



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

Queda da Criança em Contexto

Hospitalar: Uma Problemática Atual

Nilda Cristina Rodrigues Caldeira

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

Queda da Criança em Contexto

Hospitalar: Uma Problemática Atual

Dissertação de Mestrado

Nilda Cristina Rodrigues Caldeira

Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Gaspar

2012

À minha filha Joana...

“Somos aquilo que fazemos consistentemente.

Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito.”

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar, orientadora deste estudo, pelos seus ensinamentos, a sua presença, encorajamento e disponibilidade sempre demonstradas, bem como as suas imprescindíveis orientações que foram determinantes para a realização desta dissertação.

Ao Serviço de Cirurgia Pediátrica / Unidade de Queimados do Hospital Dona Estefânia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, na pessoa da Sra. Enfermeira Chefe Lurdes Correia, por todo o apoio na elaboração deste estudo.

A todos os colegas e administrativo Frederico Barroqueiro do Serviço de Cirurgia Pediátrica / Unidade de Queimados do Hospital Dona Estefânia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, que facilitaram e tornaram possível a recolha de dados e a concretização deste estudo.

Aos meus amigos Miguel Rações, Catarina e Ricardo, pela sua generosidade e motivação, e também, não menos importante, pelo precioso auxílio na elaboração da base de dados.

Aos meus pais, pelo seu amor incondicional, pela sua dedicação, e por aquilo que sempre me ensinaram, incentivando-me a fazer sempre melhor e a terminar com sucesso os projetos traçados.

Ao Bruno, meu marido, pelo amor, companheirismo, paciência e inabalável apoio.

À Joana, a minha filha, por tudo o que ela representa, e pelos momentos que não estivemos juntas... A minha “bebé” foi sempre a minha grande motivação e inspiração ao longo de todo este processo.

RESUMO

A gestão do risco corresponde a um conjunto de medidas que visa melhorar a segurança dos doentes e limitar a ocorrência de eventos adversos e de danos provocados aos doentes. Face aos indicadores de qualidade de acreditação dos hospitais, nomeadamente a redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes (IQIP, 2005; JCI, 2007), surge a necessidade de monitorizar o risco de queda na população infantil em contexto hospitalar. Neste sentido, pretendeu-se com este estudo de investigação traduzir e validar um instrumento de avaliação de risco de queda em doentes hospitalizados *Humpty Dumpty Falls Scale*, preenchendo desta forma o vazio que existe nesta área em Portugal.

Foi realizado um estudo descritivo com uma abordagem quantitativa, tendo uma amostra não probabilística com um total de 838 observações das crianças/jovens internadas no serviço cirurgia pediátrica / unidade de queimados do Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central – EPE.

Ao longo da colheita de dados pretendeu-se formar e sensibilizar os elementos da equipa de enfermagem para a problemática das quedas em meio hospitalar, verificando-se uma melhoria das práticas no que diz respeito à valorização da comunicação e do trabalho em equipa, à avaliação das condições físicas e ambientais do serviço, ao desenvolvimento de uma cultura proactiva no âmbito das medidas de prevenção, à identificação das crianças/jovens internados com alto risco de queda e à notificação de queda com vista à redução da ocorrência e da severidade de incidentes.

Em suma, compete aos enfermeiros gestores, responsabilizarem-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e concretizar ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.

Palavras-chave: *Queda; Segurança do Doente; Risco e Qualidade.*

ABSTRACT

Risk management corresponds to a set of measures aimed at improving patient safety and at limiting the occurrence of adverse events and harm caused to patients. Given the quality indicators for accreditation of hospitals, including reducing the risk of injuries resulting from falls in patients (IQIP, 2005; JCI, 2007), there is a need to monitor the risk of falls in the paediatric population in hospital settings. For this purpose, the intention of this research study was to translate and validate an instrument for assessing fall risk in hospitalised patients, the *Humpty Dumpty Falls Scale*, thus filling the void that exists in this area in Portugal.

We conducted a descriptive study with a quantitative approach, using a non-probabilistic sample with a total of 838 observations of children/youth admitted to the paediatric surgery service/burn unit of the Hospital Dona Estefânia - Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE.

Throughout the data collection there was the intention to educate and sensitise members of the nursing staff to the problem of falls in hospital settings, resulting in an improvement in practises regarding the value of communication and teamwork, the evaluation of physical and environmental conditions of service, the development of a proactive culture within the scope of prevention measures, the identification of children/youth at high risk for falls and the reporting of falls in order to reduce the occurrence and severity of incidents.

In short, it is the responsibility of the managing nurses to ensure the quality of nursing care provided, to plan and implement actions aimed at that improvement, to assist in assessing the quality of care and to set standards of nursing care and evaluation indicators.

Keywords: *Fall; Patient Safety; Risk and Quality.*

SIGLAS E ABREVIATURAS

APSI – Associação Portuguesa para a Segurança Infantil

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ECOSA – European Child Safety Alliance

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDFS – Humpty Dumpty Falls Scale

ICN – International Council of Nurses

IQIP – International Quality Indicator Project

JCI – Join Commission International

MF – Ministério das Finanças

MS – Ministério da Saúde

NHS – National Health Service

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SQSP – Sistema de Qualidade em Serviços Públicos

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TLFA – Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais

WHO – World Health Organization

% - Percentagem

ÍNDICE

	Pág.
0 – INTRODUÇÃO	10
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 – GOVERNAÇÃO CLÍNICA	12
1.2 – GESTÃO DA QUALIDADE	14
1.3 – GESTÃO DO RISCO / SEGURANÇA DOS DOENTES	16
1.3.1 – <u>Segurança no Ambiente</u>	19
1.3.1.1 – Os Acidentes em Crianças	20
1.3.1.2 – As Quedas	23
1.3.1.3 – As Quedas em meio hospitalar	24
2 – METODOLOGIA	28
2.1 – PROCEDIMENTO PRÉ-ESTUDO	28
2.1.1 – Autorização	28
2.1.2 – Processo de Tradução e Adaptação	28
2.1.3 – Processo de Formação	30
2.1.4 – Considerações Éticas	31
2.2 – METODO DE INVESTIGAÇÃO	32
2.2.1 – <u>Desenho do Estudo</u>	32
2.2.2 – <u>População-Alvo</u>	33
2.2.3 – <u>Amostra</u>	33
2.2.4 – <u>Colheita de Dados</u>	33
2.3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	34
3 – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	40
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	49
Anexo I – Documento de Aquisição da Escala	50
Anexo II – Escala de Avaliação de Risco de Queda em Crianças Hospitalizadas Humpty Dumpty	52
Anexo III – Plano de Formação	55
Anexo IV – Pedido de Autorização à Comissão de Ética CHLC-EPE	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico I – Distribuição da amostra por sexo	34
Gráfico II – Distribuição da amostra por Diagnóstico	35
Gráfico III – Distribuição da amostra por Deficiências Cognitivas	36
Gráfico IV – Distribuição da amostra por reação à cirurgia/sedação/anestesia	37
Gráfico V – Distribuição da amostra por consumo medicamentoso	37
Gráfico VI – Distribuição da amostra por grau de risco	38

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela I - Distribuição da amostra por idades	34
Tabela II - Distribuição da amostra por idade e sexo	35
Tabela III - Distribuição da amostra por fatores ambientais	36
Tabela IV - Distribuição da amostra por score total	38
Tabela V - Distribuição da amostra por sexo e padrão de risco	39
Tabela VI - Distribuição da amostra por idade e padrão de risco	39
Tabela VII – Notificação de quedas	39

0 - INTRODUÇÃO

A elaboração da presente dissertação insere-se no I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Filomena Gaspar.

A escolha da área de intervenção, **quedas de crianças em meio hospitalar**, surgiu após algumas reflexões quotidianas no âmbito da prática profissional, tendo em conta os objetivos organizacionais ao nível da gestão da qualidade e da gestão de risco.

O envolvimento na melhoria da qualidade é um processo que exige clarificação e articulação entre as intervenções de enfermagem e o impacto destas na população. Deste modo, a qualidade deve ser medida, acompanhada e melhorada (Delgado, 2009) mostrando-se, tal como a segurança dos doentes, uma responsabilidade partilhada pelos diferentes colaboradores das organizações de saúde.

Por outro lado, a gestão do risco corresponde a um conjunto de medidas que visa melhorar a segurança dos doentes limitando a ocorrência de eventos adversos e de danos provocados aos doentes (Fragata, 2009). Torna-se assim uma prioridade no que diz respeito à prestação de cuidados com qualidade.

As quedas em crianças resultam muitas vezes da sua fase de desenvolvimento, da curiosidade e dos comportamentos desafiadores, sendo um acontecimento multifactorial, involuntário e traumático. As quedas em meio hospitalar são eventos muito frequentes que se constituem como uma importante causa de mortalidade e morbidade que leva a um aumento das complicações, do tempo e dos custos dos internamentos.

Face aos indicadores de qualidade de acreditação dos hospitais, nomeadamente reduzir o risco de lesões resultantes de quedas em doentes (IQIP, 2005; JCI, 2007), surge a necessidade de monitorizar o risco de queda na população infantil em contexto hospitalar, visto que a Escala de Morse e de Hendrich, utilizadas na população adulta, não se adequa à pediatria (Razmus et al, 2006).

Os estudos sobre quedas em crianças em meio hospitalar são escassos pelo que se torna essencial investir nesta área de investigação.

Na literatura foi encontrado um instrumento que visa monitorizar o risco de queda em crianças hospitalizadas, denominada *The Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS), elaborada por um grupo de trabalho do Miami Children's Hospital (Hill-Rodriguez, Messmer, Williams et al, 2009). Este instrumento foi testado através de um estudo descritivo que identificou o elevado risco de quedas em crianças hospitalizadas. Segundo os autores Hill-Rodriguez, Messmer, Williams et al, (2009), a HDSF surge como uma ferramenta essencial ao programa de prevenção de quedas em pediatria, tendo em conta as metas internacionais da segurança dos doentes.

Neste sentido, como objetivo fundamental deste estudo de investigação pretendeu-se traduzir e validar a HDFS preenchendo, desta forma, o vazio que existe nesta área em Portugal.

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes essenciais: **1– Enquadramento Teórico** – apresenta uma breve revisão da literatura tendo em conta a temática central da segurança do doente, da qualidade dos cuidados de saúde e do risco de queda em meio hospitalar, justificando a importância da mesma; **2– Metodologia** – reflete todas as atividades desenvolvidas para a tradução do instrumento, autorização, colheita de dados e análise descritiva dos dados encontrados.

Para finalizar apresentam-se algumas considerações finais e sugestões.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – GOVERNAÇÃO CLÍNICA

A saúde é considerada um valor que engloba aspetos individuais e coletivos, ambientais e sociais. Por ser um bem público constitui um marco jurídico e, dessa forma, torna-se um direito de cada cidadão.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde tem que ser conseguida, não pode ser imposta. Deste modo, a primeira exigência para o alcance da saúde é um comprometimento, tanto por parte das pessoas, como por parte das entidades governamentais.

Este conceito implica a responsabilização de cada um pela sua própria saúde mas também de toda a comunidade. A noção de saúde implica o aumento da longevidade, ou seja, de maior quantidade de vida mas implica, acima de tudo, melhor qualidade de vida.

Em Portugal existe um Sistema Nacional de Saúde (SNS), que se caracteriza por ser universal e tendencialmente gratuito, o qual deverá prestar cuidados globais garantindo a equidade no acesso de todos os doentes (Base XXIV, Lei nº48/90 de 24 de Agosto).

Como forma de orientar estrategicamente as ações em saúde nasce, em 2004, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, que apresenta três principais objetivos: obter ganhos em saúde, aumentando os níveis de saúde ao longo de todo o ciclo de vida; utilizar instrumentos que ajudem a capacitar o sistema de saúde centrando a ação na inovação e mudança do cidadão e, ainda, garantir mecanismos adequados para a efetivação do PNS (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2004).

Entre todas as entidades responsáveis por colocar em ação o PNS, os hospitais são frequentemente reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração. Para tal, contribuem com uma dinâmica própria e especial do mercado onde funcionam, pelas características específicas dos seus modelos económicos e de gestão (Jacobs, 1974).

Na dinâmica hospitalar emerge o conceito de governação clínica (*Clinical Governance*). O termo *Clinical Governance* foi introduzido pela primeira vez, em

1997, no livro branco da saúde do *National Health Service (NHS): The New NHS Modern, Dependable*, traduzindo uma estratégia de modernização do sistema de saúde. Neste sentido, a governação clínica define como objetivo principal a responsabilidade de todos os intervenientes (profissionais de saúde, gestores, organização) para alcançar um padrão de qualidade. É, também, uma forma de encontrar um equilíbrio entre o poder de auto-regulação e a exigência de transparência e responsabilização por parte dos doentes. Mostra-se como um sistema para melhorar os padrões de funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos atos da sua prática (OPSS, 2006, p.16).

A própria comissão europeia define a governação como um conjunto de regras e procedimentos que afetam a forma como os poderes são exercidos no que diz respeito à abertura, participação, responsabilização, efetividade e coerência (Campos, 2009).

A qualidade em saúde abarca a adequação de um serviço fornecido por um prestador às necessidades de quem o recebe, ou seja, aponta dimensões como a segurança, eficiência, acessibilidade, respeito e continuidade de cuidados (Campos, 2009). É, também, um atributo objetivo que deve ser medido, acompanhado e melhorado (Delgado, 2009).

A área da medicina encontra-se em constante mudança, o que altera rapidamente as necessidades dos doentes, bem como a oferta de cuidados de saúde (Campos, 2009). A mudança de paradigma nos cuidados de saúde aponta para o facto de a população procurar satisfação, ou seja, melhoria do estado de saúde, de qualidade de vida, de acessibilidade, de respeito, de segurança e de continuidade de cuidados. Assim, torna-se emergente trabalhar em equipa permitindo a multidisciplinaridade. Os resultados dependem deste trabalho em equipa, da eficácia da organização e da capacidade de liderança.

Em Portugal, ainda existe pouca avaliação dos cuidados e da sua variabilidade pelo que ainda temos um longo caminho a percorrer para que todos os cidadãos tenham cuidados de excelência. Contudo, importa referir que o SNS é dos maiores exemplos

de sucesso, ao nível do serviço público mas tem que conseguir acompanhar a evolução de necessidades e níveis de satisfação dos portugueses.

Os projetos de qualidade exigem recursos humanos bem preparados e com disponibilidade para se dedicarem às inúmeras atividades que lhe são inerentes. Deste modo, é necessário reconhecer e compensar todo esforço e dedicação. Segundo Delgado (2009, p.47), a situação portuguesa ainda está longe de atingir este máximo. Os processos clínicos não são uniformes, divergem muito entre profissionais e contêm pouca informação, por vezes, pouco perceptível.

Muitas vezes existe envolvimento dos profissionais em projetos de qualidade porque estes novos desafios os estimulam. Mas, contrariamente, algumas administrações hospitalares mostram pouco interesse, apresentam ausência de estímulo, falta de autoridade e capacidade de liderança, fazendo com que a maioria dos projetos seja meramente temporária (Delgado, 2009, p.48)

Este modelo de governação hospitalar torna a qualidade dos cuidados, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício uma responsabilidade partilhada por profissionais de saúde, gestores e enquadrando-os no contexto mais global pelo sistema de saúde.

1.2 - GESTÃO DA QUALIDADE

A qualidade dos cuidados de saúde pode definir-se como um aumento do bem-estar dos doentes, tendo em consideração o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas, que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes (Florentim, 2007). Atualmente qualquer intervenção na área da saúde ou que sobre ela incida, tende a questionar ou manifestar preocupação sobre a qualidade na saúde, tendo como epicentro as necessidades explícitas do doente.

A qualidade em saúde poderá ser vista como uma nova “filosofia de gestão” que permite alcançar, por um lado, a eficiência e a eficácia de procedimentos e, por outro, aumentar a satisfação dos doentes e a motivação dos prestadores de cuidados. O Sistema de Qualidade em Serviços Públicos (SQSP) instituído a 13 de Maio pelo Decreto-Lei n.º 166-A/99, no seu enunciado admite que a qualidade é hoje universalmente reconhecida e aceite *como satisfação do cliente a custos adequados*

e tornou-se um imperativo para todas as organizações públicas e privadas que queiram ser credíveis ou socialmente úteis.

Por outro lado, também o Relatório do Diretor-Geral e Alto-Comissário da Saúde (MS, 2002) convoca todos os profissionais de saúde a investir na qualidade. Esta deve tornar-se uma filosofia de vida ainda antes de ser uma filosofia de ação/gestão, no sentido de sustentar uma cultura da qualidade.

Deste modo, Pisco (2001, p.37) reforça que *a prestação de cuidados de saúde de qualidade tem como principais objetivos promover e manter a saúde da população, assegurar a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde e assegurar que os recursos disponíveis são utilizados de uma forma eficiente e racional*. Torna-se, assim, necessário assegurar a competência profissional dos prestadores de cuidados a todos os níveis, e estruturar serviços de saúde de modo a ir de encontro às verdadeiras necessidades da população.

Cada vez mais se assiste a uma maior exigência por parte dos doentes o que tende a proporcionar a evolução da qualidade dos cuidados. Deste modo, a qualidade é *instrumental (...); não é um fim em si mesmo, mas uma condição necessária para a competitividade (...)* e a *competitividade assenta no trinómio qualidade, ambiente, inovação*, sendo neste quadro que se situa a importância da qualidade de uma organização (Dulce Menezes, 2001, p.4).

A qualidade na saúde é vista como *um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação de desempenho*, que abrange todos os níveis de cuidados (Biscaia, 2000, p.8). Por outro lado, implica a incorporação dos direitos fundamentais da pessoa humana que devem ser garantidos e preservados na integridade (Mezomo, 2001, p.73).

Neste sentido, para que uma organização incorpore o conceito de qualidade necessita de alguns princípios: *liderar* – ensinando, motivando, apoiando; *criar standards* – de qualidade e produtividade; *treinar o pessoal* – para atender e exceder os standards de performance; *criar equipas de melhoria* – para melhorar os sistemas e *desenvolver um sentido de compromisso e de propriedade* pela ampla comunicação (participação) da missão, dos objetivos e das políticas da organização a todas as pessoas envolvidas (Mezomo, 2001, p.73).

Os valores e os princípios, assim como a própria definição de qualidade, variam de instituição para instituição. Porém o importante é que todos entrem na cultura da qualidade, pois só assim se poderá encontrar um dinamismo e uma harmonia na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

O sucesso de um sistema de gestão da qualidade (SGQ) está dependente da forma com este se integra na dinâmica organizacional e se desenvolve a par com as diversas dimensões existentes. Para Cristo (2001) citado por Abreu (2007) trata-se de orientar as decisões e a ação para objetivos determinados, decorrentes da política da qualidade e da monitorização e permanente melhoria do seu desempenho.

A responsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados tem implicações a vários níveis, desde a prestação de cuidados gerais, aos cuidados especializados e área da gestão, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros nos Padrões de Qualidade no enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem (Ribeiro, 2008). Espera-se, assim, dos enfermeiros e dos gestores não só as habilitações e a disponibilidade para o trabalho em equipas multidisciplinares, mas também a partilha dos conhecimentos, tais como os que conduzem à capacidade de liderança, e dos saberes que lhes permitam utilizar de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor.

1.3 - GESTÃO DO RISCO / SEGURANÇA DOS DOENTES

A gestão do risco (*risk management*) surge como um dos princípios de governação. Chiozza e Plebani (2006) mostram-nos que o relatório do American Institute of Medicine, 2000 (*To Err is Human: Building a Safer Health System*) estima que morram por ano de 44.000 a 98.000 americanos por erro médico/medicamentoso evitável. Surge, assim, o despertar para uma nova “epidemia”.

O conceito de *risk management* transforma o objetivo de evitar o risco financeiro das queixas em tribunal para tornar o sistema de saúde mais seguro, surgindo a noção de *Patient Safety Movement*.

O *risk management* passa a concentrar-se mais no sub-conceito de *clinical risk management*, ou seja, a gestão do risco em hospitais/unidades de saúde é hoje identificada essencialmente com a gestão do risco clínico/medicamentoso que levará à segurança do doente na fase de prestação dos cuidados de saúde.

A gestão do risco equivale a um conjunto de medidas com vista a melhorar a segurança dos doentes e tem como objetivos major limitar a ocorrência de eventos adversos (previsão) e minimizar os danos provocados (recuperação) (Fragata, 2009). A segurança dos doentes surge como uma prioridade máxima e é vista como um paradigma da qualidade dos cuidados de saúde. Desta forma, constitui-se como uma componente fulcral na prestação de cuidados de saúde com qualidade. O doente perspectiva quando recorre aos serviços de saúde que lhe sejam empreendidos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizador desses serviços. A problemática da segurança dos doentes é *um dos pilares do modelo clássico de governação clínica que importa assumir como um valor de aferição da atividade das organizações hospitalares. A sua operacionalização concretiza-se numa política de gestão do risco, enquanto componente estratégica que visa minimizar os riscos associados à prática clínica, na perspectiva dos doentes, dos prestadores de cuidados e da organização* (MS e MF, 2010:27).

Em 2002 o International Council of Nurses (ICN) emitiu um parecer sobre este assunto onde refere que o desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco. Embora muitas organizações de saúde tenham já implementado várias medidas para garantirem a segurança dos doentes, o que é facto é que o sector da saúde se encontra ainda atrasado face a outros sectores que introduziram procedimentos de segurança sistemáticos.

Em 2005 da Conferência Europeia “Segurança do doente – torná-la uma realidade!” surgiram várias recomendações das quais se salienta o estabelecimento do trabalho conjunto com a OMS nas questões da segurança do doente, no sentido da criação de um *banco de soluções da UE*, com exemplos e padrões da *melhor prática*; a utilização de novas tecnologias e, em concreto, a introdução de registos eletrónicos de doentes; a inclusão dos aspetos da segurança do doente na aprendizagem dos profissionais de saúde e a implementação de projetos na área da segurança do doente ao nível das unidades de cuidados, de maneira que os profissionais consigam, de forma aberta e eficiente, lidar com as situações de erro e omissões. (OE, 2005)

O ICN aponta a segurança dos doentes como uma área prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde (OE, 2006). Cabe ao enfermeiro *promover a defesa pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população* (OE, 1998), tornando-se assim a segurança numa preocupação fundamental e constante.

Fragata e Martins (2004, p.219) referem-se às organizações altamente fiáveis como sendo organizações capazes de comportar os riscos inerentes ao seu funcionamento e atingir os seus objetivos mantendo a performance fiável apesar de constantes exposições ao inesperado. Nestas organizações a busca da segurança faz-se procurando manter o sistema tão robusto quanto possível face aos riscos operacionais e humanos e não tanto sobre prevenir falhas isoladas (Reason, 2000).

A realidade da segurança dos doentes apresenta algumas particularidades que a tornam difícil na sua abordagem devido: *à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifactorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança e à sensibilidade do tema* (Sousa, 2006, p.311).

Chiozza e Plebani (2006) abordam algumas estratégias para melhorar a segurança dos doentes, nomeadamente a responsabilização cada vez maior da organização, através de um reforço dos deveres de zelar pela segurança do doente, controlar a qualidade dos cuidados e assistência prestados, analisar e avaliar de forma idónea as credenciais e qualidade profissional do seu *staff*. Por outro lado, tornar os relatórios de ocorrência de erros ou situações anómalas (*Error Reporting Systems*) obrigatórios por lei, mas devendo-se para tal educar os profissionais de saúde no sentido de cumprirem essa norma, proteger os profissionais de represálias pelo relato de erros e mostrar que os relatórios de erros servem para melhorar e corrigir falhas na prestação de cuidados aos doentes.

A segurança não se pode centrar numa pessoa, num equipamento ou num serviço. Ela emerge da interação de todos os componentes de um sistema. Logo, melhorar a segurança depende da compreensão e da análise desta interação. Num período em que expectativas e as exigências dos cidadãos aumentam, a margem de aceitação para o possível insucesso é muito pequena, pelo que falhas na segurança não são toleradas nem tão pouco compreendidas, tendo em conta os seus possíveis danos.

Torna-se, também, necessário criar uma cultura de segurança e introduzir um sistema de gestão de risco e de gestão de conhecimento eficaz. Deste modo, as práticas baseadas na evidência, o aumento da formação dos profissionais de saúde

e a elaboração de protocolos e *guidelines* que integrem a prática clínica tornam-se fundamentais para atingir uma prestação de cuidados de qualidade. Assim, tem como pressupostos uma prática segura, atempada, efetiva, eficiente, equitativa e centrada no doente (Chiozza e Plebani, 2006)

A implementação de programas para segurança dos doentes e a utilização de novos instrumentos de melhoria contínua refletem as preocupações dos administradores em saúde revelando que a gestão da qualidade é uma área em renovação.

1.3.1 – Segurança no Ambiente

Ao longo dos tempos o conceito ambiente tem sido contemplado na prática de enfermagem.

Já Florence Nightingale, no século XIX, se preocupou com o ambiente hospitalar, como uma necessidade de oferecer um ambiente seguro e acolhedor aos doentes. Foi considerada uma pioneira da enfermagem moderna, pelo que a sua teoria ambientalista é focada no cuidado de enfermagem ao Ser Humano na sua interação com o meio ambiente. O controlo do ambiente surge como o conceito principal considerando as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento do organismo, capazes de anteceder, eliminar ou contribuir para a saúde, doença e morte.

Por outro lado, para Roper, Longan & Tierney, o ambiente é considerado como uma dimensão alargada e engloba tudo o que é fisicamente externo à pessoa, destacando a interação de fatores psicológicos e sócio-culturais como fatores ambientais (Tomey & Alligood, 2004).

Watson (2002) refere que o ambiente interno e externo têm influência sobre a saúde da pessoa. Assim, o ambiente interno inclui o bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais do indivíduo e o ambiente externo inclui a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético, além das variáveis epidemiológicas.

Para Roy o ambiente é definido como todas as condições que afetam o desenvolvimento e o comportamento das pessoas. A adaptação da pessoa ao ambiente faz com que a mesma responda de forma positiva/negativa às mudanças do meio, afetando o seu processo de saúde/doença (Roy, 2001). Assim, é o

ambiente em mudança que estimula a pessoa a dar respostas de adaptação (Tomey & Alligood (2004, p.308).

A hospitalização altera o ambiente da criança, afastando-a do seu contexto familiar/social. Esta nova realidade interfere na adaptação da criança, no seu equilíbrio emocional e conseqüentemente no seu estado saúde/doença. Assim, cabe aos enfermeiros a promoção de um ambiente seguro (psíquico e físico), nomeadamente na confirmação dos principais requisitos de segurança e diminuição do risco de queda durante o internamento.

A enfermagem é, para Roy, *uma profissão de cuidados que se centra nos processos de vida humanos e uniformiza e enfatiza a promoção da saúde para indivíduos, grupos e sociedade como um todo* (Tomey e Alligood, 2004, p.307). Neste sentido, a enfermagem promove as respostas adaptativas do processo de saúde/doença e melhora a transformação do ambiente, contribuindo para a saúde, a qualidade de vida e uma morte com dignidade (Roy, 2001; Tomey e Alligood, 2004).

O processo de hospitalização, pode significar um período de transição de saúde-doença para a criança/família e em que o enfermeiro deve desempenhar um papel crucial na promoção da saúde. Desta forma, deverá adotar estratégias que visem a diminuição do risco e o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem através da avaliação das condições individuais da criança/família e das condições ambientais.

1.3.1.1 – Os Acidentes em Crianças

Os acidentes são uma causa importante de mortalidade, de deficiência crónica, de elevados custos com internamentos e tratamentos hospitalares e de perda de dias de trabalho. Desta forma, os acidentes são hoje uma preocupação não só em Portugal, como em toda a Europa e no Mundo. Portugal e a Grécia apresentam das piores classificações relativamente à promoção da segurança de crianças e adolescentes (DGS, 2005).

Como uma percentagem elevada das pessoas que morrem são jovens, há um enorme potencial de materialização de projetos e energias que não se concretiza, apesar do grande investimento, emocional, afetivo e material, que possa ter sido

despendido por familiares, amigos, sociedade e pelos próprios (ECOSA – European Child Safety Alliance, 2004).

As projeções da OMS para 2020 colocam os acidentes como a terceira causa de morte, a seguir às doenças cardio-vasculares e à depressão (Murray, 1996). Devido à magnitude dos efeitos dos acidentes sobre a sociedade, passou a ser consensual na comunidade científica que os acidentes configuram um grave problema de saúde pública.

A principal causa de morte nas crianças na Europa é o acidente. A taxa de morte por acidente é duas vezes superior à taxa de morte por cancro e 8 vezes superior à de morte por doença respiratória, na faixa etária dos 1 aos 14 anos (ECOSA, 2004). Logo, os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais (TFLA) constituem, na maior parte dos países, a maior causa de morte nos grupos etários da infância e da adolescência, com potenciais anos de vida perdidos, doença, internamento, recurso aos serviços de urgência, incapacidades temporárias ou definitivas. São assim, um dos problemas com mais elevados custos sócio-económicos.

A diminuição do número de mortos e de pessoas com deficiência resulta de uma atuação mais precoce sobre os acidentados, uma melhor articulação dos serviços que lhes prestam cuidados, bem como o investimento na formação específica dos profissionais de saúde e uma redefinição das formas de atuação e prevenção. Muitos acidentes têm como causa aspetos relacionados com más práticas de saúde resultado de uma deficiente intervenção dos profissionais de saúde, tornando a sua ação extremamente pertinente e necessária (DGS, 2005 e 2007).

Investir na área da promoção da segurança e prevenção de acidentes torna-se cada vez mais uma prioridade. Evitar os acidentes é a melhor forma de minorar este problema e os profissionais de saúde têm um papel primordial a desempenhar (Caldeira, 2009).

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (2004) os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais são reconhecidamente uma área de intervenção prioritária.

A Estratégia Europeia para o Desenvolvimento da Saúde da Criança e Adolescente da WHO (2005) insere nas suas áreas prioritárias de atuação os acidentes e violência.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (2007) aponta como área primordial a investir a promoção de estilos de vida saudáveis, especialmente a promoção da segurança e prevenção de acidentes.

Por outro lado, o Programa-Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil (2002) menciona como objetivo a estimulação de comportamentos saudáveis relacionada com a adoção de medidas de segurança, e ainda, a promoção da prevenção de acidentes e intoxicações.

As políticas de promoção da saúde envolvem a implementação estratégica de programas de educação para a saúde que devem ter em conta a investigação básica sobre as condutas de saúde dos indivíduos, sendo a sua eficácia incrementada quando se mobilizam os conhecimentos recolhidos no terreno. Deste modo, o conhecimento acerca do papel das crenças e atitudes pessoais, as normas e/ou as redes sociais, deve orientar intrinsecamente o desenvolvimento das políticas sociais que suportam a implementação desses mesmos programas.

Todas as crianças têm o direito à vida e à proteção. Prevenir os acidentes e ensinar uma criança a proteger-se de situações de risco são questões que fazem parte do processo de educação e desenvolvimento de cada ser humano. Negligenciar esses procedimentos simples e de fácil execução poderá comprometer de forma irreversível o futuro das crianças. Neste âmbito, a Educação para a Segurança faz parte da formação de qualquer cidadão (Caldeira, 2009)

Ao Hospital enquanto estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, compete também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. Assim, poderá ter um papel importante junto da criança, do jovem e da família não apenas em relação à satisfação das suas necessidades num processo de doença como, também, ao nível da sua formação em saúde enquanto cidadão (Caldeira, 2009)

Isto significa que a instituição hospitalar deve encontrar condições para contribuir para que a criança/família possam desenvolver competências e comportamentos adequados à segurança e prevenção de acidentes, no sentido de obter ganhos em saúde a médio e a longo prazo. Se desenvolvermos estas atitudes nas crianças o

mais cedo possível, estamos a contribuir para aumentar a segurança no futuro (Caldeira, 2009).

1.3.1.2 – As Quedas

As quedas são consideradas pela WHO como sendo a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários. (WHO, 2008),

Globalmente, as quedas são um problema de saúde pública, sendo que ocorrem cerca de 424 mil quedas fatais anualmente. Mais de 80% das mortes relacionadas com a queda ocorre em países de baixos e médios rendimentos (WHO, 2008).

De acordo com a classificação CIPE, a queda é definida pelo foco cair, ou seja, é uma atividade executada pelo próprio com as seguintes características específicas: deslocação rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior, devido a uma perda de equilíbrio ou falta de capacidade para sustentar o peso corporal em diferentes posições (CIPE, versão 1.0, p.48).

As quedas são muitas vezes acontecimentos traumáticos, involuntários e multifactoriais. Assim, alguns autores classificam este fenómeno tendo em conta as causas individuais/ambientais e frequência de ocorrência. Morse (2002) distingue as quedas em acidentais (perigos do ambiente), fisiologicamente previsíveis (fatores fisiológicos que colocam o indivíduo em alto risco) e fisiologicamente imprevisíveis (mesmo estando relacionados com fatores fisiológicos o primeiro evento de queda torna-se imprevisível).

Saraiva (2008) divide as quedas em intermitentes/intercorrentes (relacionada com uma situação aguda), recidivantes (dois ou mais eventos em menos de 6 meses) e casos de risco (indivíduos com elevado risco, mesmo sem terem tido qualquer episódio de queda). Por outro lado, o padrão de risco pode ser avaliado tendo em conta fatores intrínsecos (individuais) e extrínsecos (ambientais/sociais) (Calvo, 2001; Hendrich, 2006; Saraiva, 2008).

Um dos grupos de alto risco é as crianças. As quedas na infância ocorrem, em grande parte, como resultado das suas fases de desenvolvimento, curiosidade inata e níveis crescentes de independência que coincidem com comportamentos mais desafiantes.

Uma análise de dados entre 2000 e 2009 em Portugal, realizada pela APSI (2011) sobre quedas acidentais, mostra que para além das 104 crianças que morreram na sequência de uma queda, aproximadamente 40000 tiveram de ser internadas. Em média, cerca de 9 crianças/jovens sofrem uma queda diariamente com consequências graves. O maior número de mortes verificou-se nas faixas etárias 1-4 anos e 15-19 anos. No que diz respeito aos internamentos verifica-se em crianças/jovens entre os 0-4 anos e os 5-9 anos.

De acordo com a OMS, as estratégias de prevenção das quedas devem ser abrangentes e multifacetadas e enfatizar a educação, formação, criação de ambientes mais seguros, dando prioridade à investigação relacionada com a queda e a definição de políticas eficazes para reduzir o risco (WHO, 2008; Almeida et al, 2010).

1.3.1.3 – As quedas em meio hospitalar

As quedas de doentes, em meio hospitalar, são incidentes muito frequentes e constituem uma causa importante de morbilidade e, em alguns casos, de mortalidade hospitalar. Assim, podem contribuir para o aumento do número e severidade de complicações, correspondendo a um prolongamento do internamento e consequentemente ao agravamento dos custos do mesmo (Oliver e tal, 2004; Saraiva et al 2008, Gaspar e Westwood, 2010).

Uma das metas internacionais da segurança dos doentes que se destaca está relacionada com a redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes (IQIP, 2005; JCI, 2007). Assim, uma correta monitorização do risco terá que abordar: a monitorização contínua da *performance* e a declaração e análise de casos isolados. No âmbito da melhoria da qualidade e face à ferramenta de gestão “PDSA” (Planear, fazer a mudança, verificar os efeitos e atuar para corrigir) as situações de risco deverão ser corrigidas após identificação das causas (Fragata, 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde e das Finanças, emanaram um documento intitulado *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais* em que referem que as quedas são uma importante causa de morbilidade (e até de mortalidade), susceptíveis de aumentar o número e severidade de complicações, responsáveis pelo agravamento

dos custos, associados ao prolongamento do internamento. Desta forma, *a avaliação do risco de queda, o registo e monitorização dos incidentes de queda e a existência de um plano de medidas preventivas, são cruciais pelo impacto na qualidade dos cuidados e na segurança do doente* (MS e MF, 2010, p.28).

O desenvolvimento e aperfeiçoamento destes sistemas, com a criação de normas e indicadores para a qualidade facilitou o desenvolvimento de programas, concebidos para medir e melhorar a qualidade.

Os instrumentos a utilizar na avaliação da qualidade dos cuidados são seleccionados de acordo com aquilo que fundamentalmente se pretende avaliar, a estrutura, o processo ou os resultados e devem ser utilizados de forma correta e adequada (Oliver et al, 2004; Almeida et al, 2010). Deste modo, o fenómeno queda deve ser avaliado *e os fatores de risco a ela associados devem ser explorados a fim de se criarem estratégias educacionais e preventivas* (Saraiva et al 2008, p.29). Estas ferramentas são essencialmente sistemas de recolha de dados que quando obtidos e analisados dão uma indicação da qualidade dos cuidados prestados ao doente. Permitem, quando comparados, comprovar a melhoria desses cuidados num serviço, num departamento, numa organização ou entre instituições.

O decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro da *Carreira de Enfermagem*, refere que compete ao enfermeiro habilitado para a prestação de cuidados especializados *definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de Enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do doente e introduzir as medidas corretivas julgadas necessárias*. E, ainda, compete aos enfermeiros aos vários níveis da gestão *responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e concretizar ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação*.

Neste sentido, será importante utilizar ferramentas de avaliação de risco de queda sensíveis à população em causa integrando esta intervenção nas boas práticas do enfermeiro (Warda, 2004; Razmus et al, 2006; Almeida et al, 2010). Torna-se primordial compreender que todos os doentes estão em risco de queda e é fundamental identificar o seu nível de risco (Payson e Haviley, 2007)

Os estudos sobre quedas em crianças/jovens mostram que este é um problema subvalorizado na comunidade, bem como em meio hospitalar. Contudo, os estudos efetuados no contexto pediátrico são escassos, pelo que se torna cada vez mais importante investir nesta área de investigação – quedas de crianças em meio hospitalar (Warda, 2004).

Alguns autores identificam alguns fatores de risco para a ocorrência de queda em crianças/jovens hospitalizados, nomeadamente sexo (maior incidência no sexo masculino que no feminino), alteração do estado de consciência, historial de queda; Idade (mais prevalente em crianças com menos de 3 anos), capacidade de mobilização e envolvimento dos pais na cultura de segurança hospitalar (Warda, 2004; Razmus et al, 2006; Khambalia, 2006). Ainda, Hendrich (2007), citado por Hill-Rodriguez *et al* (2009), menciona que na população pediátrica (menores de 10 anos), a maioria das quedas estão relacionadas com as condições ambientais do serviço, tais como berços, grades, sala de brinquedos e com os pais, pois estes muitas das vezes esquecem-se e deixam as crianças sozinhas com a grade lateral para baixo.

Razmus et al (2006) refere que existem duas ferramentas de avaliação de risco de queda muito utilizadas em meio hospitalar, a Escala de Morse e a Escala de Hendrich, que foram testadas em contexto pediátrico no sentido de tentar identificar os fatores de risco de queda desta faixa etária. Após aplicação das duas escalas a 200 crianças inferiu-se que existem fatores diferentes entre a faixa etária das crianças e adultos, sendo que estes instrumentos não estão adaptados à idade pediátrica. Por outro lado, os mesmos autores concluíram que em 82,8% dos casos de quedas, os pais/cuidadores estavam presentes; que a criança caiu, principalmente, no quarto/unidade (87%); que a cama é o equipamento mais envolvido na queda (35%); a maior parte das quedas ocorreram em camas de adulto (87%), 12,5% em berços e 1,3% em camas pequenas; as crianças caíram ao deslocar-se às instalações sanitárias (22%) ou a entrar/sair da cama (20%).

Um estudo realizado pelo Miami Children's Hospital, através de registos de enfermagem, com 153 crianças (50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino) que caíram durante os anos de 2005-2006, verificando que a maioria das quedas ocorreram em crianças com menos de 3 anos de idade e mais de 13 anos, internadas com doença neurológica (convulsões), doenças respiratórias (asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos) (Hill-Rodriguez, 2009). Após a

análise dos dados, o grupo de trabalho do Miami Children's Hospital coordenado por Hill-Rodriguez, construiu um programa de prevenção de quedas composto por uma ferramenta de avaliação de risco de queda intitulada *Humpty Dumpty Falls Scale*.

Este instrumento é constituído por sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; fatores ambientais; reação a cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso. No final da avaliação de todos os parâmetros é obtido um resultado que varia entre um mínimo de 7 e máximo de 23. O resultado obtido define o padrão de risco, ou seja, padrão de baixo risco (resultado 7-11) e padrão de elevado risco (resultado de 12 e superior). Após definido o padrão de risco é aplicado o protocolo de segurança contra queda de doentes correspondente, no sentido de orientar de forma mais estruturada a intervenção da equipa de enfermagem.

A maioria das quedas podem ser prevenidas e a prevenção da queda do doente é um foco sensível aos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, Almeida et al (2010, p.168) reforçam as ideias supracitadas afirmando que *para uma adequada intervenção torna-se necessário a utilização de instrumentos sistematizados e objetivos de avaliação de risco do doente*. Desta forma, independentemente do instrumento selecionado o importante é que seja específico e sensível para a população em causa e faça parte integrante da prática profissional do enfermeiro (Almeida et al, 2010).

2 – METODOLOGIA

O presente estudo tem como objetivo a tradução, adaptação e validação de um instrumento de medida do risco de queda em crianças hospitalizadas - *Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS).

2.1 – PROCEDIMENTO PRÉ-ESTUDO

2.1.1 - Autorização

Antes de se iniciar qualquer processo foi necessário realizar o pedido de autorização aos autores da *Humpty Dumpty Falls Scale* e, pagamento da respectiva licença de aquisição e aplicação (conforme Anexo I). O processo de aquisição do instrumento ficou a cargo da Unidade de Investigação da ESEL.

2.1.2 – Processo de Tradução e Adaptação

Procedeu-se à tradução do instrumento de avaliação do risco de queda *Humpty Dumpty* através de uma empresa de tradução creditada e certificada – *Multilingues*.

Após tradução da escala foi feita a sua retroversão através de uma outra empresa de tradução creditada e certificada – *APPortugal*.

A versão traduzida foi comparada com a versão traduzida em português do Brasil fornecida pela autora, ficando uma versão final.

A esta versão final foi realizado um pré-teste com o preenchimento de 40 instrumentos pela equipa de enfermagem que iria colaborar na colheita de dados.

Após o pré-teste foi realizada uma adaptação de linguagem ao contexto pediátrico em 3 itens, nomeadamente (conforme Anexo II):

- Historial de Quedas ou Bebé/Criança deitada na Cama alterou-se para Historial de Quedas ou Bebé/Criança com menos 3 anos deitada na Cama;
- Doente utiliza dispositivos de assistência ou Bebé/Criança no Berço ou Mobiliário/Iluminação (Quarto Triplicado) alterou-se para Doente utiliza dispositivos de assistência ou Bebé/Criança com menos de 3 anos no Berço ou Mobiliário/Iluminação (Quarto Triplicado);

- Criança deitada numa Cama alterou-se para Criança com 3 anos e mais, deitada numa Cama.

O instrumento de avaliação de risco de queda em crianças hospitalizadas Humpty Dumpty é um instrumento de carácter observacional constituído por sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; fatores ambientais; reação a cirurgia/sedação/anestesia e consumo medicamentoso.

Cada um dos parâmetros é constituído por mais de um critério com um determinado score que pode variar entre o mínimo de 1 a um máximo de 3 ou 4. Na avaliação de cada parâmetro apenas se pode escolher um dos critérios apresentados. No que diz respeito ao parâmetro diagnóstico, uma criança/jovem que apresente mais do que um diagnóstico deve ser sempre escolhido o diagnóstico que apresentar maior score. O parâmetro deficiências cognitivas pretende avaliar a capacidade de orientação temporal / desenvolvimento cognitivo adequado à idade pelo que possui três critérios: orientado para a capacidade própria (criança corresponde ao desenvolvimento cognitivo para o estadio de desenvolvimento); esquece os limites (devido a fatores como a idade, diagnóstico, quadro sintomático ou alterações funcionais recentes (exemplo: perda de consciência ou hipoglicémia) as crianças esquecem as suas limitações); não tem noção dos limites (a criança não corresponde ao desenvolvimento esperado para a sua faixa etária e não tem compreensão dos seus limites).

Relativamente ao parâmetro fatores ambientais, mais especificamente, historial de queda refere-se a eventos de quedas anteriores durante o período de internamento e o critério zona de ambulatório reporta-se a crianças que deambulam.

No final da avaliação de todos os parâmetros é obtido um resultado que varia entre um mínimo de 7 e máximo de 23. O resultado obtido define o padrão de risco, ou seja, padrão de baixo risco (resultado 7-11) e padrão de elevado risco (resultado de 12 e superior). Após definido o padrão de risco é aplicado o protocolo de segurança contra queda de doentes correspondente, no sentido de orientar de forma mais estruturada a intervenção da equipa de enfermagem.

Deste modo, o protocolo do padrão de baixo risco pressupõe que: se faça uma orientação da criança para o quarto; a cama se encontre na posição baixa com os travões acionados, as grades de segurança 2 ou 4 levantadas; a avaliação de

aberturas de grande dimensão, com envergadura que possa levar a que o doente entale um membro ou outra parte do corpo, utilização de procedimentos de segurança adicionais; a utilização de calçado antiderrapante nos doentes não acamados; a utilização de vestuário de tamanho adequado para prevenir quedas; avaliar as necessidades de eliminação, prestar auxílio se for necessário; se verifique se a luz de chamada se encontra ao alcance educar o doente/a família sobre a sua função; se mantenha um ambiente livre de equipamento não utilizado; avaliar a existência de iluminação adequada, deixar a luz de presença acesa; se efetuem sessões de educação de doentes e familiares aos pais e ao doente e documentar o ensino sobre a prevenção de quedas e incluir no plano de cuidados. Por outro lado, o protocolo de elevado risco prevê que: se identifique o doente com um “autocolante Humpty Dumpty” no doente, na cama e no processo clínico do doente; educar o doente/os pais sobre as precauções do protocolo de quedas; verificar o doente, no mínimo, a cada hora; acompanhar o doente nas deslocações; colocar o doente numa cama adequada ao respetivo desenvolvimento; ponderar deslocar o doente para mais perto da sala de enfermagem; avaliar a necessidade supervisão 1:1; avaliar as horas de administração medicamentosa; retirar todo o equipamento não utilizado do quarto; manter sempre a porta aberta, a não ser que estejam implementadas precauções de isolamento específicas; manter a cama na posição mais baixa, a não ser que o doente esteja a ser assistido diretamente e documentar o ensino e o plano de cuidados nos registos de enfermagem.

Como estratégia de identificação das crianças de alto risco e por não existir a possibilidade de adquirir autocolantes Humpty Dumpty foram criados ímans com o símbolo Humpty Dumpty que é colocado no quadro da sala de enfermagem para que todos os elementos da equipa multidisciplinar (enfermeiros e assistentes operacionais) saibam quais as crianças com elevado risco de queda.

2.1.3 – Processo de Formação

Antes de se proceder à colheita de dados foi necessário dar a conhecer o estudo e a metodologia de aplicação da *Humpty Dumpty Falls Scale*. Foram realizadas várias formações em serviço com o objetivo de formar todos os elementos da equipa de

enfermagem do Serviço de Cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados do CHLC-EPE/Hospital Dona Estefânia, que colaboraram na colheita de dados.

As formações decorreram no período de 8 de Novembro a 12 de Dezembro de 2011, num total de 8 sessões de formação. A marcação das formações dependeram da disponibilidade dos formandos e realizaram-se no período laboral.

Deste modo, tiveram como objetivo geral sensibilizar os enfermeiros para a temática das quedas em ambiente hospitalar, e como objetivo específico ensibilizar a equipa de enfermagem para a implementação da Escala Humpty Dumpty Falls Scale. Abordaram as seguintes temáticas, Acidentes – uma visão geral, Governação Clínica, Gestão do Risco, Gestão da Qualidade, Segurança do Doente, Escala de Avaliação do risco de queda – Humpty Dumpty. e realizaram-se tendo em conta o método expositivo com espaço para colocação de dúvidas (conforme Anexo III).

Durante a colheita de dados e aplicação do instrumento foram realizadas sessões de formação informal sempre que os elementos da equipa sentiam necessidade para colocação de dúvidas. Foi, também, mantido o contacto com a autora Deborah Hill-Rodriguez através de e-mail para colocação de dúvidas e aferição de informação necessária ao preenchimento do instrumento.

Por outro lado, foi elaborado com dossier com toda a informação necessária ao preenchimento do instrumento, bem como protocolo de aplicação, definições, folheto informativo para os pais/acompanhantes e alguma bibliografia pertinente ao tema em questão – quedas de crianças em meio hospitalar.

2.1.4 – Considerações Éticas

Qualquer investigação detém questões éticas e morais, sendo que a escolha do tipo de investigação determina a natureza dos problemas que se podem equacionar (Fortin, 2003).

De acordo com Fortin (2003) é fundamental que se protejam os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Considerando os princípios determinados pelos códigos de ética, a autora enuncia cinco direitos elementares no desenvolvimento de qualquer estudo:

- Direito à autodeterminação que se refere à possibilidade da pessoa em decidir livremente sobre a sua participação;
- Direito à intimidade que se reporta à autonomia sobre a informação a partilhar;
- Direito ao anonimato e confidencialidade que salvaguarda o respeito pela identidade do sujeito;
- Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo relacionado com os constrangimentos físicos, psicológicos, sociais ou económicos que possam advir da participação no estudo;
- Direito a um tratamento justo e equitativo que confere aos participantes a oportunidade de serem informados sobre a natureza e a duração da investigação, assim como o acesso à informação relativa à sua colaboração e ao desenvolvimento do estudo.

Para o desenvolvimento deste estudo e de forma a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação foi inicialmente realizado o pedido formal ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central-EPE (CHLC-EPE). Todos os procedimentos foram realizados após a obtenção da autorização do Conselho de Administração da instituição supracitada e da respectiva Comissão de Ética (conforme Anexo IV), bem como da chefia do Serviço de Cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados do CHLC-EPE/Hospital Dona Estefânia.

2.2 – MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

2.2.1 – Tipo do Estudo

O tipo de estudo realizado foi um estudo descritivo com uma abordagem quantitativa. Um estudo descritivo é aquele que ambiciona apenas estimar parâmetros de uma população, nomeadamente proporções, médias, etc. Não necessita de elaboração de hipóteses de estudo pois trata-se apenas de uma "fotografia" da situação. Tais estudos têm a importância fundamental de serem sempre o primeiro passo da investigação. Deles nascem as hipóteses que poderão ser estudadas em estudos mais sofisticados. Desta forma, os estudos descritivos permitem recolher mais informações e caracterizar melhor as populações (Fortin, 2003).

2.2.2 – População-Alvo

Todas as crianças e jovens internados no serviço de Cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados do CHLC-EPE/Hospital Dona Estefânia.

2.2.3. – Amostra

A amostra segundo Fortin (2000) é um subconjunto de uma população. Neste caso utilizamos como método de amostragem a amostra não probabilística. As amostras não probabilísticas são aquelas que os elementos são escolhidos por métodos em que não intervém o acaso, não se sabendo qual a probabilidade que cada elemento tem de ser incluído nessa amostra (Polit, 1995).

Como fatores de inclusão no estudo foram consideradas as crianças internadas no serviço de cirurgia pediátrica / unidade de queimados do Hospital Dona Estefânia – CHLC EPE, durante o período da colheita de dados, de 19 de Dezembro 2011 a 19 de Janeiro de 2012.

O número mínimo de participantes para validação do instrumento corresponde a cinco vezes o número de itens. Assim, foram realizadas um total de 838 observações a 446 crianças.

2.2.4 – Colheita de Dados

Como instrumento de colheita de dados utilizou-se a *Humpty Dumpty Falls Scale* traduzida, que se trata de um instrumento de carácter observacional. O instrumento foi aplicado a todas as crianças internadas no serviço no momento da admissão e posteriormente uma vez por turno.

Durante a aplicação deste trabalho garantiu-se a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

O tratamento de dados foi feito através do programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), Excel 2007 e Word 2007.

2.3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram obtidas 838 observações de crianças e jovens internados no serviço de cirurgia pediátrica/unidade de queimados do CHLC-EPE/Hospital Dona Estefânia.

No final do período estipulado para a colheita de dados constatou-se que houve uma adesão de 62,63% por parte dos elementos da equipa de enfermagem no preenchimento do instrumento de avaliação de risco de queda, no momento da admissão e posteriormente uma vez por turno.

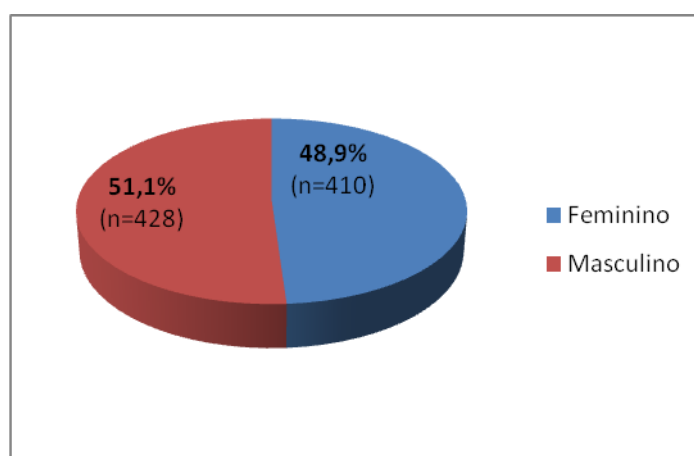


Gráfico I – Distribuição da Amostra por Sexo

Do total da amostra 51,1% (n=428) são do sexo masculino e 48,9 % (n=410) do sexo feminino.

Idades	n	%
Menos de 3 anos	293	35
3 anos até menos de 7 anos	125	14,9
7 anos até menos de 13 anos	320	38,2
13 e mais anos	100	11,9

Tabela I – Distribuição da Amostra por Idades

Verificou-se que do total de observações de crianças e jovens internados (n=838), 35% (n=293) possuem menos de 3 anos de idade, 14,9% (n=125) têm idade

compreendida entre os 3 - 6 anos, 38,2% (n=320) encontra-se entre os 7 - 12 anos e por último 11,9% (n=100) têm mais de 13 anos de idade.

Idades	Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	n	%	n	%
Menos de 3 anos	197	23,51	96	11,46
3 anos até menos de 7 anos	82	9,79	43	5,13
7 anos até menos de 13 anos	82	9,79	238	28,34
13 e mais anos	49	5,84	51	6,09

Tabela II – Distribuição da Amostra por Idades e Sexo

Do total da amostra existem do sexo feminino com menos de 3 anos 23,51% (n=197), 9,79% (n=82) com idades entre os 3 e 6 anos, 9,79% (n=82) entre os 7 e 12 anos e 5,84% (n=49) com mais de 13 anos. Já crianças do sexo masculino com menos de 3 anos apresentam-se 11,46% (n=96), 5,13% (n=43) com idades entre os 3 e 6 anos, 28,34% (n=238) com idades entre os 7 e 12 anos e por fim, 6,09% (n=51) com mais de 13 anos.

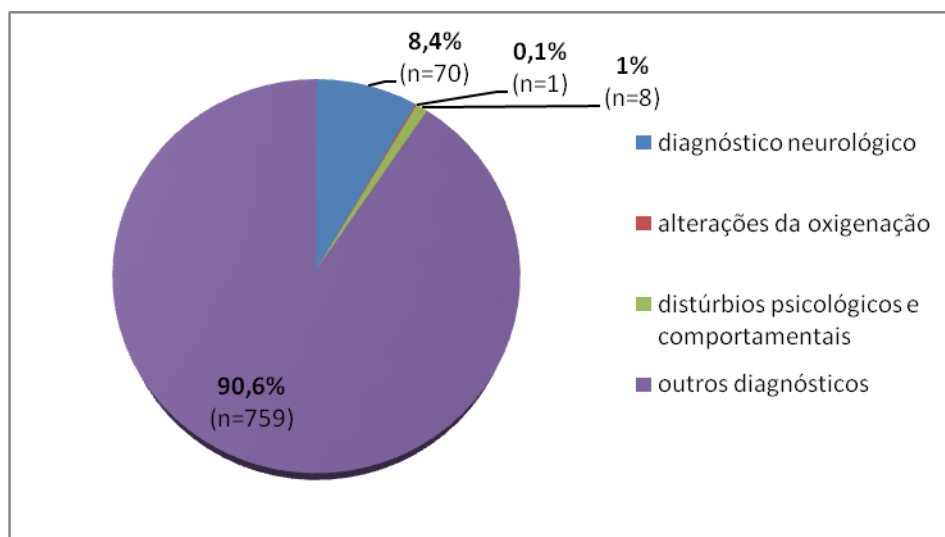


Gráfico II – Distribuição da Amostra por Diagnóstico

Relativamente à distribuição da amostra por diagnóstico apurou-se que 90,6% (n=759) possuem outros diagnósticos, 8,4% (n=70) apresentam diagnóstico neurológico, 1% (n=8) mostram distúrbios psicológicos e comportamentais e 0,1% (n=1) demonstra alteração da oxigenação.

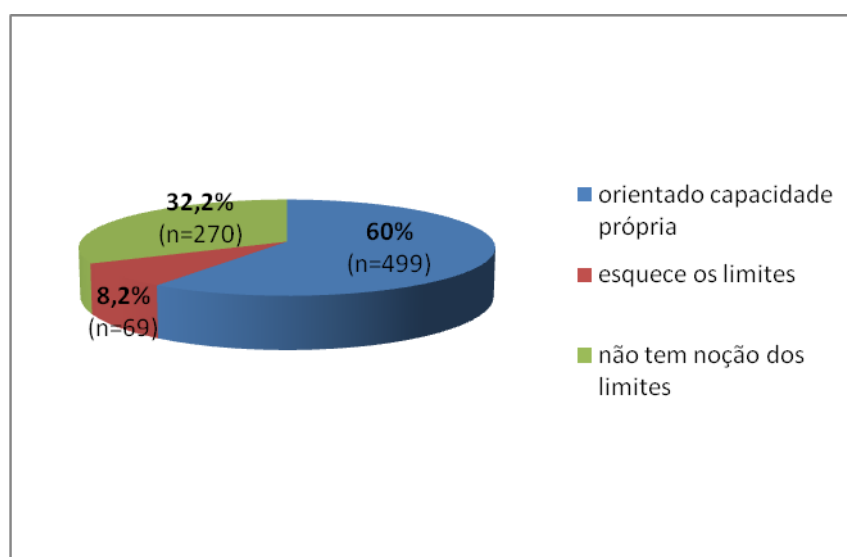


Gráfico III – Distribuição da Amostra por Deficiências Cognitivas

No que diz respeito ao critério deficiências cognitivas 59,5% (n=499) são crianças orientadas para a capacidade própria, ou seja, correspondem ao desenvolvimento esperado para a sua faixa etária e à compreensão dos seus limites. Por outro lado, 32,2% (n=270) não tem noção dos limites. Por último, 8,2% (n=69) devido a fatores como a idade, diagnóstico, quadro sintomático ou alterações funcionais recentes (exemplo: perda de consciência ou hipoglicémia) as crianças ou jovens esquecem as suas limitações.

Fatores Ambientais	n	%
Historial de Queda ou Bebê/Criança com menos de 3 anos deitada na cama	24	2,9
Doente utiliza dispositivos de assistência ou Bebê/Criança com menos de 3 anos no Berço ou Mobiliário/Iluminação (quarto triplicado)	225	26,8
Criança com 3 anos e mais, deitada numa cama	266	31,7
Zona de Ambulatório	323	38,5

Tabela III – Distribuição da Amostra por Fatores Ambientais

Quanto aos diferentes fatores ambientais que poderão contribuir para aumentar o risco de queda no internamento hospitalar constatou-se que 38,5% (n=323) dos doentes deambulava (zona de ambulatório), 31,7% (n=266) eram crianças com idade igual ou superior a 3 anos e mais deitadas numa cama, 26,8% (n=225) eram doentes

que utilizavam dispositivos de assistência ou bebê/criança com menos de 3 anos deitada no berço ou mobiliário/iluminação e 2,9% (n=24) eram crianças com história de queda durante o internamento ou bebê/criança com menos de 3 anos deitada numa cama.

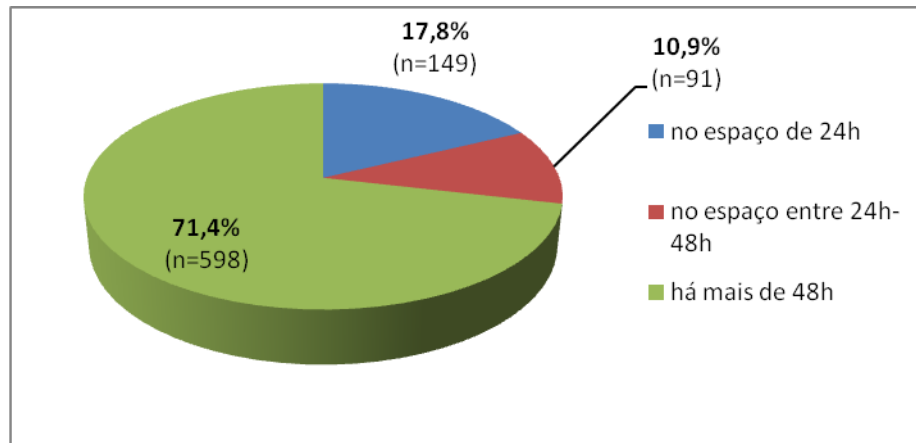


Gráfico IV – Distribuição da Amostra por Reação à Cirurgia/sedação/anestesia

Tendo em conta o período possível de reação à cirurgia, sedação e anestesia encontraram-se 17,8% (n= 149) encontravam-se nas primeiras 24h, 10,9% (n=91) entre as 24-48h e 71,4% (n=598) há mais de 48h.

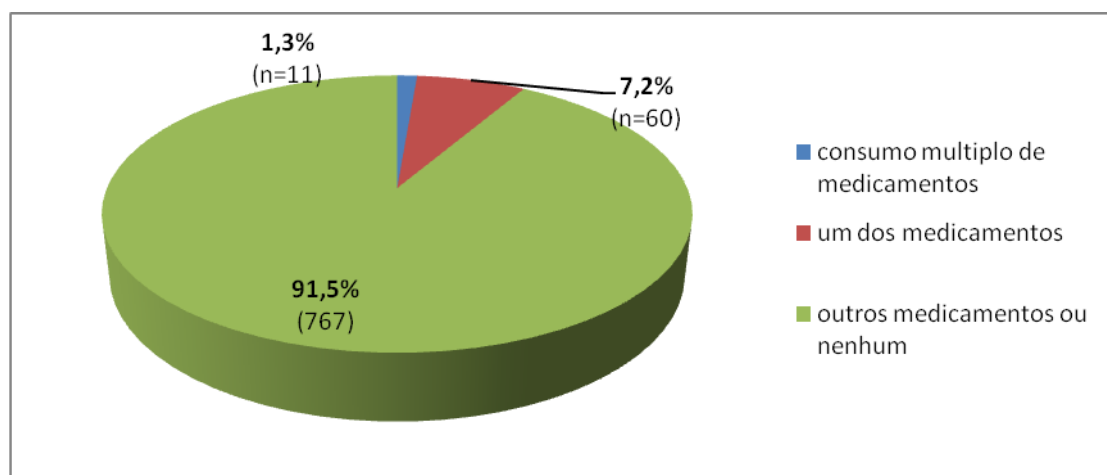


Gráfico V – Distribuição da Amostra por Consumo medicamentoso

Face ao consumo medicamentoso 1,3% (n=11) apresentou um consumo múltiplo de medicamentos (sedativos, hipnóticos, barbitúricos, fenotiazinas, antidepressivos, laxantes, diuréticos e narcóticos), 7,2% (n=60) consumiu apenas um da lista de medicamentos mencionados e 91,5% (n=767) consumiram outros medicamentos ou nenhum.

Score Total	n	%
7	10	1,2
8	46	5,5
9	174	20,8
10	124	14,8
11	59	7
12	64	7,6
13	116	13,8
14	122	14,6
15	56	6,7
16	42	5
17	11	1,3
18	10	1,2
19	4	0,5

Tabela IV – Distribuição da Amostra por Score Total

A análise dos dados obtidos mostrou que o score final avaliado variou entre o mínimo de 7 e máximo de 19 (conforme tabela IV).

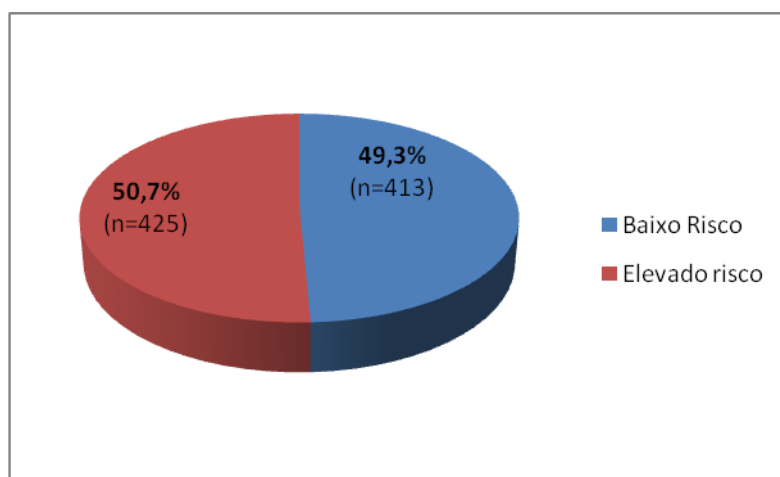


Gráfico VI – Distribuição da Amostra por Grau de Risco

O score total reporta-nos para uma padrão de risco sendo 50,7% (n=425) de elevado risco e 49,3% (n=413) de baixo risco.

Sexo	Padrão de Baixo Risco (7-11)		Padrão de Elevado Risco (12-23)	
	n	%	n	%
Feminino	150	17,89	260	31,07
Masculino	263	31,38	165	19,68

Tabela V – Distribuição da Amostra por Sexo e Padrão de Risco

Comparando o padrão de risco com o sexo aferiu-se que existem 17,89% (n=150) raparigas e 31,38% (n=263) com padrão de baixo risco. Por outro lado, 31,07% (n=260) de raparigas e 19,68% (n=165) dos rapazes apresentaram padrão de elevado risco.

Idade	Padrão de Baixo Risco (7-11)		Padrão de Elevado Risco (12-23)	
	n	%	n	%
Menos de 3 anos	15	1,79	278	33,17
3 anos até menos de 7 anos	74	8,83	51	6,09
7 anos até menos de 13 anos	237	28,28	83	9,90
13 e mais anos	87	10,38	13	1,55

Tabela VI – Distribuição da Amostra por Idade e Padrão de Risco

Ao relacionarmos o padrão de risco com a idade aferiu-se que 1,79% (n=15) de crianças com menos de 3 anos, 8,83% (n=74) com idades entre os 3 e 6 anos, 28,28% (n=237) com idades entre os 7 e 12 anos e 10,38% (n=87) apresentam padrão de baixo risco. Relativamente ao padrão de elevado risco verificou-se 33,17% (n=278) de crianças com menos de 3 anos, 6,09% (n=51) com idades entre os 3 e 6 anos, 9,90% (n=83) com 7 e 12 anos e 1,55% (n=13) com mais de 13 anos.

Período	Notificação de Quedas
19 Dezembro de 2010 a 19 de Janeiro de 2011	0
19 Dezembro de 2011 a 19 de Janeiro de 2012	1

Tabela VII – Notificação de Quedas

Durante o período da colheita de dados ocorreu 1 notificação de queda, enquanto que em igual período do ano anterior não existem notificações registadas.

3 - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este estudo destina-se a caracterizar uma população específica e o seu potencial risco de queda durante o processo de hospitalização.

Importa referir que a amostra encontrada é bastante homogénea (51,1% do sexo masculino e 48,9% do sexo feminino). A idade das crianças e jovens variou maioritariamente entre as crianças com menos de 3 anos de idade (35%) e crianças e jovens com idade compreendida entre 7 e 12 anos (38,2%).

Relativamente aos diagnósticos dos doentes internados e dado que as observações foram realizadas num serviço onde predominava a patologia cirúrgica verificou-se uma elevada percentagem (90,6%) de diagnósticos não especificados no formato original da escala, incluídos no parâmetro “outros diagnósticos”. Pela sua menor expressão estatística, os diagnósticos que, segundo os autores da escala, condicionavam um maior risco de queda (alterações neurológicas, da oxigenação e psicológicas/comportamentais) não podem ser considerados para correlação com o grau de risco.

Quanto à distribuição da amostra por fatores ambientais aos quais os doentes se expunham verificou-se que o maior grupo correspondia aos doentes que deambulavam o que, em teoria, representa o grupo com menor risco de queda.

O score de avaliação de risco de queda variou entre um mínimo de 7 e máximo de 19, sendo que numa elevada percentagem (50,7%) foi identificado elevado risco de queda.

Quando se compara o parâmetro sexo com padrão de risco percebe-se que o sexo feminino apresenta um padrão de risco mais elevado que o sexo masculino. Ao analisar-se o padrão de risco com a idade percebe-se que as crianças com maior risco de queda situam-se na faixa etária com menos de 3 anos. Assim, o género masculino não se apresenta como fator de risco de queda em desacordo com os autores afirmam que a queda ocorre com maior incidência nos rapazes (Warda, 2004; Razmus et al, 2006; Khambalia, 2006; Hill-Rodriguez *et al*,2009). Contudo, a amostra demonstra que existe uma maior prevalência de ocorrência de queda nas crianças com menos de 3 anos, conforme referem Warda (2004), Razmus et al (2006), Khambalia (2006) e Hill-Rodriguez *et al* (2009). Por outro lado, pode-se

justificar o facto ao sexo feminino corresponder um maior risco de queda por apresentar uma elevada percentagem de crianças com menos de 3 anos (23,51%).

Relativamente ao número de eventos de queda notificados deparamo-nos com um queda notificada no período do estudo, enquanto que em igual período do ano anterior não existe nenhum registo. Será que existe uma falha na notificação de eventos adversos? Será que houve uma melhoria nas práticas dos enfermeiros, relativamente às medidas de segurança?

Uma cultura de segurança, de acordo com Reason (2000), é uma cultura de reportes e uma cultura de aprendizagem, onde a segurança de uma organização é a prioridade; a organização deve assim ter como objetivo principal recolher o máximo de informação possível a este respeito. Um sistema de reportes que considera as pequenas falhas ou deficiências de uma organização tem um valor acrescentado em detrimento daqueles que só reportam incidentes e acidentes. Quando uma ocorrência acontece, esta deve ser reportada formalmente e registada. O reporte deve ser rápido, para assegurar que a investigação é iniciada o mais brevemente possível depois da ocorrência (incidente/acidente). Para isso, é necessário existir uma cultura de confiança mútua entre os colaboradores e a organização. Desta forma, como se poderá melhorar a notificação de queda? Será importante destacar que sistemas de notificação devem ter como foco os incidentes em geral e não apenas os incidentes que causaram dano ao doente. Os objetivos e as características do sistema de notificação, além da própria cultura organizacional têm um papel fundamental na confiança e adesão do profissional à proposta de notificação de erros e incidentes. Assim, apontam-se como principais objetivos dos sistemas de notificação: aprender com as falhas dos sistemas de saúde; criar um sistema seguro (sem consequências para os profissionais); promover que a notificação seja válida e conduza a uma resposta construtiva de forma a disseminar informação, criar recomendações de mudança e repor soluções (Nolan, 2000).

Ao longo do processo de colheita de dados pretendeu-se formar e sensibilizar os elementos da equipa de enfermagem para a problemática das quedas em meio hospitalar, a correta identificação do risco de queda, a implementação de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de segurança e para a importância da notificação da ocorrência de queda. Constatou-se uma elevada adesão das observações realizadas na aplicação do instrumento de avaliação de

risco de queda em crianças hospitalizadas pelos elementos da equipa de enfermagem. Deste modo, a equipa de enfermagem demonstrou uma melhoria significativa nas suas práticas diárias no que diz respeito à: valorização da importância da comunicação e do trabalho em equipa; avaliação das condições físicas e ambientais do serviço; desenvolvimento de uma cultura proactiva no âmbito das medidas de prevenção; identificação das crianças/jovens internados com alto risco de queda e necessidade da notificação e aprendizagem organizacional com vista à redução da ocorrência e da severidade de incidentes.

Para concluir, será importante referir que o conceito de saúde tem sofrido alterações tendo em conta a evolução das necessidades dos doentes e das características de oferta na prestação de cuidados. Uma boa governação clínica deverá incluir como princípios a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos doentes, devendo ser uma responsabilidade partilhada entre os diferentes intervenientes, designadamente profissionais de saúde, gestores e políticos.

Na saúde, o conceito de qualidade tem algumas características que as diferenciam de outros sectores: é orientada para as necessidades e não simplesmente para a procura, é de carácter proactivo e é vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde. Por outro lado, a gestão do risco clínico surge como um conjunto de medidas destinadas a melhorar o grau de segurança e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados de saúde tendo em conta a identificação das situações que colocam os doentes em risco.

Torna-se importante perceber que a existência dos indicadores de qualidade promovem a identificação das necessidades e ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem na população e constituem informação útil para a implementação, promoção e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade capazes de influenciar as decisões políticas em saúde.

A promoção da segurança da pessoa hospitalizada, em geral, e a prevenção de quedas, em particular, constitui uma preocupação crescente para os enfermeiros, pelo que se torna fundamental investir nesta área de intervenção. Deste modo, as quedas em meio hospitalar são um risco e revelam-se como um indicador de qualidade dos cuidados prestados.

A monitorização do risco torna-se fundamental e deverá realizar-se com base na declaração de eventos ocorridos e tendo em conta a monitorização contínua da performance (auditorias) que permitem acompanhar o desempenho num clima de transparência. Assim, torna-se essencial avaliar o risco de queda em crianças hospitalizadas através de um instrumento validado à população portuguesa.

No decorrer da investigação e, como seria de esperar, surgiram algumas limitações: burocracias e tempos de espera para autorizações; proximidade do investigador ao contexto da investigação e falta de conhecimento da temática abordada por parte da equipa de enfermagem. Contudo, foi necessária uma capacidade de adaptação ao terreno e negociação com os diferentes intervenientes para levar a bom porto os objetivos inicialmente traçados.

Dada a atualidade e a complexidade desta temática, quedas de crianças em meio hospitalar, haverá porventura, ainda um longo caminho a percorrer para que se reduza o risco de lesões resultantes de quedas em doentes. Será importante que outros trabalhos de investigação e ações de promoção da segurança surjam, dando maior visibilidade e sustentabilidade a esta problemática. Por exemplo, seria de todo o interesse aplicar este instrumento de avaliação de risco de queda noutros contextos de internamento e fazer a correlação entre alguns dos parâmetros da escala nomeadamente sexo, idade, fatores ambientais e padrão de risco.

O trabalho desenvolvido e apresentado nesta dissertação permitiu aprender, partilhar, explorar e pesquisar, negociar, criar algo de novo e lutar por ideais diferentes. Assim, numa aproximação a esta temática foi orientado o percurso no sentido de tentar dar resposta a tão importantes desafios que no amanhã se afiguram. Neste âmbito, compete aos enfermeiros gestores, responsabilizarem-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e concretizar ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões e indicadores de avaliação.

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia de (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: fundamentos e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

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

APSI (2011, Maio). *Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000-2009). Relatório Final Maio 2011*. Recuperado em 2011, Setembro 20 de www.apsi.org.pt/

BISCAIA, José Luís (2000, Jun). Qualidade em Saúde uma perspectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*. Lisboa. Nº 0, p.6-10.

CALDEIRA, N. (2009). *Relatório de Estágio* apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Lisboa. Portugal.

CAMPOS, Luís (2009). O conceito e a necessidade da Governação. In: CAMPOS, L; BORGES, M e PORTUGAL, R. (2009). *Governação dos Hospitais*. Alfragide. Casa das Letras. p.23-43.

CHIAVENATO, Idalberto (2004). *Administração nos Novos Tempos*. 2ª edição. Rio de Janeiro Editora Campus.

CHIOZZA, Maria e PLEBANI, Mario (2006). Clinical Governance: from clinical risk management to continuous quality improvement. *Clin Chem Lab Med*. Berlin e New York. 44(6), p.694–698.

CONSELHO de ENFERMAGEM (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Nº 2 (Mar 2001), nº 2, p. 15-20.

CONSELHO INTERNACIONAL de ENFERMEIROS (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) – Versão β2*. Lisboa: Edição Associação Portuguesa de Enfermeiros.

CRUZ, Dulce Menezes (2003, Julho). Qualidade e os Cuidados de Saúde. In: *Revista Sinais Vitais*. Nº 49, p.55-58.

DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, artº 76.

DELGADO, Manuel (2009). A melhoria contínua da qualidade. In: CAMPOS, L; BORGES, M e PORTUGAL, R. (2009) *Governança dos Hospitais*. Alfragide. Casa das Letras. p.45-55.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Volume I. Orientações estratégico – Lisboa.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Volume II. Orientações estratégicas – Lisboa.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2002). *Programa-tipo de Actuação Saúde Infantil e Juvenil*. Orientações Técnicas 12 – Lisboa, DGS.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2005-2010*. Lisboa, DGS.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2007). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa, DGS.

EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE (2004, June). *Priorities for Child Safety in the European Union: Agenda for action*. Amsterdam: E Consumer Safety Association (ECOSA).

FLORENTIM, Ricardo (2007, Dez). Gestão pela Qualidade nos Serviços de Saúde. In: *Dirigir*. Lisboa. N.º 100.

FORTIN, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

FRAGATA, José; MARTINS, Luís (2004). *O erro em Medicina*. Coimbra: Almedina.

FRAGATA, José (2009). Gestão do Risco. In: CAMPOS, L; BORGES, M e PORTUGAL, R. *Governança dos Hospitais*. Alfragide. Casa das Letras. p.75-105.

GASPAR, Isabel, WESTWOOD, Isabel (2010, Janeiro). Dia mundial do doente. *Jornal do Centro*, Nº47. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental EPE. pp.10.

HENDRICH, Ann (2006). Inpatient falls: lessons from the field. In: *Patient Safety e Quality Healthcare*. (Mai/Jun), p. 26-30.

HILL-RODRIGUEZ, Deborah et al (2009, Jan). The Humpty Dumpty Falls Scale A Case-control study. In: *JSPN*, vol. 14, nº 1. Pp.22-32.

International Quality Indicator Project - IQIP (2005). Indicator 13: falls - UK QIP Newsletter. *University of Newcastle*. United Kingdom. (Autumn 2005).

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN, 2002). *Patient Safety position statement*, 2002. Recuperado em 2010, Outubro 15 de <http://www.patientsafety.org.uk/pspatientsafe.htm>

JACOBS, P (1974). A Survey of Economic Models of Hospitals. *Inquiry* 11 (2). p. 83-97.

KHAMBALIA, A, JOSHI, P, BRUSSONI, M, RAINA, et al (2006). Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0–6 years: a systematic review. In: *Injury Prevention*. 12. Pp.378–385.

KEROUÁC, S (1994). *La pensée infirmière*. Editions Malouine

LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Lei nº48/90 de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*. I Série. Nº 195. (1990-08-24). p.3452- 3459.

MEZONO, João Catarin (2001). *Gestão de Qualidade na Saúde: princípios básicos*. Brasil: Manole.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. Recuperado em 2011, Janeiro 10 de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/arquivo/hospitais+consulta.htm>

MORSE, J. M. (2002). Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. In: *American Journal of Infection Control*. Vol 30 (6). p. 376-380.

MURRAY CJL, Lopez AD, eds (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press.

NOLAN, T. (2000) *Systems changes to improve patient safety*, BMJ, 2000; 320: 771-773.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) (2006). *Relatório Primavera 2006 – Um ano de Governação em Saúde: sentidos e significados*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEIS, UC). Disponível em www.observaport.org.

OLIVER, D. (et al.) (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. In: *Age and Ageing*. Vol. 33, nº 2, p.122-130.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. *Ordem dos Enfermeiros*. 8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005). Segurança do doente. *Ordem dos Enfermeiros*. 17, p. 1-64.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. *Ordem dos Enfermeiros*.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). Tomada de posição sobre a Segurança dos Doentes. *Ordem dos Enfermeiros*.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Países Europeus querem reformar sistemas de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*. 30, 2008, p. 55-58.

PAYSON, C. & HAVILEY, C. (2007). *Patient Falls Assessment and Prevention*. Global Edition. ISBN: 978-1-60146-078-3. Recuperado em 2011, Março 15, de http://www.hcmarketplace.com/supplemental/3663_browse.pdf.

PISCO, Luís (2001, Out). Perspectivas sobre a Qualidade na Saúde. In: *Qualidade em Saúde*. Lisboa. Nº 5, p.4-7.

PISCO, Luís (2001, Jun). Qualidade na prestação de cuidados de saúde. In: *Ordem dos Enfermeiros*. Nº 3, p. 36-38.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette (1995). *Fundamentos para a pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas.

PORTUGAL. Ministério da Saúde (1991) – Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, “*Carreira de Enfermagem*”, Diário da Republica n.º 257, I Série, 91.11.08.

RAZMUS ET AL, Ivy, WILSON, David, SIMTH, River e NEWMAN, ElanA (2006, Nov-Dec). Falls in Hospitalized Children. In: *Pediatric Nursing*. Vol 32. Nº 6. Pp.568-572.

REASON, James (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320, p.768-770. Recuperado em 2010, Outubro 30 de <http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform>.

RIBEIRO, O; [et al] (2008). *Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Recuperado em 2011, Fevereiro 12 de [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade dos %20cuidados %20de %20saude.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade%20dos%20cuidados%20de%20saude.pdf)

ROY, Callista (2001). *Teoria de Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget – Divisão Editorial.

SARAIVA, D. et al (2008). Quedas indicador da qualidade assistencial. In: *Revista Nursing*, nº 235, p.28-35.

SOUSA, Paulino (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau.

TOMEY, A; ALLIGOOD, M (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Loures: Lusociência.

WARDA, Lynne MD (2004). Is your hospital safe for children? Applying home safety principles to the hospital setting. In: *Paediatr Child Health*. 9 (5). Pp.331-334.

WATSON, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

WHO (2005) *European strategy for child and adolescent health and development*. Geneve: WHO.

WHO (2008). *Falls*. Geneve: WHO. Recuperado em 2011, Janeiro 12, de www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en.

ANEXOS

ANEXO I – Documento de Aquisição da Escala

**ANEXO II – Escala de Avaliação de Risco de Queda
de Crianças Hospitalizadas Humpty Dumpty**

ANEXO III – Plano de Formação

ANEXO IV – Pedido de Autorização Comissão de Ética CHLC-EPE

