, diabetes, hipertensão arterial, doença pulmonar crónica, imunossupressão, neoplasias ativas, doença renal crónica e obesidade (CHUPorto 2020). Porém, nas fases de descompensação respiratória os utentes ficam mais agitados, pelo que em determinadas situações o risco de queda é maior.

Assim, foram colocados vários desafios aos enfermeiros gestores, uma vez que foi imperiosa a reestruturação do espaço físico dos serviços: correção dos circuitos; reorganização das equipas de enfermagem; gestão do material de consumo clínico, nomeadamente, os equipamentos de proteção individual (EPI); formação da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais, para que assim ficassem assegurados os cuidados adequados aos doentes e a segurança dos profissionais.

Deste modo, a realidade atual tem um contributo para a ocorrência do evento adverso queda, contudo acarreta todo um conjunto de desafios aos gestores de forma a adaptar o ambiente físico às restrições impostas pela doença, assegurando a cultura de segurança e a satisfação das necessidades dos clientes, tendo por premissa a prestação de cuidados de qualidade. Para tal, foi necessário o recurso à criatividade e à inovação, impondo a necessidade de aquisição de novas competências por parte da equipa e do enfermeiro gestor.

Na realidade atual, a população portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos é cada vez mais numerosa, pelo que a pessoa alvo dos cuidados nas instituições hospitalares é, maioritariamente, idosa. Tal como referido anteriormente, este fator constitui um fator de risco para a ocorrência de quedas não evitável, pelo que se impõe o recurso a estratégias que visem garantir a segurança dos doentes. Deste modo, a conceção dos cuidados deve focar-se na garantia de um ambiente seguro.

De acordo com a literatura e já explorado no âmbito da temática das quedas, existem fatores de risco ambientais que concorrem para a ocorrência de quedas. Deste modo, ambientes físicos seguros, arrumados, com mobiliário adequado e funcional, equipamento adaptativo em perfeitas condições de utilização são premissas essenciais na qualidade dos cuidados e fundamentais para que os colaboradores possam prestar cuidados de qualidade, garantindo a segurança dos utentes e dos profissionais.

O enfermeiro gestor tem um papel determinante na garantia destas precauções básicas, sendo da sua responsabilidade a presença das condições físicas necessárias à prestação de cuidados de excelência. De acordo com o regulamento nº101 de 2019, pág.2968, um dos conteúdos funcionais das funções do enfermeiro gestor é:

Criar as condições para um trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável na unidade ou serviço, salvaguardando a dignidade e autonomia de exercício profissional e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros; Promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, gerindo os riscos na sua unidade ou serviço, integrando grupos de trabalho e comissões nesta área ...

Face a isto, é da responsabilidade do enfermeiro gestor assegurar que os meios, materiais e equipamentos necessários estão disponíveis. Cabe-lhe, igualmente, procurar na evidência os equipamentos mais adequados e solicitar consultadoria sobre quais os materiais disponibilizados pela instituição, bem como sugerir a aquisição de novos materiais sempre que necessário.

Durante o estágio no GGC, tive a oportunidade de conhecer outros serviços e inclusivamente materiais disponibilizados pelo hospital que desconhecia até então, como por exemplo, os imobilizadores pélvicos e de tronco. Tal facto, demonstra que o enfermeiro gestor tem um papel fundamental na mobilização dos meios necessários para a prestação de cuidados de qualidade e pode socorrer-se dos outros serviços para partilha destas questões, bem como solicitar consultadoria ao GGC sobre estas temáticas.

Por sua vez, os InQS são um elo de ligação com o departamento da qualidade que podem cooperar com o enfermeiro gestor na procura de soluções para a temática da gestão do risco, assim como deve envolver toda a equipa na criação de um ambiente que facilite a qualidade dos cuidados. Os profissionais, nomeadamente os enfermeiros e os assistentes operacionais são uma fonte rica na identificação das necessidades do serviço e, como tal, devem ser envolvidos e motivados. A satisfação dos profissionais é fundamental para criar um ambiente de trabalho saudável e seguro para todos.

Em suma, face aos questionamentos colocados, todos eles são fatores concorrentes para o aumento da ocorrência de quedas no CHUPorto e exigem do enfermeiro gestor um olhar atento às condições físicas do serviço que gere, às condições dos equipamentos, adaptação face às condições que vão surgindo, por forma a detetar e suprir as necessidades, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Deve socorrer-se da evidência e mobilizar os recursos necessários. A partilha das inovações do mercado são outro fator facilitador desta atividade do enfermeiro gestor.

Portanto, quando realizamos uma auditoria, devemos olhar os dados de diferentes perspetivas e procurar eliminar os fatores que possam ser modificáveis, por forma a prevenir a ocorrência de incidentes como as quedas. São necessários ambientes seguros para garantir a prestação de cuidados seguros.

3.7 Serviço de Humanização: oportunidades de aquisição de competências

A humanização em saúde enfatiza as ações que são orientadas pela empatia e pelo respeito pela pessoa enquanto ser único, individual, portador de um conjunto de valores e experiências pessoais que devem ser respeitadas e tidas em consideração na conceção e prestação de cuidados, assim como na interação com os familiares e/ou prestadores de cuidados.

Visa criar um ambiente seguro e com qualidade, para que esta experiência, na qual a pessoa alvo dos cuidados se encontra numa posição de maior fragilidade, possa ser o menos traumática possível.

Face à premência da humanização dos cuidados, o Ministério da Saúde, através da Coordenação para a Reforma do SNS na Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, criou um Grupo de Trabalho para a Humanização, do qual o CHUPorto, está integrado com os seguintes objetivos:

- *dinamizar nos hospitais processos de sensibilização e orientação para a centralidade da pessoa que inclua utentes, cuidadores e profissionais de saúde;*
- *apelar ao respeito por valores humanos, nomeadamente os princípios da dignidade, compreensão e empatia em âmbito hospitalar;*
- *apelar ao bom relacionamento interpessoal e interprofissional, ao trabalho coordenado e ao compromisso com uma constante melhoria dos processos e resultados em saúde.* (Compromisso para a Humanização – CHL, SNS, 2019, p.1)

Este compromisso para a Humanização Hospitalar assenta nas seguintes premissas:

- *A pessoa doente e o cuidar e tratar da pessoa doente são a razão de ser da existência de um hospital.*
- *O respeito em si e o respeito pela dignidade da pessoa estão na génese dos demais valores e princípios. O respeito que, por todos, deve ser dispensado a todos os que vivem no Hospital atende aos direitos humanos, às convicções*

individuais de índole cultural, filosófica, política, religiosa e, bem assim, à vivência da espiritualidade. As necessidades específicas dos que vivem no hospital o seu tempo de morrer encontram, no acolhimento da sua inteira dignidade, a resposta de cuidados global que pedem.

- *Os profissionais de saúde são o esteio fundamental do cuidar e do tratar humanizado dos doentes e pautam a sua ação, as atitudes e os comportamentos por estrita obediência aos valores humanos, éticos e culturais e o exercício profissional por critérios de decisão e de ação baseados no melhor da experiência clínica e dos avanços do conhecimento humano passíveis de incorporação na prática clínica e na gestão de processos.*
- *Em todos os momentos e patamares das relações humanas que se estabelecem entre os doentes e os profissionais de saúde, bem como entre a comunidade hospitalar como um todo e a sociedade humana envolvente, prevalece, como inspiração primeira, a humanização das atitudes e comportamentos, para ser alcançada a mais elevada satisfação de quantos integram a comunidade hospitalar. A organização e a gestão são centradas na obtenção dos melhores resultados para os doentes e na melhor satisfação dos profissionais e incorporam os contributos obtidos junto dos profissionais e através dos inquéritos de satisfação dos doentes.*
- *Os espaços físicos onde se desenvolvem o atendimento, o cuidado e o tratamento dos doentes obedecem a especificidades estruturais e funcionais de excecional complexidade, centradas nas necessidades, no esbater de barreiras físicas e no bem-estar dos doentes.*
- *Os equipamentos, as tecnologias e as metodologias destinados ao diagnóstico e ao tratamento são instrumentais e conjugam em si o que de mais avançado tem*

- *sido alcançado pela inteligência humana.”* (Compromisso para a Humanização – CHL, SNS, 2019, p.2)

Para operacionalizar a Humanização no CHUPorto, foram criadas ações formativas para os diferentes grupos profissionais, divididas em duas sessões e intercaladas com um mês de intervalo. As formações são realizadas por uma psiquiatra, uma psicóloga e uma enfermeira, e têm a duração de duas horas. São realizadas no DEFI.

Dado tratar-se de um serviço recente, o planeamento inicial para o ano foi sofrendo ajustes, em função das necessidades detetadas. Optou-se por iniciar a formação pelos assistentes operacionais, que estão na linha da frente dos cuidados, mas por vezes têm uma voz pouco ativa dentro da instituição hospitalar.

Durante as sessões partilharam-se muitas experiências e, essencialmente, situações altamente sensíveis, ou seja, que envolviam a gestão das emoções em situações de final de vida.

Efetivamente, revivi-me em muitas dessas situações e comprovou-se a dimensão e importância de criar momentos de partilha de vivências, emoções, situações de conflito de entre outras. Isto é, para em conjunto refletirmos sobre a situação em concreto; o que é que poderia ter sido feito de diferente para tornar essa experiência menos dolorosa para o profissional e, simultaneamente, prestar cuidados de qualidade.

A ausência de espaços de partilha, leva-nos muitas vezes à transferência do contexto profissional para o contexto pessoal, conduzindo ao aumento dos níveis de stress, ansiedade, insatisfação no local de trabalho, depressão, burnout e ao absentismo. Aqui o enfermeiro gestor, desempenha um papel fundamental, na criação de ambientes saudáveis, promotores de partilha, contribuindo para a satisfação profissional. Trata-se de uma das competências do enfermeiro gestor, “gerir recursos humanos”, explicitado no regulamento nº101/2015 do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.

Assim, para a criação de ambientes saudáveis e consequente prestação de cuidados que visem a melhoria da qualidade, os gestores devem estar sensíveis e atentos aos comportamentos dos seus colaboradores, de forma a identificar antecipadamente necessidades no âmbito da humanização dos cuidados e da satisfação dos profissionais. Não é possível prestar cuidados humanizados, sem a presença desta nas equipas e entre os profissionais, que também são pessoas, e que devem ser respeitados como seres individuais.

4. O ABSENTISMO: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Ao longo do estágio realizado no GGC do CHUPorto, as atividades desenvolvidas para aquisição de competências no âmbito do presente mestrado, foram muito focalizadas na cultura de segurança e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que paralelamente me suscitou a necessidade de aprofundar um pouco mais sobre a temática do absentismo em enfermagem e de que forma este acontecimento poderá influenciar a segurança e qualidade dos cuidados prestados, e qual o papel do enfermeiro gestor neste âmbito.

Isto porque, verificou-se que o número de quedas no CHUPorto tem vindo a aumentar. Por seu turno, o contexto da pandemia veio agravar as ausências laborais, não só pelo conteúdo pandémico, mas porque os profissionais estão com uma carga horária ainda mais sobrecarregada, quer pela mudança abrupta do contexto onde exercem funções, quer pela necessidade de colmatar ausências, para o cumprimento dos rácios. Deste modo, a exaustão, associada ao stress e à insatisfação no local de trabalho não colocará em causa a qualidade dos cuidados e a segurança dos mesmos? Acrescentar, que os fatores supracitados poderão ser condição para o aumento do absentismo, tornando-se assim num círculo vicioso?

Para tal optei por fazer uma revisão integrativa da literatura, por forma a identificar quais as causas e consequências do absentismo na enfermagem e, por conseguinte, qual a posição do enfermeiro gestor na diminuição do absentismo.

Existem várias definições para o conceito de absentismo. Numa definição mais abstrata, é o fenómeno que se caracteriza pela não comparência no local de trabalho. Porém, segundo Vieira (2016), é possível distinguir duas abordagens entre os vários conceitos de absentismo, nas quais uns enfatizam mais o comportamento / atitude do trabalhador e outros dão maior relevo a fatores externos ao próprio. Caetano e Vala (1995, como citado em Norelho, 2018) defendem que o absentismo pode ser uma reação comportamental, ou seja, que a ausência do profissional resulta de sentimentos de insatisfação no trabalho e falta de motivação.

O absentismo é um fenómeno presente nas organizações, provocando elevados custos diretos e indiretos, pelo que o seu estudo se torna fundamental na gestão das instituições. Pode ser classificado como absentismo voluntário, quando resulta da vontade do trabalhador, para concretização de objetivos pessoais; ou absentismo involuntário, no qual o profissional não detém o controlo da sua origem. Aqui estão incluídas as doenças, acidentes

e fatores profissionais ou extraprofissionais, que conduzem à sua ausência. Poderá ainda, ser um absentismo legal quando as faltas são consideradas como justificadas, incluindo as licenças de nojo, de parentalidade, assistência à família, assim como o estatuto de trabalhador-estudante; ou um absentismo por faltas injustificadas quando não existe justificção para a sua ausência. Os fatores que poderão estar na sua origem são: fatores individuais, como a idade, sexo e insatisfação no local de trabalho; fatores organizacionais, onde estão incluídas as relações interpessoais, a cultura organizacional, o tipo de gestão, as condições e exigências do local de trabalho (Norelho, 2018).

Para a revisão integrativa, foi delineada a seguinte questão de partida:

- Quais as estratégias a adotar pelo enfermeiro gestor para diminuir o absentismo, partindo da identificação das suas causas?

Para a pesquisa, foram utilizados os descritores absentismo, enfermagem, gestão e recursos humanos. Foi realizada nas bases de dados CINAHL e SciELO, com o espaço temporal de 2009 a 2021, no dia 20 de Dezembro de 2021.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: artigos em português e espanhol, full-text; e os critérios de exclusão: artigos em inglês. Da pesquisa resultaram 32 artigos, dos quais foram selecionados 14, após a leitura dos títulos. Da leitura dos resumos, resultaram 5 artigos, 3 estudos descritivos e 2 revisões integrativas para análise.

A tabela 16 apresenta as principais conclusões de cada um dos artigos selecionados, relacionados com a temática em estudo.

Tabela 16: Artigos da revisão integrativa

<i>Base de Dados</i>	<i>Título do Artigo</i>	<i>Autores</i>	<i>Periódico (vol., nº, pág., ano)</i>	<i>Resultados</i>
CINAHL	Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho (estudo descritivo-exploratório)	Abreu, R.; Gonçalves, R.; Simões, A.	<i>Revista Brasileira Enfermagem</i> 67 (3), p. 386-393, 2014	<u>Causas do Absentismo:</u> exposição ao desgaste físico e emocional no hospital; sobrecarga de trabalho por falta de recursos humanos; falta de equipamentos e instalações inadequadas do serviço; relacionamento ineficaz com o chefe e com os colegas de trabalho; sobrecarga horária; inflexibilidade da gestão; falta de incentivo à formação e desenvolvimento profissional; apoio à família (filhos); falta de comprometimento com o trabalho; doenças músculo-esqueléticas. <u>Diminuição do absentismo:</u> clima organizacional motivador; valorização dos enfermeiros e proximidade com a gestão; flexibilidade na gestão dos horários de trabalho (para formação e organização da vida pessoal com a vida profissional); incentivo à formação e desenvolvimento profissional; gestão de conflitos e de problemas da equipa através de reuniões regulares; dotações do pessoal de enfermagem seguras; suporte psicológico; adequação e manutenção dos equipamentos duráveis e das instalações; gestão participativa.

<i>Base de Dados</i>	<i>Título do Artigo</i>	<i>Autores</i>	<i>Periódico (vol., nº, pág., ano)</i>	<i>Resultados</i>
CINAHL	Causas e consequências do absenteísmo por profissionais de enfermagem: abordagem reflexiva (estudo descritivo)	Chagas, M.; Nicola, S.; Xavier, D.; Gomes, G.; Lemes, R.	<i>Revista de Enfermagem UFPE ON Line 7</i> , p.7190 – 7194, 2013	<u>Causas do absentismo:</u> lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho; mais do que um vínculo laboral; rácios inadequados; baixa remuneração; doenças respiratórias; doenças do tecido conjuntivo relacionadas com salpicos na preparação da medicação; maior percentagem do sexo feminino na profissão (gravidez e apoio à família); insatisfação resultante de ausência de recursos humanos e materiais, falta de reconhecimento e conflitos na equipa; Síndrome de Burnout. <u>Consequências do absentismo:</u> sobrecarga de trabalho para a equipa presente, conduzindo a insatisfação e desmotivação; diminuição da qualidade dos cuidados prestados; oferta de horas extra; stress dos enfermeiros e do gestor operacional; rotatividade dos profissionais; <u>Diminuição do absentismo:</u> dotações seguras; planeamento de exercícios laborais; promoção de pausas na jornada de trabalho; deteção de riscos profissionais e eliminação dos mesmos; promover o bem-estar físico e emocional da equipa.

<i>Base de Dados</i>	<i>Título do Artigo</i>	<i>Autores</i>	<i>Periódico (vol., nº, pág., ano)</i>	<i>Resultados</i>
CINAHL	Absenteísmo com foco na saúde do trabalhador da equipe de enfermagem atuante na terapia intensiva: revisão integrativa (Revisão Integrativa da literatura)	Lima, S.; Cortez, E.; Carmo, T.; Riguete, G.; Gama, L.	<i>Revista de Enfermagem UFPE ON Line</i> 10 (9), p.3426 – 3437, 2016	<u>Causas do absentismo:</u> doenças músculo-esqueléticas, doenças respiratórias, doenças do aparelho digestivo e cardiovascular, doenças dos órgãos dos sentidos e do sistema reprodutor; stress, depressão e ansiedade, resultantes do sofrimento alheio; licença de parentalidade; não reposição do quadro de recursos humanos; acidentes de trabalho; licença de nojo; assistência à família; mais do que um vínculo profissional; condições de trabalho precárias e exposição a fatores de risco ergonômicos e biológicos; recursos materiais inadequados; falta de autonomia do profissional; conflitos; rotatividade das equipas; gestão autoritária; sobrecarga de trabalho. <u>Consequências do absentismo e implicações na saúde do trabalhador:</u> comprometimento da qualidade dos cuidados; maior probabilidade de erro durante a prestação de cuidados; sobrecarga de trabalho para o trabalhador ativo; exercício do processo assistencial pelo enfermeiro chefe; alterações do horário mensal; desorganização do serviço; contratos temporários; aumento do custo operacional; comprometimento do funcionamento do serviço; aumento do absentismo; insatisfação com o trabalho; impacto na saúde e qualidade de vida do trabalhador; aumento das horas extra e dos custos para a organização. <u>Intervenções motivacionais:</u> promoção da saúde do trabalhador; melhoria das condições de trabalho; revisão dos processos de trabalho (utilizando como ferramenta o índice de absentismo); reformulação das políticas de contratação dos enfermeiros; intervenção do serviço de saúde ocupacional; melhoria contínua no processo de gestão de recursos humanos; gestão integrativa; valorização do capital humano.

<i>Base de Dados</i>	<i>Título do Artigo</i>	<i>Autores</i>	<i>Periódico (vol., nº, pág., ano)</i>	<i>Resultados</i>
SciELO	Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência (estudo descritivo com abordagem qualitativa)	Ferro, D.; Zacharias, F.; Fabriz, L.; Schonholzer, T.; Valente, S.; Barbosa, S.; Viola, C.; Pinto, I.	<i>Acta Paul Enferm.</i> 31 (4), p.399 – 408, 2018	<u>Causas do absentismo:</u> défices de comunicação na equipa; problemas e conflitos; gestão hierarquizada; ausência de progressão na carreira; salários inadequados; vínculo laboral estável pode levar a maiores ausências não justificadas; equipamentos e estruturas físicas precárias; insegurança no local de trabalho; insatisfação e desmotivação dos enfermeiros; défice de recursos humanos. <u>Intervenções para a redução do absentismo:</u> vínculo laboral estável (conduz a benefícios e menor precarização); equipamentos, estruturas físicas e recursos humanos adequados; comunicação efetiva; avaliação de desempenho e progressão na carreira.
SciELO	Absenteísmo na enfermagem: uma Revisão Integrativa (revisão integrativa da literatura)	Martinato, M.; Severo, D.; Marchand, E.; Siqueira, C.	<i>Revista Gaúcha Enfermagem</i> 31 (1), p. 160-166, 2010	<u>Doenças que conduzem ao absentismo:</u> doença mental; lesões músculo-esqueléticas; doenças respiratórias; doenças do aparelho génito-urinário (enfermeiras) e do aparelho reprodutor; doenças infetocontagiosas; doenças dos órgãos dos sentidos; doenças cardiovasculares; acidentes de trabalho. <u>Estratégias para minimizar o absentismo:</u> utilização de instrumentos para o cálculo de dotações de pessoal seguras; ações preventivas para diminuição dos riscos físicos, biológicos, químicos e ergonómicos.

Todos os estudos apontam como principais causas do absentismo: exposição ao desgaste físico e emocional; sobrecarga de trabalho; falta de equipamentos e instalações inadequadas; défices de comunicação com o gestor e com a equipa; sobrecarga horária; inflexibilidade da gestão; falta de incentivo à formação e desenvolvimento profissional; apoio à família; falta de comprometimento com o trabalho; insatisfação; doenças músculo-esqueléticas,

respiratórias, do aparelho génito-urinário e reprodutor, infetocontagiosas, dos órgãos dos sentidos, cardiovasculares e acidentes de trabalho.

Descrevem, também, como consequências: compromisso da qualidade dos cuidados; maior probabilidade de erro; sobrecarga de trabalho para o trabalhador ativo; alterações do horário mensal; desorganização do serviço; contratos temporários; aumento do absentismo; insatisfação com o trabalho; impacto na saúde e qualidade de vida do trabalhador ativo; aumento das horas extra e dos custos para a organização.

Face a isto, propõem como principais medidas a adotar pelo enfermeiro gestor: a promoção da saúde do trabalhador; revisão dos processos de trabalho, utilizando como ferramenta o índice de absentismo; gestão participativa; clima organizacional motivador; valorização dos enfermeiros; flexibilidade na gestão dos horários, para formação e organização da vida pessoal com a vida profissional; incentivo à formação e desenvolvimento profissional; gestão de conflitos; dotações seguras; suporte psicológico; adequação e manutenção dos equipamentos e das instalações; planeamento de exercícios laborais; promoção de pausas na jornada de trabalho; deteção de riscos profissionais e eliminação dos mesmos.

De acordo com a análise dos artigos, verifica-se que efetivamente o absentismo tem influência na qualidade dos cuidados prestados e na promoção da cultura de segurança. Tal facto, deve constituir-se como um foco de atenção das instituições e devem ser delineadas estratégias para a diminuição deste fenómeno, que coloca em risco o cumprimento dos objetivos estratégicos das organizações.

Os artigos refletem também o papel ativo e fundamental do enfermeiro gestor na promoção da satisfação dos seus colaboradores; na garantia de dotações seguras; oportunidades de formação da equipa; na criação de ambientes seguros e saudáveis para um exercício de qualidade, por forma a eliminar o impacto deste fenómeno na qualidade dos cuidados prestados e, por outro lado, para promover a saúde física e mental da equipa que lidera. Todas estas estratégias estão contempladas numa das competências do enfermeiro gestor, “Gerir recursos humanos”, no regulamento nº101/2015 do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.

O Departamento da Qualidade do CHUPorto, através das funções que desempenha, nomeadamente o GGC, promove atividades que visam contribuir para a diminuição do absentismo como é o caso do serviço de Humanização. Em contraposição, o crescente número de inventos adversos nos últimos anos no CHUPorto, nomeadamente as quedas poderá ter alguma influência indireta do absentismo.

Em suma, questões como liderança e comunicação efetiva são ferramentas fundamentais para o enfermeiro gestor, na promoção do bem-estar físico e emocional da sua equipa, por forma a atingir índices baixos de absentismo.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO E O RESULTADO DA AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

O estágio, de carácter não clínico, realizado no Departamento da Qualidade do CHU Porto constituiu um período de suma importância no desenvolvimento do meu processo formativo relativo ao curso de mestrado MDCSE.

Trata-se de uma nova realidade para mim, isto é, embora tenha conhecimento sobre a existência de departamentos da qualidade nas organizações de saúde, não só baseado na experiência profissional, mas também com base nos conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas, desconhecia as suas particularidades e os vários focos de atenção que abordam. Os dados que produzem através de auditorias são o espelho da atividade das organizações, pelo que aumenta ainda mais a responsabilidade sobre os dados tratados.

Embora o DQ abranja várias valências, o meu estágio decorreu essencialmente no GGC, cujo foco de atenção é o risco clínico. Trata-se de uma dimensão do departamento que aborda vários aspetos da prestação de cuidados, focalizado na prevenção de eventos adversos e na melhoria da qualidade dos cuidados. É um trabalho bastante complexo, mas, simultaneamente, bastante enriquecedor. Permite ter um conhecimento das necessidades de melhoria da organização e, simultaneamente, da excelência dos cuidados e da eficácia das atividades de melhoria sugeridas. Ou seja, há um acompanhamento de todo o ciclo de melhoria contínua. Tal facto, deu-me a oportunidade de participar de um processo desta dimensão. Isto é, a auditoria realizada à utilização da escala de avaliação do risco de queda, EQM, constituiu uma oportunidade de suma importância na aquisição de competências no âmbito da identificação de problemas e de desenvolvimento de estratégias, socorrendo-me da criatividade e da inovação.

Relativamente a uma das competências do enfermeiro gestor dirigida à prática profissional, ética e legal, este assume o compromisso no seu exercício enquanto enfermeiro gestor, de garantir a segurança dos clientes, assim como assume a responsabilidade de criar ambientes de trabalho de qualidade e seguros, respeitando as normas legais e o código deontológico. Ao longo do estágio, foi possível atingir esta competência, através do processo de melhoria contínua construído relacionado com a temática das quedas, uma vez que está integrada na missão da organização, ou seja, a cultura de segurança e a prestação dos melhores cuidados, operacionalizada pelos objetivos estratégicos. Por outro lado, a procura de conhecimento e

de atualização face a esta temática e outras desenvolvidas neste percurso, permitiu a aquisição desta competência no meu processo formativo.

Outra competência atingida neste percurso foi a competência do domínio da gestão direcionada à gestão pela qualidade e segurança, na qual o enfermeiro gestor, de acordo com o regulamento nº76 de 2018 da Ordem dos Enfermeiros, cria um sistema de gestão de qualidade focado na excelência e melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados, tendo como premissas: centrado no cliente, na melhoria dos processos e implicação de todos os membros envolvidos. Para tal, é necessário orientar a prática dos cuidados para os resultados que se pretendem atingir, tendo como foco o mercado da organização (os clientes), e na sua base a missão, valores e objetivos estratégicos da instituição onde estamos inseridos. Dentro desta competência, de acordo com o regulamento supracitado, um dos critérios que a concretiza é “operacionalizar o processo de melhoria continua da qualidade, focada nos processos de trabalho e auditorias” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.3482), pelo que durante este processo formativo, a auditoria aqui explorada demonstra todo o processo de melhoria continua, dando resposta aos critérios que definem esta competência do enfermeiro gestor a nível operacional.

Ao longo da minha experiência profissional, fui realizando auditorias, enquanto interlocutora para os sistemas de apoio à prática de enfermagem, mas não com esta dimensão, com este olhar científico. O que significa que esta formação é uma mais-valia enquanto profissional, mesmo não exercendo funções de chefia. Foram facultadas todas as oportunidades para o meu processo de aquisição de competências, no qual o papel da Enfermeira Cecília enquanto orientadora no campo de estágio foi fundamental, para que os objetivos inicialmente delineados fossem atingidos. A orientação da Professora Manuela Martins, também foi fundamental em todo este percurso.

Por outro lado, o estágio no GGC permitiu perceber a importância do enfermeiro gestor no reconhecimento da mudança e na gestão desta. Isto é, este assume um papel central e potenciador da mudança, socorrendo-se de estratégias inovadoras, visando por um lado dar resposta às necessidades identificadas e, simultaneamente, ultrapassar as resistências encontradas em todos os processos de mudança. Assim, a competência relacionada com a gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional, foi adquirida, estando espelhada no planeamento do processo de melhoria continua delineado, no qual me socorri

de estratégias inovadoras para dar resposta à necessidade identificada através do processo de auditoria.

Em relação à competência focada no planeamento, organização, direção e controlo, foi atingida ao longo do estágio e colocada em prática através do ciclo de melhoria continua descrito no presente relatório, com exceção da fase de monitorização, uma vez que esta foi planeada para data posterior à data de término do estágio de carácter profissional. Porém, foi delineada nova auditoria decorridos seis meses da implementação da estratégia inovadora para controlo do processo de melhoria explicitado.

Por fim, a competência relacionada com a prática profissional baseada na evidência e direcionada para a obtenção em ganhos em saúde, também foi desenvolvida ao longo do estágio, uma vez que todo o trabalho realizado foi sustentado com a melhor evidência disponível, tendo como foco a satisfação das necessidades dos clientes, traduzindo-se em ganhos em saúde. Isto é, foi identificada uma necessidade através da implementação de uma ferramenta de gestão, a auditoria clínica, seguindo todas as etapas preconizadas pela literatura, formalização, implementação, redação do relatório e divulgação dos resultados e das estratégias melhoria na instituição.

Contudo, foram surgindo algumas dificuldades, de entre as quais a gestão do tempo. Isto é, são 500 horas de estágio concentradas num curto período de tempo, de 5 de Outubro de 2021 a 15 de Janeiro de 2022, o que torna o estágio bastante intenso. Para conseguir conciliar com a atividade profissional, acrescentar as aulas de algumas unidades curriculares, foi-me permitido na fase de recolha de dados, recorrer aos fins de semana. Assim, penso que no processo formativo este curto período de tempo no campo de estágio, apenas me limitou no facto de não poder realizar o ciclo completo de melhoria continua. Isto é, não poderei re-auditara para monitorizar se a estratégia de inovação implementada foi eficaz para responder à necessidade identificada, a falta de uniformização da utilização da EQM e do protocolo institucional do CHU Porto, uma vez que está programada para ser realizada em Setembro do presente ano.

Contudo, tratou-se de uma experiência fundamental na minha aprendizagem e no sucesso da minha formação. Tratando-se de um curto período de tempo, foram disponibilizadas várias oportunidades de aprendizagem no âmbito da gestão em enfermagem. Isto é, a visita a outros serviços para partilhar experiências no que reporta à gestão de materiais e equipamentos, organização do ambiente, promovendo um ambiente seguro para os doentes

e para os profissionais foi importante e útil, não só para o contexto de formação como também para a minha atividade profissional no momento.

Paralelamente ao período de estágio, coincidiu o facto de no meu local de trabalho assumir funções de gestão, por ausência do enfermeiro chefe e do enfermeiro que colabora na gestão. Embora não seja a primeira vez que ocorra, este período coincidiu com o encerramento do serviço enquanto unidade prestadora de cuidados a doentes com covid 19 e abertura de um serviço de medicina. Assim, tive a oportunidade, mesmo que de forma informal, de colocar em prática conhecimentos e competências adquiridas na formação do presente mestrado. Esta formação juntamente com o estágio no GGC constituiu uma condição facilitadora para o meu desempenho naquele contexto.

A participação nas ações de formação realizadas pelo serviço de Humanização e nas formações sobre o processo de luto para os profissionais constituíram outras experiências enriquecedoras neste trajeto formativo. Aqui, abordam-se temáticas altamente sensíveis, mas essenciais para o bem-estar mental dos profissionais e, conseqüentemente, para prestar cuidados de excelência. É fundamental a partilha de experiências complexas como a morte, que algumas vezes são mais traumáticas para o profissional e leva-o a questionamentos enquanto profissional e enquanto pessoa, que necessitam de ser partilhados. O contexto de pandemia em que vivemos veio ainda evidenciar mais esta necessidade. Denota-se uma preocupação com esta problemática no CHUPorto, com a implementação destas ações de formação, porém constitui uma necessidade que deverá ser foco do enfermeiro gestor, no seu exercício de gestão de recursos humanos, por exemplo, através da fomentação destas reflexões no serviço, para promover a satisfação profissional, fomentar a motivação e, em conjunto, encontrar as soluções mais eficazes num determinado contexto. Uma equipa satisfeita e motivada é fundamental para o empenho diário na prestação de cuidados de excelência. Por outro lado, a facilitação e incentivo, para os processos formativos dos seus colaboradores, constitui um contributo para a satisfação dos profissionais.

Acrescenta ainda dizer que o estado atual trouxe aos profissionais mais sobrecarga de trabalho, o que constituiu outra dificuldade ao desenvolvimento do estágio, contudo a motivação recebida pelas minhas orientadoras foi fundamental para percorrer o caminho delineado até ao final. Foi um caminho árduo, mas que trouxe muitas vantagens para a minha formação, cujo a avaliação final é positiva.

O facto de ter feito a pós-graduação em gestão dos serviços de enfermagem há dois anos atrás, por um lado, obrigou-me a recordar alguns conhecimentos necessários para a

formação atual, porém, foi sem dúvida o grande impulsionador na procura de mais formação nesta área, o mestrado. Por sua vez, o MDSE, permitiu cimentar os conhecimentos adquiridos na pós-graduação e o presente estágio, foi fundamental para a aquisição de competências.

Assim, considero que os objetivos a que me propus para o estágio foram alcançados com sucesso. Este sucesso resultou do somatório de muito esforço pessoal, na procura de conhecimento e empenho, juntamente com o esforço e dedicação na minha orientação por parte das orientadoras, assim como com a colaboração de todos os elementos que exercem funções no Departamento da Qualidade do CHUPorto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As auditorias são ferramentas fundamentais na prática diária dos enfermeiros gestores. Através destas, é possível extrair indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, que reflitam a qualidade dos cuidados e que traduzam oportunidades de melhoria.

A auditoria a um evento adverso, como as quedas, que se traduzem em custos para ambas as partes envolvidas, o cliente e a organização, deve ser tida como uma oportunidade de melhoria para as instituições hospitalares. Só através da monitorização, realizada pelos Departamentos da Qualidade, é possível identificar necessidades que devem ser supridas, encontrar estratégias de melhoria, e assim dar cumprimento ao plano estratégico da organização, bem como ao PNSD 2021-2026, e de uma forma mais global, dar resposta aos objetivos estratégicos preconizados pela OMS para a saúde da população mundial. Segundo esta, um em cada dez doentes internados nas instituições hospitalares sofre um dano, dos quais 80% são evitáveis. Face a isto, torna-se premente a identificação dos riscos e o planeamento de estratégias preventivas. Portanto, a cultura de segurança deve ser uma prioridade para todas as instituições hospitalares, refletindo-se em indicadores de qualidade.

Tratando-se de uma população tendencialmente idosa, a ocorrência de eventos adversos como as quedas deve ser uma preocupação das organizações e, sobretudo, identificar através da análise de causa-raiz qual a causa do problema. Só assim, se podem delinear estratégias efetivas. Muitas vezes, na sua origem estão necessidades formativas, pelo que a formação continua das equipas deve ser incentivada, assim como a uniformização no cumprimento dos protocolos institucionais.

Deste modo, os departamentos da qualidade são fontes de informação fundamentais à gestão, nomeadamente na gestão em enfermagem, porém deveria existir uma maior divulgação dos indicadores de qualidade a todos os profissionais, uma vez que são estes os principais intervenientes, na prestação direta de cuidados. Só poderão melhorar a sua prática se forem detentores de conhecimento sobre o que necessita de ser aperfeiçoado. Devem, igualmente, ser envolvidos no planeamento dos processos de melhoria continua, para que possam dar o seu contributo e, simultaneamente, sentirem-se motivados. Como tal, a mudança de paradigma acerca da gestão em enfermagem é premente. Uma gestão participativa é fundamental para que se possa dar uma resposta efetiva às exigências atuais.

Por outro lado, o recurso às tecnologias de informação e de comunicação, assim como à inovação são pilares para dar resposta às exigências atuais das organizações e das equipas que coordena. Cabe então dizer, que a formação continua e a atualização constante sobre a evidência e sobre os recursos disponíveis, constitui outra estratégia basilar para o alcance do sucesso na gestão dos serviços de enfermagem.

O presente estágio foi fundamental no meu o processo formativo, uma vez que tornou possível colocar em prática os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares integradas no presente mestrado; experienciar na prática diária, as diversas atividades desenvolvidas no âmbito da gestão em enfermagem; sensibilizar e modificar o meu olhar sobre as responsabilidades e competências no exercício da gestão; perceber a importância e a dinâmica de uma organização de saúde, no âmbito da gestão em enfermagem; a aquisição das competências do enfermeiro gestor fundamentais para dar resposta às necessidades dos clientes e para cumprir com a missão e com o plano estratégico da instituição de saúde que integro. Deste modo, os objetivos do estágio e do presente relatório foram alcançados.

Assim, constituiu-se numa etapa fundamental desta formação, que embora muito intensa dado o planeamento do estágio de natureza profissional, tornou-se numa experiência enriquecedora e numa mais-valia na consolidação da presente formação académica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, R., Gonçalves, R., Simões, A. (2014). Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. *Revista Brasileira Enfermagem*, 67 (3), 386 – 393. DOI: [10.5935/0034-7167.20140051](https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140051)

Aguiar M. (2014). *Análise de Causa Raiz: levantamento dos métodos e exemplificação*. (Tese de Mestrado: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro).

Almeida R., Abreu C., Mendes A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência III* (2), pp 163-172.

APCER (2015). Guia do utilizador ISO 9001:2015. Porto.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (2002). NBR ISO 19011. *Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ou ambiental*. Rio de Janeiro.

Barbosa P. et al (2011). Ferramentas da qualidade no gerenciamento de processos. VII EPCC – *Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*. ISBN 978-85-8084-055-1

Barroso F., Sales L., Ramos S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. LIDEL. ISBN 978-989-752-414-1.

Candeias Z. (2018). *O Absentismo dos Enfermeiros do Agrupamento de Centros de saúde Arrábida*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.26/25616>

Carmo K. (2011). *Gestão de qualidade nos serviços de saúde: o papel da auditoria*. Universidade castelo branco, Salvador.

Centro Hospitalar Universitário do Porto (2020). *Manual clínico covid 19*. Porto: CHUP.

Chagas M., Nicola S., Xavier D., Gomes G., Lemes, R. (2013). Causas e consequências do absentismo por profissionais de enfermagem: abordagem reflexiva. *Revista de Enfermagem UFPE On Line* 7 (esp), 7190 – 7194. DOI: [10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201330](https://doi.org/10.5205/reuol.4767-42136-1-ED.0712esp201330)

Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual*. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros.

Coordenador Nacional para a Reforma do SNS e Equipa de Apoio Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares (2019). *Compromisso para a Humanização*. Serviço Nacional de Saúde.

Costa A. M. (2019.). *A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade no meio hospitalar e o papel da Auditoria Interna: Caso do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE*. (Tese de Mestrado: Instituto Politécnico de Coimbra Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra). Repositório de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31437>

Costa –Dias, M. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: fatores de risco* (Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, Porto.

Costa-Dias M., Ferreira P, Oliveira A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), pp 7-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382>

Costa-Dias M., Martins T., Araújo, F. (2014). Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). *Revista de Enfermagem Referência*, IV (1), pp 65-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13101>

Cunha M., Rego A., Cabral-Cardoso C., Marques C., Gomes J. (2010). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Decreto-lei nº79. Presidência de Conselho de Ministros (2019). Diário da República: I série nº101. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>

Despacho n.º 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. D.R. II Série. Nº 28 (10-02-15), pp. 3882-(2) -3882-(10).

Despacho n.º 9390. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). Diário da República: II série nº187. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho nº5613. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015). *Diário da República: II série nº102*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Direção Geral da Saúde (2019). *Norma:008/2019 - prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Serviço Nacional de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma nº 008/2019 (09-12-2019).

Direção Geral da Saúde (2020). *COVID-19: fase de mitigação. Abordagem do Doente com Suspeita ou Infecção por SARS-cov-2*. Norma nº 004/2020 (23-03-2020).

Donabedian A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford: University Press.

Duarte A. (2020). Sistema de gestão da qualidade numa instituição de saúde: associação entre o grau de escolaridade e a opinião dos profissionais. (Tese de Mestrado: Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10400.21/13017>

Faria M., Fonseca M. (2014). Cultura de Inovação: Conceitos e Modelos Teóricos. *ANPAD*, 18 (4), 372 – 396. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac20141025>

Fernandes A. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção para Governação em Saúde*. Direção Geral da Saúde.

Fernandes L. (2018). *Mapeamento do absentismo e satisfação no trabalho numa instituição de saúde*. (Tese de Mestrado: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Repositório de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10316/82025>

Ferreira C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. (Tese de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10400.26/9756>

Ferro, D. (2015). *Absenteísmo na equipe de enfermagem e suas implicações para a assistência prestada em unidades de urgência e emergência*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto). DOI: [10.11606/D.22.2016.tde-06052016-185234](https://doi.org/10.11606/D.22.2016.tde-06052016-185234)

Ferro, D.; Zacharias, F.; Fabriz, L.; Sconholzer, T.; Valente, S.; Barbosa, S.; Viola, C.; Pinto, I. (2018). Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. *Acta Paulista Enfermagem*, 31 (4), 399 – 408. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201800056>

Freitas C. (2018). *Gestão em enfermagem: o perfil de competências*. (Tese de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10400.26/25785>

Freitas R., Santos S., Hammerschmidt K., Silva M., Pelzer, M. (2010). Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Revista Brasileira de Enfermagem* 64(3), p.478-485. [Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a11.pdf>]

Freitas, R.; Santos, S.; Hammerschmidt, K.; Silva, M.; Pelzer, M. (2010). Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Revista Brasileira de Enfermagem* 64(3), p.478-485. [Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a11.pdf>]

Gama M. (2013). *O luto profissional nos enfermeiros*. (Tese de Doutorado: Universidade Católica Portuguesa). Repositório de livre acesso. <http://hdl.handle.net/10400.14/13973>

HESBEEN W. –Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000.

Lima S., Cortez E., Carmo T., Riguet G., Gama, L. (2016). Absenteísmo com foco na saúde do trabalhador da equipe de enfermagem atuante na terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Enfermagem UFPE On Line*, 10 (9), 3426-3437. DOI: [10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201631](https://doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201631)

Maekawa R., Carvalho M., Oliveira O. (2013). Um estudo sobre a certificação ISO 9001 no Brasil: mapeamento de motivações, benefícios e dificuldades. *Gest. Prod., São Carlos* 20 (4), pp. 763-779. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2013005000003>

Magalhães S. (2013). Tecnologias educativas destinadas à pessoa com dependência e/ou familiar cuidador: uma revisão sistemática da literatura. (Tese de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10400.26/9384>

Martinato M., Severo D., Marchand E., Siqueira H. (2010). Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31 (1), 160 – 166. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100022>

Mendes V. (2012). Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras. (Tese de Mestrado: Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10362/9400>

Mesquita C. (2012). *O Planeamento Estratégico nos Hospitais Portugueses num contexto de austeridade: o caso particular dos Hospitais E.P.E.* (Tese de Mestrado: Instituto Politécnico do Porto). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10400.22/1127>

Morgado H., Carvalho M., Vilhena E. (2018). A humanização como factor de qualidade nos serviços de saúde. *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp 367 -375. Lisboa.

Morse J. (2009). *Preventing Patient Falls*. New York: Springer Publishing Company.

MUNARI Denize, BEZERRA A. (2004). Inclusão de competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. *Revista Brasileira, Brasília*, 57(4), pp.484-6.

Negrão M.J. (2014). *Modelos de Qualidade na Saúde: O Processo de Acreditação na USF CellaSaúde*. (Tese de Mestrado: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10316/34174>

Nogueira M. (2012). *Quedas dos idosos em contexto hospitalar: dos instrumentos à prática de enfermagem* (Tese de Doutoramento não publicada)., Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Norelho O. (2018). *Satisfação no trabalho, presentismo e absentismo dos trabalhadores de uma instituição particular de solidariedade social (ipss)*. (Tese de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10400.26/25782>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2009). *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1*. Final Technical Report and Technical Annexes. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

Organização Mundial de Saúde (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. ISBN 978-92-4-000570-9 (versão electrónica)

Portaria nº155. Ministérios das finanças e da administração pública e da saúde (2009). *Diário da República: I Série nº28*. <https://data.dre.pt/eli/port/155/2009/02/10/p/dre/pt/html>

Regulamento nº76. Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República: II série nº21*. [Regulamento n.º 76/2018 | DRE](#)

Regulamento nº101. Ordem dos Enfermeiros (2015). *Diário da República: II série nº48*. [Regulamento n.º 101/2015 | DRE4](#)

Saraiva, M., Teixeira, A. (2010). *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* (1ªed). Edições Sílabo.

Seabra, E. (2005). *Manual de Ferramentas da Qualidade*. Universidade da Madeira.

Vieira, M. (2016). *Satisfação no trabalho e absentismo dos enfermeiros de um ACeS*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.26/14212>

ANEXOS

Anexo I - Pedido de autorização para realização da auditoria

Formulário de Proposta de Auditorias Clínicas



Referência

GC. 053/2021

Tópico

Quedas em contexto hospitalar: momentos de avaliação do risco de queda, nível de risco e alertas.

Serviço

Gabinete de Governação Clínica

Proponente

Enf Cecília Rodrigues

Equipa de trabalho

Enf Cecília Rodrigues

Telefone

1800

Enquadramento da auditoria

As quedas são um problema de saúde pública a nível mundial. Um internamento hospitalar pode aumentar o risco de queda devido ao ambiente desconhecido, a um estado de saúde frágil, a alterações fisiológicas relacionadas com a doença e a tratamentos agressivos. As quedas e as lesões associadas a estas podem ser devastadoras para os doentes, profissionais de saúde e para os sistemas de saúde.

Uma vez que a pessoa caiu, é provável que caia uma segunda vez e, as probabilidades apontam para que a pessoa caia uma segunda vez nas mesmas circunstâncias. Evidência de alta qualidade indica que estratégias de prevenção com múltiplos componentes podem reduzir o risco de queda nos hospitais até 30%. O conjunto ideal de componentes não está estabelecido, mas componentes comuns incluem as avaliações de risco, a educação de doentes e a formação dos profissionais, alertas junto das camas dos doentes ou na forma de pulseiras de alerta, aconselhamento sobre calçado, promoção da mobilidade ou programação e supervisão das atividades básicas da vida diária e revisão da medicação.

As escalas de avaliação do risco de queda são um dos recursos a utilizar numa estratégia de prevenção de quedas. No CHUPorto, para adultos, a escala de avaliação de risco adotada é a versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse (EQM). A EQM é um sistema gradativo, que resulta da aplicação de uma metodologia de avaliação do risco largamente usada e aceite universalmente. É constituída por 6 itens com duas ou três variantes de resposta para cada um (historial de quedas; diagnósticos secundários; ajuda para caminhar; terapia intravenosa; postura no andar e na transferência e estado mental). A soma das pontuações obtidas em cada um dos 6 itens resulta numa pontuação que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos.

No CHUPorto, desde 2018, o número de quedas notificadas tem aumentado consistentemente e é expectável que, no final de 2021, se registem 750 notificações de queda (+ 100 notificações de queda comparativamente com 2020).

Dado que todos os doentes admitidos no hospital são rastreados quanto ao risco de queda, é expectável que a maioria dos doentes que caem durante o internamento tenham sido previamente identificados com tendo um risco aumentado de queda. Contudo em 2020 e 2021, 4 em cada 8 dos doentes que caíram não tinham sido identificados como tendo risco aumentado de queda antes da ocorrência da queda – este número está acima do expectável e piorou comparativamente com 2017-2019.

Formulário de Proposta de Auditorias Clínicas

Objetivos da Auditoria – definição de critérios e standards

Com esta auditoria pretendemos, nos doentes adultos que caíram, compreender a mudança na pontuação da EQM antes e após a ocorrência da queda. Assim definimos os seguintes objetivos:

- Avaliar a adesão aos momentos para a avaliação do risco de queda (admissão no serviço, transferência de serviço, de 48/48h, após a ocorrência de uma queda)
- Avaliar a mudança do nível de risco de queda após a ocorrência da queda
- Avaliar a atualização do nível de risco de queda após a ocorrência da queda
- Avaliar a mudança nos itens da EQM após a ocorrência da queda
- Avaliar a atualização do registo “Queda” no campo “Alertas” do SClínico

Critérios e standards:

- 100% dos doentes que caíram com avaliação do risco de queda no turno de admissão ao serviço
- 100% dos doentes que caíram com pelo menos uma avaliação do risco de queda nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda
- 100% dos doentes que caíram com reavaliação do risco de queda após a ocorrência de uma queda (no imediato)
- 100% dos doentes que caíram com atualização do nível do risco de queda após a ocorrência de uma queda (no imediato)
- 100% dos doentes que caíram com atualização no item da EQM “historial de quedas”
- 100% dos doentes que caíram com atualização do registo “Queda” no campo “Alertas” do SClínico.

Suporte da Auditoria

1. ☐ Critérios do manual do CHKS Qual: _____
2. ☒ Norma da DGS (NOC) Qual: Norma nº 008/2019 Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares
3. ☐ Decreto de Lei ou Despacho Qual: _____
4. ☐ Procedimento de orientação Clínica (POC) Qual: _____
5. ☒ Outro Qual: PG.GGC.GER.010 Gestão integrada do risco de queda na pessoa adulta admitida no Centro Hospitalar Universitário do Porto

Aspectos relacionados com a Auditoria

1. ☒ Incidentes
2. ☐ Evidência de Melhoria Clínica
3. ☐ Melhoria da Qualidade
4. ☐ Custos
5. ☐ Efeitos laterais de terapêutica
6. ☐ Risco de Complicações
7. ☒ Informação Clínica
8. ☐ Infecção Nosocomial
9. ☐ Planeamento de trabalho
10. ☒ Risco para o doente
11. ☒ Verificação de aderência a protocolos / guidelines
12. ☐ Outros _____

Fonte dados

1. ☒ Doentes envolvidos diretamente: ☐ Sim ☒ Não
2. ☒ Registo Clínico
3. ☐ Entrevista/questionário
4. ☒ Consulta Programas Informáticos
5. ☐ Inquérito
6. ☐ Outros _____

Informação adicional / Dados da amostra

Amostra: todos os episódios de queda notificados entre 01 de junho e 30 de setembro de 2021.

Tipo de Auditoria

☐ Prospectiva ☒ Retrospectiva
☐ Reauditoria ☐ Transversal ☐ Multidisciplinar

Anexos

☒ Check list / Impresso ☐ Guidelines ☐ Outros _____

Data de Início	1 Novembro 2021	Data Fim	15 Novembro 2021	Data Relatório	15 Dezembro 2021
-----------------------	-----------------	-----------------	------------------	-----------------------	------------------

Proponente (S)

Cecilia R. dos

Data

29/10/2021

Validação Técnica

Ul + hrs

Data

29/10/2021

Enfermeiro Director

[Signature]

Data

EDUARDO LUIS
Enfermeiro Director
4/11/2021

Director Clínico

Prof. Doutor João Barros
Diretor Clínico

Data

03/11/2021

[illegible]

Anexo II – Relatório da Auditoria



Referência: GC053/2021

Data de recepção: 13/12/2021
a preencher pelo DQ

RELATÓRIO DE AUDITORIA

SERVIÇO: Gabinete de Governação Clínica

EQUIPA DE AUDITORIA: Enf^a Cecília Rodrigues

TÍTULO DA AUDITORIA: Quedas em contexto hospitalar: momentos de avaliação do risco de queda, nível de risco e alertas.

INTRODUÇÃO:

No CHUPorto, desde 2018, o número de quedas notificadas tem aumentado consistentemente e é expectável que, no final de 2021, se registem 750 notificações de queda (+ 100 notificações de queda comparativamente com 2020).

Dado que todos os doentes admitidos no hospital são rastreados quanto ao risco de queda, é expectável que a maioria dos doentes que caem durante o internamento tenham sido previamente identificados como tendo um risco aumentado de queda. Contudo em 2020 e 2021, 4 em cada 8 dos doentes que caíram não tinham sido identificados como tendo risco aumentado de queda antes da ocorrência da queda – este número está acima do expectável e piorou comparativamente com 2017-2019.

Assim, para compreender a mudança na pontuação da Escala de Quedas de Morse (EQM) antes e após a ocorrência de uma queda, o Gabinete de Governação Clínica (GGC) desenhou e desenvolveu uma auditoria clínica cujos resultados apresentamos de seguida.

METODOLOGIA (tipo, amostra, período auditoria):

Auditoria retrospectiva a todos os primeiros episódios de queda, notificados no CHUPorto, entre 01 de junho e 30 de setembro de 2021. A auditoria foi realizada durante o mês de novembro de 2021.

Objetivos específicos:

- Avaliar a adesão aos momentos para a avaliação do risco de queda (admissão no serviço, transferência de serviço, de 48/48h, após a ocorrência de uma queda)
- Avaliar a mudança do nível de risco de queda após a ocorrência da queda
- Avaliar a atualização do nível de risco de queda após a ocorrência da queda
- Avaliar a mudança nos itens da EQM após a ocorrência da queda
- Avaliar a atualização do registo “Queda” no campo “Alertas” do SClínico

RESUMO DOS RESULTADOS:

A **amostra** incluiu **177** primeiros episódios de queda de doentes adultos internados no CHUPorto entre 01 de junho e 30 de setembro de 2021. De seguida apresentamos os resultados para cada objetivo definido.

Relativamente ao **1º objetivo** “**Avaliar a adesão aos momentos para a avaliação do risco de queda (admissão no serviço, transferência de serviço, de 48/48h, após a ocorrência de uma queda)**”:

a) Avaliação do risco de queda no turno de admissão

Resultado: 67,2% (n=119) dos doentes que caíram, tinham avaliação do risco de queda no turno de admissão ao serviço.

Tabela 1	n	%
Não	58	32,8%
Sim	119	67,2%
Total	177	100,0%

b) Pelo menos uma avaliação do risco de queda **nas 48 horas anteriores** à ocorrência da queda

Resultado: 98,9% (n=175) dos doentes que caíram, tinham pelo menos uma avaliação do risco de queda nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda.

Tabela 2	n	%
Não	2	1,1%
Sim	175	98,9%
Total	177	100,0%

c) Avaliação do risco de queda **após a ocorrência de uma queda (no imediato)**

Resultado: 67,2% (n=119) dos doentes que caíram, tinham reavaliação do risco de queda após a ocorrência de uma queda (no imediato).

Tabela 3	n	%
Não	58	32,8%
Sim	119	67,2%
Total	177	100,0%

Para o 2º objetivo “Avaliar a mudança do nível de risco de queda após a ocorrência da queda” excluímos da análise os 2 episódios sem avaliação do risco de queda nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda (Tabela 2) e os 58 episódios a quem não foi reavaliado o risco após a ocorrência da queda (Tabela 3).

Tabela 4		Nível de Risco de Queda após queda		
		Nível de Risco de Queda nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda		
		Alto Risco	Baixo Risco	Total
	Alto Risco	56	1	57
	Baixo Risco	47	3	50
	Sem Risco	7	3	10
Total		110	7	117

Antes da ocorrência da queda **48,7%** dos doentes (57/117) tinham **Alto Risco de Queda**, 42,7% tinha Baixo Risco de Queda (50/117) e 8,5% não tinha Risco de Queda (10/117).

Após a queda o número de doentes com Alto Risco aumentou para **94,0%** (110/117). O aumento do nível de risco de queda após a queda não resultou exclusivamente da atualização do item “Historial de quedas”, ele resultou da atualização de 1 ou mais itens da EQM, nomeadamente:

- Item *Historial de quedas*: 85 doentes passaram a ser classificados como tendo historial de quedas (+ 25 pontos),
- Item *Diagnóstico secundário*: 2 doentes passaram a ser classificados como tendo diagnóstico secundário (+ 15 pontos),
- Item *Ajuda para caminhar*: 8 doentes passaram a ser classificados como carecendo de ajuda para caminhar (+ 15 pontos ou + 30 pontos),
- Item *Terapia intravenosa*: 7 doentes passaram a ser classificados como estando a fazer terapia intravenosa (+ 15 pontos),
- Item *Postura no andar*: 21 doentes passaram a ser classificados como não tendo uma postura no andar e na transferência normal (+ 15 pontos ou + 20 pontos) e
- Item *Estado mental*: 20 doentes passaram a ser classificados como não sendo conscientes das suas limitações (+ 15 pontos).

No 3º objetivo “Avaliar a atualização do nível de risco de queda após a ocorrência da queda”

Resultado: 86,7% (52/60) dos doentes que caíram tiveram atualização do nível do risco de queda após a ocorrência de queda no imediato (Tabela 5)

Nota: excluímos do cálculo deste resultado os 58 episódios a quem não foi reavaliado o risco após a ocorrência da queda (Tabela 3) e os 59 episódios que foram classificados com “Não aplicável”, isto é, não careciam de atualização do nível de risco de queda (Tabela 6).

Tabela 5			Tabela 6		
	n	%		n	%
Não	8	13,3%	Não	8	4,5%
Sim	52	86,7%	Não aplicável	59	33,3%
Total	60	100,0%	Sim	52	29,4%
			Sem Avaliação RQ após Queda	58	32,8%
			Total	177	100,0%

Para o 4º objetivo “Avaliar a mudança nos itens da EQM após a ocorrência da queda” foi definido como standard a alcançar que 100% dos doentes que caíram tivessem atualização no item da EQM “historial de quedas” após a ocorrência da queda

Resultado: 95,5% (85/89) dos doentes que caíram com atualização no item da EQM “historial de quedas”.

Tabela 7		Pontuação do Item "Historial de Quedas" (após a ocorrência da queda)		
		0	25	Total
Pontuação do Item	0	4	85	89
"Historial de Quedas" (nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda)	25		28	28
Total		4	113	117

Nota: excluímos do cálculo deste resultado os 58 episódios a quem não foi reavaliado o risco após a ocorrência da queda (Tabela 3), os 2 episódios sem avaliação do risco de queda nas 48 horas anteriores à ocorrência da queda (Tabela 2) e os 28 episódios que previamente à ocorrência da queda já tinham sido classificados no item “historial de quedas” com 25.

Relativamente ao 5º objetivo “Avaliar a atualização do registo “Queda” no campo “Alertas” do SClínico” foi definido como standard a alcançar que 100% com atualização deste campo.

Resultado: 77,4% (n=137) dos doentes que caíram com atualização do registo “Queda” no campo “Alertas” do SClínico.

Tabela 8	n	%
Não	40	22,6%
Sim	137	77,4%
Total	177	100,0%

Resumo:

- **Elevada percentagem de não avaliação do risco de queda no turno de admissão ao serviço (32,8%).** O não cumprimento desta avaliação é superior quando se trata de transferências entre serviços, quando comparadas com às admissões provenientes do serviço de urgência.
- **Elevada percentagem de não avaliação do risco de queda, após a ocorrência de uma queda (32,8%).**
- **Mais de metade dos doentes que caiu (60/117) não tinha Alto Risco de Queda** na avaliação de risco de queda **prévia à ocorrência da queda** (nas 48 horas anteriores). Sabendo que a EQM tem uma **sensibilidade superior a 70%** era esperado que a percentagem de doentes que caiu com alto risco de queda se aproximasse deste valor. Este resultado apoia a **dúvida** que o GGC tinha da análise individual de cada episódio de queda notificado: é provável que nível de risco de queda prévio à ocorrência da queda esteja **subestimado por uma deficiente interpretação dos itens da EQM**. Este facto, consubstancia factualmente, o problema de uma desadequada estratificação do risco em causa.
- Após a queda o número de doentes com Alto Risco de queda **aumentou** de 48,7% para **94,0%**. Este aumento não resultou exclusivamente da atualização do item “Historial de quedas”. A exemplo, cerca de 2 em cada 10 dos doentes que caíram, após a queda passaram a ser classificados como não tendo consciência das suas limitações. A atualização da classificação de vários itens da EQM após uma queda, além do item *historial de quedas*, despoleta a dúvida se as avaliações destes itens anteriores à ocorrência da queda são coincidentes com a condição dos doentes.

RECOMENDAÇÕES: (em função dos resultados):

Monitorizar localmente (Enf.º Gestor / Interlocutores dos sistemas de informação/ Enf. InQS) a adequabilidade da avaliação do risco;

Promover a formação dos Enf. Gestores / Enf. Especialistas, no âmbito da utilização da EQM e dos seus princípios (1º Semestre de 2022);

Monitorizar individualmente cada queda, avaliando a adequabilidade da estratificação de risco e sua implementação, de acordo com as normas definidas, e fazendo recomendações localmente;

PLANOS DE ACÇÃO DE MELHORIA:

Propostas: preencher anexo

Sem propostas, explicar o motivo:

Re-auditoria: Sim

Data proposta: 2º semestre 2022

Re-auditoria não planeada, explicar o motivo:



PLANOS DE ACCÇÃO

Acções	Data de Implementação	Responsáveis pela Implementação
Divulgação dos resultados aos Interlocutores da Qualidade e Segurança e Enf. Gestores.	14 de dezembro de 2021	Gabinete de Governação Clínica
Criação de Formação Online “Avaliação do Risco de Queda com a Escala de Quedas de Morse – Casos Clínicos” – dirigida a enfermeiros e enfermeiras especialistas.	1º trimestre de 2022	Gabinete de Governação Clínica
Formação “Modelos de Organização de Cuidados e Resultados em Saúde - o caso das quedas no Hospitalar” – 4 sessões. Dirigida a enfermeiros gestores e enfermeiros especialistas.	3, 17, 24 e 31 de maio de 2022	Gabinete de Governação Clínica e DEFI
Reauditar	2º semestre de 2022	Gabinete de Governação Clínica

Autor do relatório

Data

43/12/2021

Validação Técnica

Data

CHP - D.O.
Enf.º M. VALENTE Hora
Enfermeiro Supervisor Ass.
Nº Ordem 20178

13/08/2021

Enfermeiro Director

Data

75/72/2021

Acções adicionais a propor: ☐ Não: ☐ Sim: ☐ Quais

Quais

Director Clínico

Data

14 DEZ. 2021

PROF. DOUTOR JOSÉ BARROS
Diretor Clínico do CHP

Acções adicionais a propor: ☐ **Não:** ☐ **Sim:** ☐ **Quais**

Anexo III – Formação

Auditoria:
Quedas em
contexto
hospitalar:
momentos de
avaliação do
risco de
queda, nível
de risco e
alertas.

Plano de Ação

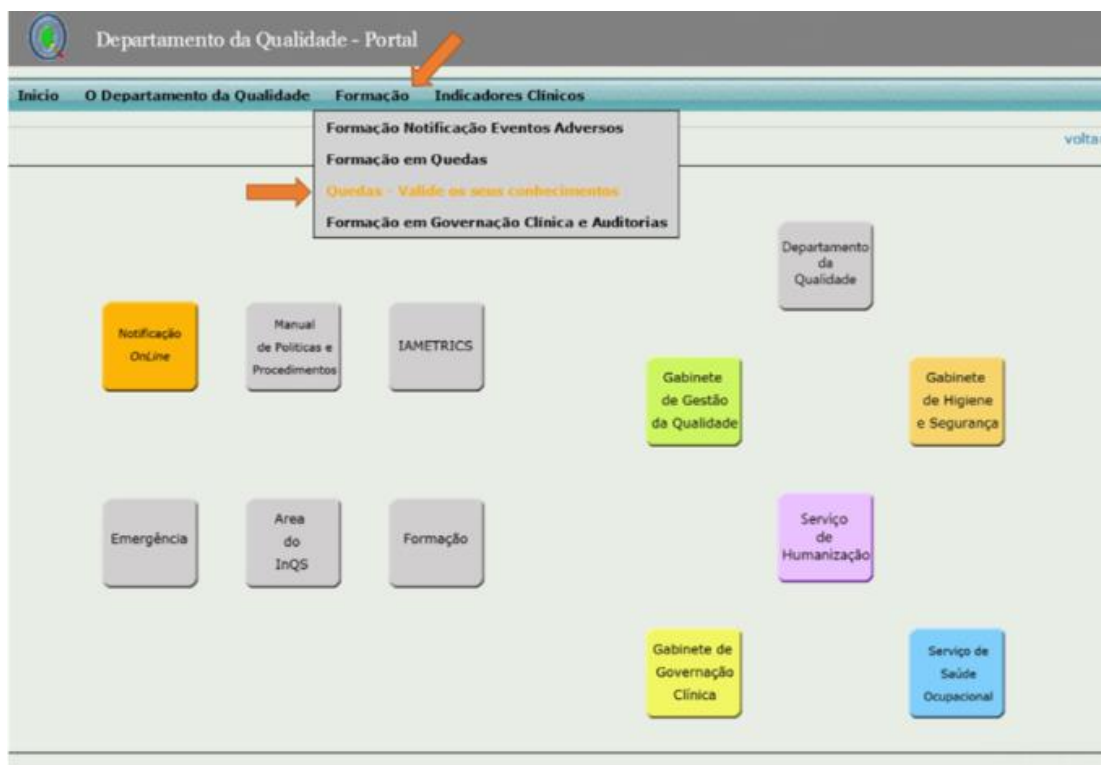
Acções	Data de Implementação
Divulgação dos resultados aos Interlocutores da Qualidade e Segurança e Enf. Gestores.	14 de dezembro de 2021
Criação de Formação Online "Avaliação do Risco de Queda com a Escala de Quedas de Morse – Casos Clínicos" – dirigida a enfermeiros e enfermeiros especialistas.	1º trimestre de 2022
Formação "Modelos de Organização de Cuidados e Resultados em Saúde - o caso das quedas no Hospitalar" – 4 sessões. Dirigida a enfermeiros gestores e enfermeiros especialistas.	3, 17, 24 e 31 de maio de 2022
Reauditar	2º semestre de 2022



Formato Digital da Formação – Acesso através do telemóvel:



Formato digital da formação – disponibilização no portal interno do CHUPorto



Casos clínicos inseridos na formação:

Caso Clínico 1

O Sr. Joaquim Morais tem **65 anos** e foi internado por uma **pneumonia**. O Sr. Joaquim está reformado há 3 anos (era canalizador na câmara municipal), mora com a esposa e dois gatos em Rio Tinto.

Tem descrito no processo clínico **hipertensão arterial** e **gonartrose bilateral**. Refere uma **queda há duas semanas** e utiliza **canadiana à esquerda**. É **independente nas transferências e deambulação**. Iniciou **antibioterapia oral**.

Atendendo à informação disponível que caracteriza a condição de saúde do Sr. Joaquim Morais, classifique os itens da Escala de Quedas de Morse:

1. **Historial de quedas (neste internamento, urgência/ou nos últimos 3 meses)** * (0.5 Points)

- ☐ Não (0)
- ☐ Sim (25)

2. **Diagnóstico(s) secundário(s)** * (0.5 Points)

- ☐ Não (0)
- ☐ Sim (15)

3. **Ajuda para caminhar** * (0.5 Points)

- ☐ Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas (0)
- ☐ Muletas/canadianas/bengala/andarilho (15)
- ☐ Apoia-se no mobiliário para andar (30)

4. **Terapia intravenosa** * (0.5 Points)

- ☐ Não (0)
- ☐ Sim (20)

Caso Clínico 5

O Sr. João Silva tem 74 anos e foi internado há 2 semanas por uma infeção urinária – situação que, entretanto, se resolveu (agora está a tratar uma insuficiência cardíaca descompensada). O Sr. Silva é a pessoa mais bem-disposta da enfermaria e está sempre ansioso por ter companhia para discutir futebol e política nacional (é simpatizante fervoroso do FCP!)

Tem como **antecedentes pessoais**: insuficiência cardíaca, HTA e patologia osteoarticular. Atualmente está a fazer furosemida **endovenosa** de 6/6 horas e 1 **comprimido** de ramipril de 1,25mg a cada 24 horas.

Habitualmente anda sem hesitações e não precisa de ajuda para andar.

Hoje, às 7h00 teve urgência em ir à casa de banho urinar e **tropeçou** num suporte de soros que estava encostado junto à porta de entrada da casa de banho, **caindo** desamparado no chão. Fez uma laceração no sobrolho esquerdo e "apanhou um grande susto!" sic.

Caso Clínico 6 - O Sr. Silva, o simpatizante do FCP

Voltemos ao Sr. Silva do caso anterior que **caiu hoje às 7h00**.

Segundo o Sr. Silva, pouco tempo depois de lhe terem dado a medicação "*pela veia*" sic, teve urgência em ir à casa de banho urinar. Como "*conhece bem a enfermaria*" (porque está internado há 2 semanas) diz que fez como habitualmente: foi à casa de banho sozinho, mas não estava a contar com o "aparelho" que tinha sido deixado encostado à porta de entrada da casa de banho. (O "aparelho" de que o Sr. Silva fala é um suporte de soros).

Atendendo a esta descrição, que medidas devem ser consideradas para evitar que o Sr. Silva volte a cair? * (1 Point)

- ☐ Revisão da terapêutica (ponderar risco / benefício e alternativas, na prevenção de incidentes) (Ex. conciliar o horário de administração da furosemida endovenosa com os períodos de sono dos doentes). ✓
- ☐ Informar o Sr. Silva que, sendo ele orientado, o hospital não se responsabiliza por estes eventos relacionados com fatores ambientais.
- ☐ Manter a localização e organização de materiais e equipamentos na enfermaria/quarto e eliminar obstáculos no percurso entre a cama do Sr. Silva e a casa de banho. ✓
- ☐ Reavaliar o nível de risco de queda do Sr. Silva e, se necessário, atualizar o plano de cuidados (é provável que o nível de risco sofra alterações dado que aconteceu uma queda de novo). ✓