



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

**Caracterização e Impacte das Quedas de
Doentes, como Indicador de Qualidade,
num Hospital E.P.E.**

V Curso do Mestrado de Gestão em Saúde 2009/2011

Discente: Magda Cristina Ferreira Nogueira Costa Duarte

Orientador: Prof. Doutor Paulo Sousa

Lisboa, 1 de Agosto de 2011

Agradecimentos

Queria agradecer toda a disponibilidade, orientação, colaboração e apoio do Prof. Doutor Paulo Sousa, que me motivou e tornou possível a realização deste trabalho que se tornou um verdadeiro desafio e uma experiência valiosa e gratificante.

Também queria agradecer à Enf.^a Directora Paula Luís a oportunidade de realizar este trabalho bem como a disponibilidade, o apoio e a ajuda no mesmo por parte da Enf.^a Maria José Maia, Enf. Carlos Silva, Enf.^a Cristina Nunes e Enf.^a Luísa Manso, sem eles não seria possível a concretização desta etapa.

Agradeço aos meus familiares, amigos e colegas que me ofereceram apoio e atenção de modo incondicional.

Por último, retribuo com enorme afecto o tempo, a paciência, a tolerância, a ajuda e a motivação demonstrados pelo meu namorado João do Carmo.

A todos a minha maior gratidão.

“ (...) A qualidade dos cuidados está directamente relacionada com a situação vivida por pessoas que se encontram e que caminham juntas, umas recebendo cuidados e outras, prestando-os. São múltiplos os factores determinantes, uns controláveis outros não, que vão interagir e influenciar o resultado obtido (...).”

(BOLANDER, 1998)

RESUMO

Introdução

As quedas dos doentes são um dos principais eventos adversos que podem ocorrer em contexto hospitalar, levando por um lado, ao aumento de encargos económicos e sociais, e por outro a consequências físicas e psicológicas nos doentes e respectiva família. Para a sua prevenção, é necessário investir na segurança do doente através de uma avaliação e consequente gestão do risco de quedas. Este trabalho insere-se na estratégia de melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

Objectivos

Avaliar em que medida o formulário existente responde às actuais necessidades de gestão do risco de quedas e suas consequências. Por outro lado, com base numa extensa revisão da literatura nacional e internacional, e tendo em conta as dinâmicas de qualidade e segurança do doente que têm sido criadas no hospital em estudo, propor um formulário mais eficaz que permita responder aos desafios que se colocam nos dias de hoje.

Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo exploratório assente no paradigma quantitativo. A população do estudo foi constituída por 98 doentes que sofreram quedas durante o internamento no ano de 2010, num hospital E.P.E. (Entidade Pública Empresarial)

Conclusão

As quedas ocorreram mais frequentemente em indivíduos do sexo masculino com doenças cérebro-vasculares e infecciosas, sendo que na maioria das vezes não resultaram em consequências graves. O formulário que aqui se recomenda tem a vantagem de ser informatizado e caracterizar aspectos relacionados com os custos.

Palavras-Chave: Qualidade; Segurança do Doente; Gestão do Risco; Quedas; Factores de Risco; Prevenção;

Introduction

Falls of patients are one of the main adverse events that may occur in a hospital context, leading on the one hand, to an increase of economic and social burden, and, on the other hand, physical and psychological consequences for patients and their families. For its prevention, we need to invest in patient safety through an assessment and consequent management of the fall risk. This work is inserted in the strategy to improve the Patient safety and the quality of health care.

Objectives

To assess the extent to which the form responds to current needs of managing the fall risk and their consequences. On the other hand, on the basis of an extensive review of national and international literature, and taking into account the dynamics of quality and safety of the patient that are created at the hospital in study, to propose a form more efficient in order to respond to the challenges that we face nowadays.

Methodology

It was an exploratory descriptive study based on the quantitative paradigm. The population study was constituted by 98 patients who had suffered falls during hospitalization in the year 2010, in a hospital E.P.E.

Conclusion

Falling occurred more frequently in male individuals with cerebral-vascular and infectious diseases, and in most of the time, falls have not resulted in serious consequences. The form recommended here has the advantage of being computerized and characterize aspects related with costs.

Key-words: Quality; Patient Safety; Risk Management; Falls; Risk Factors; Prevention;

ÍNDICE

1.Introdução.....	9
2.Estado de arte	11
2.1.Importância da segurança do doente e da qualidade em saúde.....	11
2.2. Indicadores de qualidade em saúde.....	14
2.2.1. As quedas como indicador de qualidade.....	16
2.3. Gestão do risco clínico e segurança do doente.....	18
2.4.Importância do cuidar numa relação de ajuda.....	20
2.5.Quedas de doentes em contexto hospitalar	22
2.5.1.Tipos de quedas.....	23
2.5.2. Factores associados às quedas.....	25
2.5.3.Consequências das quedas	27
2.5.4.Escalas de avaliação do risco de quedas	30
2.5.4.1 Caracterização da escala de Morse.....	31
2.5.5.Importância do formulário utilizado pelo hospital no registo de quedas.....	32
2.6 Dimensão do problema das quedas—importância do fenómeno em estudo.....	34
2.7 Medidas preventivas para as quedas.....	37
3.Metodologia.....	40
3.1.Tipo de estudo.....	40
3.2.População	42
3.3.Instrumento de recolha de informação e análise dos dados.....	43
3.4.Implicações éticas.....	44

4. Apresentação e discussão dos resultados.....	46
4.1. Apresentação descritiva dos resultados	46
4.1.1. Características demográficas.....	47
4.1.2. Distribuição das quedas por tipologia clínica.....	48
4.1.3. Distribuição das quedas por aspectos do doente.....	52
4.1.4. Distribuição das quedas mediante aspectos físicos.....	57
4.1.5. Características respeitantes às consequências das quedas.....	59
4.2. Discussão dos resultados.....	60
5. Limitações do estudo.....	66
6. Conclusão.....	67
7. Bibliografia.....	69
8. Anexos.....	76
Anexo 1: Formulário existente “Registo de Quedas”	77
9. Apêndices.....	79
Apêndice 1: Pedido de autorização do hospital E.P.E.	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentagem de quedas por sexo.....	47
Gráfico 2 -Percentagem de quedas por idade.....	47
Gráfico 3 - Percentagem de quedas por serviço.....	48
Gráfico 4 - Percentagem de quedas por área clínica.....	49
Gráfico 5 - Percentagem de quedas por diagnóstico.....	50
Gráfico 6 - Percentagem de quedas segundo sintomatologia.....	51
Gráfico 7 - Percentagem de quedas por estado de consciência.....	52
Gráfico 8 - Percentagem de quedas por medicação mais relevante do doente.....	53
Gráfico 9 - Percentagem de quedas associado a imobilização do doente.....	54
Gráfico 10 - Percentagem de quedas por grau de dependência.....	55
Gráfico 11 - Percentagem de quedas segundo tipo de ajuda.....	56
Gráfico 12 - Percentagem de quedas por turno.....	57
Gráfico 13 - Percentagem de quedas segundo local de ocorrência.....	58
Gráfico 14 - Percentagem das consequências das quedas.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma – Avaliação do risco de queda.....	63
-----------------------------------------------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de Morse	31
Quadro 2 - Novo formulário de “Registo de Quedas”.....	64

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do V Curso do Mestrado de Gestão em Saúde 2009/2011, com vista à obtenção do grau de Mestre propôs-se a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Caracterização e impacte das quedas de doentes, como indicador de qualidade, num Hospital E.P.E.”

A *National Patient Safety Agency* (2007) refere que as “ quedas de doentes acarretam custos humanos e financeiros”, por outro lado, a mesma fonte alerta para “ (...) consequências que podem ir desde o stress e perda de confiança, até lesões que podem causar dor e sofrimento, perda de independência e, ocasionalmente, a morte”. Todos estes acontecimentos levam, na maioria dos casos, a que os doentes permaneçam mais tempo internados e sejam realizados exames de diagnóstico adicionais que comportam custos elevados e desnecessários se fossem aplicadas medidas preventivas para as quedas de doentes.

Decesaro e Padilha (2001) referem que é da responsabilidade do enfermeiro zelar pela segurança do doente hospitalizado, sendo que este tem de estar atento para prevenir a ocorrência de quedas durante o seu turno, pois o acontecimento de um evento indesejável, com desfecho prejudicial para o doente pode ou não ser consequência de falha do profissional responsável. Muitos episódios de quedas são atribuídos ao meio envolvente do doente, como por exemplo, piso escorregadio, falta de segurança nas camas e macas, entre outros.

Na minha vida profissional, o número de quedas é utilizado como indicador de qualidade ligado aos serviços de enfermagem, e como tal é um assunto de extrema importância para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência e na melhoria da qualidade de um serviço ou Instituição de Saúde.

Santos Laraña et al (2007) salientam que a importância do tema – quedas - é tal, que a segurança do doente se converteu numa estratégia prioritária nas políticas da qualidade, adoptada também por diversos organismos internacionais como a *Organização Mundial de Saúde*.

Por outro lado, para se proceder à avaliação do risco de quedas existem diversas escalas aplicadas pelos hospitais, a mais amplamente utilizada é a Escala de Morse. No hospital em estudo, desde o ano 2011, é adoptada esta escala como experiência piloto. Este é um sistema de estratificação do risco para avaliar e hierarquizar a probabilidade de um doente cair.

Desde 2005, que neste hospital é utilizado um formulário denominado “*registo de quedas*”, sendo preenchido à priori sempre que os doentes sofrem quedas. Este formulário constituirá no futuro um complemento à escala de Morse, sendo uma excelente ferramenta para a gestão efectiva do risco de quedas.

De uma forma geral pretende-se com este trabalho contribuir para a segurança do doente através de uma avaliação e conseqüente gestão do risco de quedas. Tendo em conta que naquele hospital já utilizam um formulário para a caracterização das quedas, constituem objectivos deste trabalho:

I) avaliar em que medida o formulário responde às actuais necessidades de gestão do risco de quedas e analisar as suas conseqüências;

II) com base numa extensa revisão da literatura nacional e internacional e, tendo em conta as dinâmicas de qualidade e segurança do doente que estão criadas no hospital, propor um formulário mais efectivo e que vá de encontro aos desafios do hospital a este nível.

Por outro lado, propõe-se como objectivos específicos:

- Sistematizar alguns princípios, dimensões e conceitos sobre qualidade, segurança do doente e gestão do risco;
- Reconhecer diferentes tipos de quedas;
- Identificar factores intrínsecos e extrínsecos relacionados com quedas de doentes;
- Avaliar algumas das conseqüências associadas às quedas;
- Propor um conjunto de acções/estratégias para a prevenção de quedas.

O trabalho realizado encontra-se estruturado em três fases: a primeira - **a fase conceptual** - constituída por uma extensa revisão da literatura nacional e internacional do fenómeno em estudo, fase que será desenvolvida seguidamente; posteriormente - **a fase metodológica** - onde se identifica a abordagem e o tipo de estudo, bem como a população e ainda o instrumento de recolha de informação e análise de dados; sucedendo-se - **a fase empírica** - onde consta a análise da discussão do fenómeno em estudo e se evidenciam as conclusões do trabalho. Por último, é feita uma abordagem às limitações do estudo e são delineadas algumas sugestões, seguindo-se as referências bibliográficas que constituíram a fonte teórica deste trabalho de investigação.

2. ESTADO DE ARTE

2.1. Importância da Segurança do Doente e da Qualidade em Saúde

A preocupação com a temática da qualidade em serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde em geral. Deste modo, a gestão pela qualidade assume um papel fundamental na área da saúde, caracterizando-se, sobretudo, pela focalização nos utilizadores, excelência, efectividade e eficiência dos serviços.

Donabedian (1980) sugere que qualidade em saúde “ é um tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização de bem-estar do doente, depois de ele tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde”.

Também a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* refere que qualidade em saúde é o “modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentando a possibilidade de obter os resultados desejados, reduzem a possibilidade de obtenção de eventos adversos”. (Batalden et Stoltz, 1993)

O *Department of Health* (2000) cita que a qualidade não é mais do que “ fazer o que é correcto (o quê?); à pessoa correcta (a quem?); no momento correcto (quando?); e bem à primeira”.

De uma forma geral, a qualidade é uma “ situação em que os cuidados prestados devem atingir o balanço mais favorável entre riscos e benefícios, conferindo aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas”, segundo Pisco (S/D), coordenador nacional da *Assessing and Monitoring Organisational Quality in the Health Centres*.

Neste sentido, a avaliação da qualidade pode ser realizada através do desenvolvimento de indicadores que irão medir o desempenho actual de componentes de estrutura, de processo ou de resultado, e compará-los a padrões

desejados. Se os componentes estiverem em conformidade tem-se um sistema considerado de qualidade. (*Organização Mundial de Saúde, 2004*)

Igualmente Delgado (2009) refere que “ a qualidade dos cuidados em Saúde pode ser abordada segundo três diferentes perspectivas: a) da estrutura; b) do processo; c) dos resultados. Inclui-se na primeira, o conjunto de condições para que a prestação de cuidados possa ter qualidade (as infra-estruturas, os recursos humanos e materiais e a organização). No processo estão incluídos todos os procedimentos de natureza clínica e social que interagem directa ou indirectamente com o doente. Os resultados traduzem o impacte que as condições e os processos têm na vida dos doentes: a cura, a reabilitação, a satisfação, as sequelas, as deficiências, a insatisfação e a morte.”

Por outro lado, Serranheira et al (2009) referem que “é habitual abordar as componentes relativas à segurança do doente no contexto dos aspectos relacionados com a qualidade em saúde, designadamente, a qualidade da prestação de cuidados de saúde. De facto, considerando a globalidade de qualquer sistema da qualidade é possível compreender e aceitar que a segurança do doente se aí insira.”

Como tal, não se pode descurar a importância destes dois termos, qualidade e segurança do doente.

Sousa, Furtado e Reis (2008) também salientam este facto dizendo que “ segurança do doente é reconhecida, actualmente, como uma importante componente da qualidade dos cuidados em saúde. Hoje em dia existe uma substancial evidência sobre as consequências da segurança dos doentes, ou a sua ausência, nas organizações de saúde, nos seus empregados e especialmente nos pacientes/clientes. A falta de segurança do doente pode resultar: a) falta de confiança nas organizações de saúde e nos profissionais, deteriorando a relação entre doentes e profissionais; b) aumento de custos económicos e sociais; e c) redução da possibilidade de alcançar resultados esperados. Assim, estas consequências também têm um impacto na qualidade dos cuidados em saúde.”

Assim sendo, Serranheira et al (2009) narram que “a segurança do doente é presentemente uma área de extrema importância no contexto da prestação de

cuidados de saúde em hospitais e outras unidades de saúde. O seu objectivo major é a evicção da ocorrência de problemas (ou acontecimentos adversos), resultantes de: (1) condições latentes do ambiente de trabalho ou (2) de erros humanos, que possam originar incidentes e/ou acidentes, com consequências negativas e/ou danos para a segurança e/ou saúde do doente.”

Também Pedroto (2008) nos dá um significado do termo segurança do doente que não é “(...) mais do que a simples ausência de erros”, tendo “ (...) múltiplas dimensões: o reconhecimento de que a saúde é um Sistema complexo e de elevado risco; as soluções devem ser procuradas num contexto sistémico e organizacional; um conjunto de processos que identifica, avalia e minimiza os perigos numa dinâmica de melhoria continua; e por último os resultados manifestam-se pela minimização dos perigos/riscos com diminuição do dano”.

Conforme a mesma autora “a qualidade e segurança são prioritários no plano estratégico”.

Assim, Serranheira et al (2009) concluem, citando o *Institute of Medicine* (USA, 2001), que “ a segurança do doente deu origem a uma profunda transformação na forma como a qualidade passou a ser encarada nos serviços de saúde e nos hospitais. No essencial, a qualidade da prestação de cuidados de saúde necessita ser, nessa perspectiva, segura, efectiva, centrada no doente, atempada, eficiente e universal. A segurança do doente é o suporte, a base sobre a qual todos os aspectos da qualidade em saúde e da qualidade da prestação de cuidados de saúde devem ser erigidos”.

2.2. Indicadores de Qualidade em Saúde

O alcance da qualidade pelos serviços de saúde, deveria ser uma atitude colectiva, tornando-se um diferencial técnico e social necessário para atender às necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente. (Tronchin et al, 2006)

É do conhecimento geral que a saúde é uma área complexa, onde o risco é inerente à sua actividade, obrigando a medições constantes e variadas, devendo-se por isso criar indicadores para o efeito. (Tronchin et al, 2006)

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (1992), “indicador é uma unidade de medida de uma actividade com o qual se está relacionado, ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregue como um guia para monitorizar e avaliar a assistência e as actividades de um serviço.”

Por outro lado, Tronchin et al (2006) referem que “indicadores são dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e a organização como um todo.”

Corrêa (2009) salienta que “indicadores são instrumentos elaborados e usados para avaliar o cumprimento dos objectivos e metas.”

Também importa salientar que os indicadores são instrumentos reguladores da qualidade e assistência, que obedecem a padrões estabelecidos e periodicamente revistos, tendo por base componentes da organização como a estrutura, o processo e o resultado. A primeira relaciona-se com a situação da organização de saúde como a área física; os recursos humanos, materiais e financeiros; e o modelo organizacional. Processo é todo o relacionamento entre os profissionais de saúde e os doentes, desde a procura por cuidados de saúde até diagnóstico e tratamento. O resultado são os efeitos obtidos da procura de cuidados de saúde. (Teixeira et al, 2006)

Bittar (2001) também utiliza os conceitos de estrutura, processo e resultados para facilitar o entendimento da monitorização dos indicadores. A primeira define-se como a parte física de uma instituição, os seus funcionários, equipamentos, móveis e

aspectos relativos à organização. Processos são actividades relacionadas com os cuidados a um doente, frequentemente ligadas a um resultado, sendo que estes são demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de factores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao doente depois de uma prestação de cuidados na instituição.

Os atributos necessários para os indicadores são: a validade, a especificidade, a simplicidade, a objectividade e o baixo custo. (Bittar, 2001)

Assim, a aplicação de indicadores, nos diferentes cenários permitirá a comparabilidade interna e externa das instituições com relação aos seus processos de trabalho, subsidiando, dessa forma, a tomada de decisão e a avaliação desses serviços por parte dos seus gestores. (Tronchin et al, 2006)

Na minha vida profissional, Florence Nightingale foi a primeira enfermeira a reconhecer a importância dos registos relativos aos cuidados de saúde e a formalizar um processo de recolha para o conhecimento e frequência das doenças e danos à saúde. Por isso, o crescimento e o desenvolvimento de novas tecnologias, que gradualmente foram incorporadas às actividades diárias na área da saúde, tornaram-se um desafio para os profissionais que, por um lado, facilitam o trabalho, mas por outro impõem a necessidade de informações actualizadas. (Corrêa, 2009)

Por outro lado, observa-se uma população cada vez mais consciente dos seus direitos, exigindo serviços de saúde de qualidade. A enfermagem inserida neste contexto reconhece a necessidade de evidenciar a sua prática através de resultados, e uma das formas encontradas é a monitoração dos indicadores de qualidade de enfermagem. (Corrêa, 2009)

De uma forma geral, existem alguns indicadores de qualidade de enfermagem, também utilizados pelo hospital em estudo, salientando-se a incidência de úlceras de pressão, de flebites e a mais importante para este trabalho de investigação, a incidência de quedas de doentes.

2.2.1. As quedas como Indicador de Qualidade

A avaliação do cuidado de enfermagem por meio de indicadores pode ser utilizada no sentido de reforçar o desejo natural dos profissionais de saúde em melhorar o cuidado, ao mesmo tempo que funciona como uma forma de compreender a qualidade deste cuidado. (Vituri et al, 2008)

Segundo Cintra et al (2010), a construção de indicadores de qualidade para a avaliação de serviços de enfermagem nas instituições hospitalares envolve toda uma gestão de estrutura de elaboração de indicadores que requerem a procura de eixos condutores e apontem para a necessidade de se considerar os seguintes aspectos:

- I) as políticas assistenciais, educacionais e gestão em saúde;
- II) a missão e a estrutura organizacional;
- III) os programas e as propostas de trabalho das instituições de saúde;
- IV) os recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis;
- V) as expectativas dos doentes.

Por outro lado, existem alguns indicadores de qualidade de enfermagem, como já foi referido. No entanto, para o presente trabalho, importa salientar o indicador - quedas de doentes – uma vez que é o fenómeno em estudo.

Segundo Moura et al (2009), o indicador incidência de quedas tem como uso e funções analisar as variações geográficas na distribuição da incidência das quedas, identificando áreas e grupos de maior risco para a ocorrência das mesmas e também pretende orientar medidas de intervenção.

Uva e Sousa (2011) apontam as quedas de doentes como a razão principal de uma lesão ocorrida durante o internamento, num estudo científico.

Também Diccini et al (2008) salientam que as quedas são o evento adverso mais comum entre os pacientes hospitalizados, contabilizando um total de 70%.

Reis et al (2004) referem que a incidência de quedas diminuiu, uma vez que houve uma monitorização e avaliação deste indicador permitindo a adequação de estratégias.

Assim, torna-se imprescindível a avaliação do indicador incidência de quedas, uma vez que permite aos enfermeiros um processo de tomada de decisão na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e na segurança do doente.

2.3. Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente

A gestão do risco clínico é um tema bastante interessante de analisar, tendo em conta o fenómeno em estudo.

Segundo Fragata (2009) “corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação de cuidados de saúde, mediante a identificação prospectiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela actuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. Esta tem como duplo objectivo limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando).”

Conforme a *Joint Commission Accreditation on Healthcare Organizations*, citado por Machado (2004) vem similarmente definir-nos gestão do risco clínico como “ as actividades clínicas e administrativas que as organizações de cuidados de saúde levam a cabo para identificar, avaliar e reduzir o risco de lesão e perda para os pacientes, o pessoal, os visitantes e a própria instituição”.

Também Martins (2009) refere, citando Dickson, que a gestão do risco “é um mecanismo que permite a exposição ao risco, permitindo-nos reconhecer os eventos que podem resultar em consequências danosas no futuro, a sua severidade e como podem ser controlados”.

Por outro lado, Machado (2004) também refere que os “programas de gestão de risco clínico implicam: a identificação de acontecimentos passíveis de gerar perdas e das áreas clínicas com mais possibilidades de apresentar riscos; estabelecer os riscos a analisar e a responder prioritariamente; e a determinação dos factores geradores de risco, a implementação de medidas preventivas efectivas e a monitorização contínua das actividades em questão”.

Igualmente na gestão do risco clínico, segundo Martins (2009), citando a *Organização Mundial de Saúde*, “ (...) a preocupação central é a segurança do doente na prestação de cuidados de saúde. Visa identificar, por um lado, as circunstâncias e possibilidades de colocar os doentes em risco de lesão e, por outro, as acções destinadas a prevenir e controlar esses riscos. O importante é,

precisamente, identificar o risco, avaliar a respectiva frequência e a severidade, reduzir ou eliminar o mesmo e avaliar o que se poupou na redução do risco ou dos custos de eventuais riscos.”

Equitativamente, a segurança do doente de acordo com Fragata (2009) “ (...) deve ser encarada como uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde, sendo a boa gestão do risco clínico crucial para a promoção dessa segurança”.

Assim, “a gestão do risco clínico é um ciclo contínuo, exigindo a vigilância permanente na identificação, prevenção e controlo dos riscos. Esta gestão deve ser vista como meio de fomentar e manter a qualidade dos cuidados prestados. A gestão da qualidade deve estar operacionalmente ligada aos programas de gestão do risco clínico”, segundo Machado (2004), citando Balsamo et Brown.

2.4. Importância do Cuidar numa Relação de Ajuda

Como profissional de saúde, mais concretamente na área de enfermagem e sendo esta vista como uma ciência humana e do cuidar que está sempre a evoluir, isto porque o cuidar requer envolvimento pessoal, moral, social e espiritual do enfermeiro e o comprometimento com o próprio e para com os outros, a enfermagem oferece a promessa da preservação do ser humano na sociedade. Motivo pelo qual é necessário desenvolver conhecimentos e evoluir profissionalmente para que o fenómeno em estudo não ocorra.

Segundo Watson (2002), “a arte do cuidar, começa quando o enfermeiro, com o fim de juntar outro (ou outros) a si próprio com um certo sentimento de cuidar e preocupação, expressa esse sentimento através de certas indicações externas”.

O cuidar, “(...) transcende também o acto, ultrapassando o acto específico de um enfermeiro e produz actos colectivos da equipa multidisciplinar, que têm consequências importantes para o ser humano”, conforme sugere Watson (2002).

Assim sendo, o cuidar não é apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo. Cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. (Watson 2002)

Por outro lado, a relação de ajuda é extremamente importante no cuidar principalmente em enfermagem, uma vez que “(...) estabelece com o utente uma relação que é um encontro entre dois seres humanos. Aquele que ajuda é também ajudado. Neste encontro há sensibilidade, há dor e há fragilidade do outro, o que se traduz por um tipo particular de presença que permite a humanização, o acolhimento e a partilha com o utente.”, segundo Andrade (1997), e que pode dar alguns indícios para a prevenção de quedas.

No mesmo contexto, Evelin Adam, citada por Coutinho et al, (2002), “considera que os cuidados de enfermagem deviam ser sempre prestados no quadro de uma relação de ajuda. A relação em si mesma, não é algo que tenha de ser feito, pois não se trata de uma mera intervenção. A relação é, existe, e é fundamental.”

Collière citada por Andrade (1997) define o cuidar como “ajudar o homem a reconhecer/utilizar o seu potencial humano que lhe permite lidar com os seus

problemas da vida no contexto que lhe é presente. Cuidar é um “acto de vida”, é uma actividade permanente e quotidiana que tem como finalidade permitir que a vida continue e se desenvolva. Cuidar é um acto individual que se presta a si mesmo quando se tem autonomia, mas é também um “acto de reciprocidade” que se presta a toda a pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”

Para prestar cuidados de excelência, é necessário confiança e respeito entre os profissionais de saúde e os utentes/família, e estabelecer uma relação de ajuda, que segundo Andrade (1997) “é aplicada aos cuidados de saúde em que se conserva o seu carácter de respeito e de confiança no homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa.”

Assim sendo, o cuidar em enfermagem deve efectivamente envolver em toda a sua componente uma relação de ajuda. Esta ultrapassa as simples trocas funcionais, é uma ligação profunda e significativa entre os profissionais de saúde e utentes em que se estabelece sempre numa óptica de crescimento e evolução, ou seja, é um verdadeiro cuidado, bem como uma comunicação terapêutica baseada no respeito e na liberdade. (Watson, 2002).

Um outro desafio que se coloca, é a qualidade do cuidar, na medida em que a compreensão do seu significado depende de um conjunto de factores que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais. Neste sentido, a qualidade não pode ser avaliada ou julgada apenas em termos técnicos pelos profissionais de saúde. (Fekete, S/D)

A mesma autora salienta ainda que é preciso reconhecer as preferências individuais e sociais, procurando assim equacioná-las na garantia da equidade. A qualidade do cuidado é um conceito que agrega muitas componentes, dentro das quais se destacam: acessibilidade, eficácia, eficiência e oportunidade.

2.5. Quedas de Doentes em contexto hospitalar

As quedas de doentes em contexto hospitalar deveriam ser um tema de maior apreciação na nossa sociedade e principalmente na segurança do doente, uma vez que são um indicador de qualidade hospitalar, tornando-se relevante abordar este assunto para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Como profissional de saúde, esta realidade está patente diariamente, e para poder dar respostas adequadas e fundamentadas a este tipo de situações, houve a necessidade de abordar, reflectir e explorar este tema.

As quedas são um dos principais acontecimentos indesejáveis que ocorrem em pessoas hospitalizadas, sendo um dos grandes desafios no contexto da segurança do doente. Por outro lado, acarretam para além das consequências físicas e psicológicas, custos económicos e sociais, aumentando o risco de dependência e institucionalização, e contribuindo, assim, para o aumento do tempo de internamento, da demora média, dos gastos com recursos humanos e materiais e na comunidade para uma diminuição significativa da qualidade de vida do doente e família. (Saraiva et al, 2008)

Segundo a *Organização Mundial de Saúde* (2004) entende-se por queda “a consequência de qualquer acontecimento que leve o indivíduo a cair no chão contra a sua vontade”.

Para Studenski (1997), queda é “(...) uma manifestação de um organismo incapaz de lidar com as necessidades actuais no meio em que vive”, ou seja, é um acontecimento inesperado, involuntário caracterizado pela perda ou diminuição do equilíbrio”, também sustentado por Cunha e Guimarães (1989), citado por Saraiva et al (2008) em que a “queda dá-se devido à perda do equilíbrio postural, podendo estar relacionada com a insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura.”

Por último, Santos et al (2003) referem que “a queda não é mais do que a consequência, inevitável, da falência das reacções de correcção do equilíbrio,

incapazes de contrariar o que é a tendência natural na posição erecta por acção da gravidade”.

2.5.1. Tipos de Quedas

De uma maneira geral, vários autores têm apresentado diferentes tipologias de quedas.

Segundo Simpson (2000), as quedas podem classificar-se em:

- I) **Quedas Ocasionais**, quando se encontram relacionadas com os factores extrínsecos associados à situação;
- II) **Quedas Intermitentes ou Intercorrentes**, dão-se quando associadas a alguma doença aguda ou distúrbio passageiro do aparelho circulatório. Este tipo de quedas deixa de acontecer quando se instaura a terapêutica adequada;
- III) **Quedas Recidivantes**, em que se repete uma ou mais vezes no espaço de seis meses. O estado geral costuma ser débil, no entanto não existe uma explicação clínica para as quedas;
- IV) **Casos de Risco**, incluem indivíduos com alto risco de sofrer queda, mas que nunca caíram.

No entanto, Morse (1997) propõe uma tipologia que contempla três modelos de quedas:

- I) **Quedas acidentais**, acontecem em pessoas orientadas no tempo, espaço e pessoa que apresentam uma marcha normal e que caem derivado ao facto de escorregarem ou tropeçarem;
- II) **Quedas não antecipadas**, são aquelas que abrangem um total inferior a 10% que resultam de acontecimentos inesperados e incontrolados pela pessoa, como por exemplo, síncope, convulsões, entre outros. Assim sendo, não se podem prevenir a não ser que haja um diagnóstico da causa física que leva a que ocorra a situação de queda;

III) **Quedas antecipadas**, são as mais frequentes (cerca de 78%), são previsíveis e associados a alterações na locomoção e desorientação da pessoa. Assim, segundo o autor, a prevenção centra-se neste último tipo de quedas em que se torna importante identificar factores de risco e a implementação de medidas protectoras para as mesmas.

Para este trabalho adoptou-se a classificação de Morse (1997) por reflectir melhor a realidade.

2.5.2. Factores associados às quedas

De uma forma geral, a maioria das quedas encontra-se associada a factores intrínsecos e extrínsecos.

A *National Patient Safety Agency* (2007) refere que os “ factores major nas quedas de doentes são: o facto de apresentarem marcha debilitada, apresentarem confusão, serem incontinentes ou utilizarem a casa de banho muitas vezes, já terem sofrido uma queda anterior e doentes que tomem sedativos ou medicação ansiolítica”.

Segundo Saraiva et al (2008), entende-se por factores intrínsecos, os “factores directamente relacionados com próprio indivíduo que incluem: alterações fisiológicas relacionadas com envelhecimento, doenças e efeitos causados pelo uso de fármacos”. Relativamente a questões relacionadas com o envelhecimento temos: diminuição da visão e da audição, distúrbios vestibulares e proprioceptivos, aumento do tempo de reacção a situações de perigo, diminuição dos reflexos posturais, diminuição da sensibilidade dos baroreceptores à hipotensão postural, distúrbios músculo-esqueléticos, marcha senil, sedentarismo, deformidades ósseas, diminuição da capacidade funcional e o aumento da incidência das condições patológicas.

Também Santos et al (2003) definem como factores intrínsecos, as “características inerentes a cada indivíduo resultantes de alterações relacionadas com a idade, doença ou medicação.”

Os mesmos autores reportam ainda que “(...) de todos os factores de risco intrínsecos, a diminuição da força muscular, que está inerente ao próprio envelhecimento, é dos mais importantes. O medo de cair é também um factor relevante que resulta da perda da autoconfiança, da diminuição do nível de actividade física e da qualidade de vida e do medo que o idoso tem de ser incapaz de se levantar após a queda.” Por outro lado, Santos et al (2003) dizem-nos também que outro factor intrínseco de maior relevo para as quedas são “(...) alterações de sono que se caracterizam por uma diminuição do tempo total e da qualidade do sono e por um aumento da sonolência diurna e de insónia nocturna.”

Saraiva et al (2008) referem sucintamente as principais doenças que predispõem às quedas, tendo em conta factores intrínsecos: doenças cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas, osteo-articulares, pulmonares e geniturinárias.

Por último, Brito et al (2001) relatam que medicamentos como diuréticos e outros anti-hipertensores, psicofármacos e anti-parkinsonianos podem propiciar quedas, uma vez que interferem, diminuindo as funções motoras. Também Coutinho e Silva (2002) referem que os bloqueadores de canais de cálcio, benzodiazepinas e vasodilatadores aumentam risco de queda, devido às suas propriedades sedativas e bloqueio alfa-adrenérgico que levam a alterações psicomotoras e hipotensão postural.

Por outro lado, os factores extrínsecos, segundo Saraiva et al (2008), citando Nogueiro (2002), “são factores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais e criam desafios para o indivíduo”, e incluem iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho, ausência de corrimãos em corredores e banheiras, calçado inadequado, roupas largas e compridas, mobiliário inadequado, ausência de tapetes de segurança nas casas-de-banho e ajudas técnicas em mau estado de conservação ou inadequadamente utilizadas.

Também Santos et al (2003) definiram factores extrínsecos que “(...) correspondem aos riscos ambientais e aos factores inerentes à própria actividade.”, em que a estratégia de intervenção centra-se na estrutura que envolve a pessoa.

2.5.3. Consequências das quedas

A segurança do doente deverá ser uma prioridade máxima na melhoria dos cuidados de saúde, para isso será necessário actuar na prevenção tendo em conta as consequências que daí advêm.

Assim sendo, as quedas podem levar a consequências de diferentes naturezas, tais como: física, psicológica e social que afectam a qualidade de vida dos doentes e família.

Segundo Ruipérez e Llorente (1996), citado por Saraiva et al (2008), as consequências físicas das quedas dividem-se em: fracturas, contusões e feridas, hematomas, lesões neurológicas e sequelas de imobilização (associadas a longas permanências no chão). Já as consequências psicológicas, segundo Nogueiro et al (2002), citado por Saraiva et al (2008), costumam ser englobadas sob o nome de síndrome pós queda, que se caracteriza pelo medo de cair, perda da autonomia pessoal, perda da auto-estima, depressão, ansiedade, atitude super protectora de familiares e cuidadores, e alteração dos hábitos de vida. Por último, as consequências sociais de uma queda caracterizam-se pela necessidade de ajuda para as actividades quotidianas; pela mudança de domicílio mediante a impossibilidade de viverem com os vizinhos; pelo aumento do tempo de internamento; pelo aumento dos custos com recursos materiais e humanos; pelo pior prognóstico e diminuição da qualidade de vida para o indivíduo.

Neste sentido, num estudo elaborado por Decesaro e Padilha (2001) foram evidenciadas várias consequências imediatas para o doente que sofreu uma queda, onde se destacam:

- I) traumas teciduais de diferentes intensidades;
- II) colocação ou retirada de terapêutica;
- III) alterações emocionais;
- IV) agravamento do estado clínico;
- V) óbito.

Também Marin et al (2000) noutro estudo referem que as consequências salientadas foram:

- I) abrasões;
- II) contusões,
- III) lacerações;
- IV) fracturas (mais comuns da anca e cranianas);
- V) aumento do tempo de internamento e no custo do tratamento;
- VI) descrença dos doentes face aos tratamentos prestados pelos serviços de enfermagem.

De uma forma geral, Saraiva et al (2008) salientam que quando surge uma queda é fulcral proceder-se à observação e à colheita de dados das circunstâncias que envolvem o acidente, devendo-se realizar uma anamnese e um exame físico específico do doente de forma a se realizar uma análise detalhada que contribua para adequar as intervenções e medidas preventivas. Dada a sua multicausalidade, a abordagem das quedas deve incluir as circunstâncias da queda, o exame físico e a avaliação dos perigos/riscos ambientais. Relativamente à primeira, deve-se identificar:

- I) o dia, a hora e o local;
- II) a actividade realizada no momento;
- III) a associação, se for o caso, com mudança de posicionamento;
- IV) a relação com ingestão alimentar;
- V) o controlo vesical ou intestinal;
- VI) o estado consciência;
- VII) a dor ou lesão provocada pela queda;
- VIII) as quedas anteriores, sua frequência e circunstancias envolvidas.

Relativamente ao exame físico específico, quando ocorre uma queda, segundo a mesma fonte este deve abranger:

- I) avaliação dos sinais vitais;
- II) exame cardio-respiratório (arritmia, síncope, insuficiência cardíaca);
- III) situação neurológica (estado mental, sinais de rigidez, espasticidade);
- IV) sistema músculo-esquelético (deformidades, restrições de movimentos, dor, edema, inflamação);
- V) sinais de trauma oculto (cabeça, coluna, extremidades, tórax e pélvis);
- VI) avaliação do equilíbrio e marcha (instabilidade ao ficar de pé, ao fechar os olhos na posição de pé, ao virar o pescoço para os lados, ao mudar de direcção, dificuldade em sentar-se ou levantar-se, entre outros);
- VII) capacidade funcional/grau de dependência;
- VIII) acuidade visual;
- IX) patologias associadas;
- X) medicação administrada;
- XI) grau de percepção do indivíduo sobre a causa da queda;
- XII) desempenho na realização das actividades de vida diárias.

Finalmente, Saraiva et al (2008) referem que a avaliação dos perigos/riscos ambientais é o último item a ser abordado na caracterização das quedas. Tal avaliação passa por “ identificar potenciais riscos ou perigos no meio envolvente; rácio pessoal / doente; deficiente supervisão das actividades do doente; e características da estrutura física da unidade (iluminação, limpeza, pavimentos, superfícies de apoio, por exemplo).”

2.5.4. Escalas de avaliação do risco de quedas

Para a avaliação e monitorização do risco de quedas existem diferentes tipologias de escalas entre as mais utilizadas e, que já se encontra em experimentação no hospital em estudo, é a escala de Morse. No entanto, existem outras, como por exemplo a escala de Downton e o modelo de risco de quedas Hendrich II.

Quanto à escala de Downton, Machado et al (2009) referem que esta “ determina o grau de susceptibilidade aumentado para as quedas nos idosos (...) enfocando alguns factores presentes nas quedas a fim de poder determinar as suas causas para corrigi-las. Nela estão agrupados os seguintes factores: quedas anteriores, administração de medicamentos, défice sensorial, estado mental e deambulação.”

O modelo de risco de quedas Hendrich II foi desenvolvido para ser usado na prestação de cuidados nos adultos com risco de queda. Mais tarde pretendia-se que fosse validada para a avaliação dos riscos na população pediátrica e obstétrica. Nesta escala eram avaliados factores de risco como: desorientação/confusão, depressão, alterações na eliminação, tonturas e vertigens, administração de terapêutica como anti-epilépticos ou benzodiazepinas, e o nível da mobilidade. Se o resultado fosse igual ou superior a 5, existia um alto risco de queda. (Gray-Miceli, 2007)

A escala de Morse em fase de experimentação no hospital em estudo, é de extrema importância porque contribui para a segurança do doente através de uma avaliação e consequente gestão do risco de quedas.

Segundo Jackson (S/D) é “uma das escalas mais utilizadas em locais de atendimento de casos graves, em hospitais e instituições de atendimento prolongado. (...) Exige a avaliação confiável e sistemática dos factores de risco de queda do doente, aquando da ocorrência de alguma queda, nas mudanças de condição e na alta ou transferência para um novo local.”

Barnett et al (2002) também referem que é “ uma ferramenta/escala que sofreu testes para assegurar a fiabilidade, sensibilidade e precisão. (...) Os resultados mostram que a ferramenta tem uma excelente construção de validade e

sensibilidade. (...) Sendo dos poucos instrumentos de avaliação disponíveis para o uso num ambiente de tratamento de casos agudos”.

2.5.4.1 Caracterização da escala de Morse

A escala de Morse é composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que varia de 0 a 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida, o doente é classificado num nível de risco para a ocorrência de quedas, que pode ser: sem risco (0-24 pontos), baixo risco (25-50 pontos) e alto risco (superior a 50 pontos). A tabela abaixo resume a escala de Morse e será utilizada pelo hospital em estudo.

CRITÉRIOS	ESCALA	PONTUAÇÃO
1. ANTECEDENTES DE QUEDA (ANTERIOR OU NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES)	NÃO	0
	SIM	25
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	NÃO	0
	SIM	15
3. APOIO PARA DEAMBULAR	NENHUM/APOIADO/ACAMADO	0
	CANADIANAS/BENGALA/ANDARILHO	15
	APOIA-SE NO MOBILIÁRIO	30
4. MEDICAÇÃO E/OU HEPARINA EV	SIM	20
	NÃO	0
5. MARCHA	NORMAL/ACAMADO/CADEIRA DE RODAS	0
	DESEQUILÍBRIO FÁCIL	10
	DÉFICE DE MARCHA	20
6. ESTADO MENTAL	CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES	0
	NÃO CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES	15

QUADRO 1- ESCALA DE MORSE (FONTE: MORSE, JM 1997)

De uma forma geral, pretende-se que esta escala seja aplicada na admissão de um doente ou quando ocorrerem alterações do seu estado de saúde, ou alterações durante o internamento que justifiquem uma nova avaliação do risco de queda daquele doente.

2.5.5. Importância do formulário utilizado pelo hospital no registo de quedas

O hospital em estudo, no ano de 2005, redigiu um formulário de raiz/base intitulado “*Registo de Quedas*” (*Anexo 1*), com intuito de aplicá-lo aos doentes que sofreram quedas. Este formulário, utilizado apenas pelo hospital em questão, permitiu identificar alguns factores de risco que contribuíram para as quedas e em certa medida avaliar o impacto das mesmas nos doentes.

O formulário “*Registo de Quedas*” visava vários aspectos onde se destacam:

- I) a identificação do doente que sofreu queda;
- II) o serviço onde ocorreu;
- III) a data do incidente e a hora;
- IV) o diagnóstico do doente;
- V) a sintomatologia associada;
- VI) a informação relevante como a consciência, grau de dependência, movimentação, imobilização e dotação de pessoal no turno da queda;
- VII) a identificação do local da queda (se ocorreu na cama ou maca com as grades levantadas ou não, cadeira de rodas, cadeirão, nos sanitários ou outro local);
- VIII) a identificação da medicação relevante do doente como por exemplo, ansiolíticos, anti-depressivos, anti-coagulantes e anti-histamínicos;
- IX) as consequências e o local das quedas;
- X) a descrição do incidente e a identificação do enfermeiro responsável pelo doente.

De uma forma geral, com base nestes formulários preenchidos é elaborado o relatório anual que permite uma caracterização e avaliação das quedas no hospital em estudo.

Por outro lado, Barnett et al (2002) salientam que por vezes é difícil “ avaliar o risco de um doente cair se no hospital existirem diferentes serviços com especialidades diversas, pois terá de haver um ajustamento/calibragem dos níveis de risco no hospital”. Este poderá vir a ser um problema, mas, será sempre necessário haver uma actualização da escala para cada doente sempre que o profissional de saúde o entender, e associar um formulário de “registo de quedas”, caso ocorra uma queda, com o intuito de caracteriza-la, podendo assim preveni-la, e identificar o doente de elevado risco para a ocorrência de quedas na escala de Morse.

Assim, o que se pretende é avaliar em que medida o formulário responde às actuais necessidades de gestão do risco de quedas e avaliação das suas consequências, com base numa extensa revisão da literatura nacional e internacional, tendo em conta as dinâmicas de qualidade e segurança do doente que estão criadas no hospital em estudo, e propor alterações no formulário existente para que este seja informatizado, de forma a ser uma aplicação rápida e eficaz.

2.6. Dimensão do problema das quedas – Importância do Fenómeno em Estudo

Nos tempos que correm cada vez mais a temática segurança do doente é um assunto fulcral e discutido com o intuito de valorizar cada vez mais as limitações e dependências dos doentes e infra-estruturas para prevenir erros e acidentes.

Como tal, o tema sobre quedas de doentes em contexto hospitalar torna-se imperativamente um tema actual e importante no referido contexto, bem como a nível económico e social.

Saraiva et al (2008) salientam ainda que é “ (...) um importante problema de saúde pública. Além das consequências físicas e psicológicas que acarretam, apresentam custos sociais e económicos enormes, aumentando o risco de dependência e de Institucionalização.”

Os mesmos autores referem que “a promoção da segurança da pessoa hospitalizada, em geral, e a prevenção de quedas, em particular, constitui uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados (...) pelo que se torna fundamental reflectir acerca desta temática”.

Assim sendo, Saraiva et al (2008) alertam que “as quedas são um risco real que acontecem em meio hospitalar e constituem um indicador de qualidade”.

Também Beroiz et al (2007) expõem que “ as quedas das pessoas com maior idade representam uma causa importante de morbilidade e mortalidade (...) e aumentam os gastos tanto a nível hospitalar como familiar”. Como tal, são um “efeito adverso que é preciso evitar, identificando os factores de risco e estabelecendo medidas preventivas.”

Santos et al (2003) dizem que “ as quedas são a primeira causa de morte acidental e a sexta causa de morte no total de mortes por ano, nos indivíduos com idade superior a 65 anos”, tendo “(...) uma incidência importante e consequências significativas em termos de morbilidade e de mortalidade nos idosos (...)”.

De acordo com os mesmos autores, “(...) a frequência de quedas é consideravelmente maior nos idosos hospitalizados ou residentes em lares de

terceira idade, do que nos idosos na comunidade.”, isto pode ser explicado pelo facto de nas instituições se reportarem e registarem as quedas. Também referem que “ aproximadamente 25% das quedas resultam em lesões que levam à imobilidade ou perda de função. Sendo responsáveis pela maior parte das fracturas da anca (...)”, em que “ a qualidade de vida após uma queda diminui drasticamente. Pelo menos 50% dos idosos que eram independentes antes de sofrerem fracturas da anca não recuperam o seu nível de mobilidade pré- fractura”.

De uma forma geral, Santos et al (2003) referem que “as quedas que não resultam em lesões graves, por outro lado, podem ter consequências sérias”.

Conforme o estudo realizado por Beroiz et al (2007) “ 5% das quedas origina lesões graves ou fracturas (...)”.

Os autores Santos Laraña et al (2007) compadecem da mesma opinião referindo que “ (...) um terço das pessoas com mais de 65 anos sofre uma queda anual, percentagem que ascende os 50% nas pessoas com mais de 80 anos”. Também referem que “ (...) é mais frequente em mulheres com mais de 65 anos e em homens com mais de 85 anos”.

Assim Santos et al (2003) também vêm reforçar a ideia de que “ a incidência anual de quedas é de aproximadamente 30% em indivíduos com idade superior a 65 anos e essa incidência aumenta para os 50% acima dos 80 anos de idade, verificando-se, que, de um modo geral, as mulheres caem mais frequentemente que os homens”.

Beroiz et al (2007) salientam no seu estudo vários resultados importantes: “ apenas o factor idade aparece como característica comum”, justificada para a ocorrência de quedas.

Por outro lado, segundo a mesma fonte “ os factores que podem gerar queda estão relacionados com a patologia de base do que com os procedimentos clínicos que afectam o doente”, porém “ os doentes dependentes derivado ao deterioramento cognitivo /mental não condicionam a ocorrência de mais quedas, o que pode ser explicado pelo facto de se encontrarem mais vigiados, dada a sua situação, pela família e pela equipa multidisciplinar, realizando assim menos actividades e as que realizam fazem-nas sobre vigilância da família ou da equipa multidisciplinar.”

Beroiz et al (2007) salientam ainda que os grupos que sofrem mais quedas são os que apresentam doenças do foro respiratório e circulatório, sendo que no horário das 15h às 22h ocorreram menos quedas; assim o turno da manhã e noite são os turnos em que acontecem mais quedas de doentes. Tendo em conta a predisposição dos fármacos para o acontecimento de quedas segundo o turno, pode ser explicado pelo facto de ter sido administrado analgésicos, benzodiazepinas, antiasmáticos e diuréticos principalmente à ceia e antes do pequeno-almoço, potenciando assim a ocorrência de quedas dos doentes principalmente nos turnos da manhã e noite.

Assim sendo, a temática exposta é de extrema importância e um problema que necessita de ser esclarecido, estudado e debatido para a realização e melhoria de medidas preventivas.

2.7 Medidas preventivas para as quedas

Segundo Ramos (2008), deve-se prevenir e monitorizar as quedas de doentes em contexto hospitalar, uma vez que “ a maioria das quedas podem ser prevenidas e a prevenção das quedas do doente é um foco sensível principalmente aos cuidados de enfermagem”. Também deve ser prevenida, segundo a mesma fonte, uma vez que “ (...) as quedas contribuem para a dor, realização de exames complementares de diagnóstico adicionais, incapacidade, risco de complicações, diminuição da qualidade de vida e stress do doente e familiares, aumentando assim os custos, através do prolongamento do internamento e ocupação das camas e podem causar lesões e morte.”

Para Saraiva et al (2008), “(...) o risco de queda aumenta linearmente com o número de factores de risco. Caso se consiga eliminar um factor de risco, a possibilidade de queda também se reduz. Este facto é sobretudo importante para os idosos que, em geral, possuem múltiplos factores de risco (...) estratégias diversas podem ser levadas a cabo para modificar ou eliminar aqueles factores passíveis de actuação, conseguindo-se com isso uma diminuição significativa das quedas”.

Ramos (2008) diz-nos que devem existir acções de melhoria que passam por “ sensibilizar os profissionais de saúde para esta problemática e para a supervisão adequada do doente, mantendo a monitorização deste indicador de qualidade clínica”, assim como “identificar factores de risco ambientais e promover acções para controlo do risco de quedas”. Simultaneamente deve haver “ uma utilização correcta e adequada das imobilizações assim como um ensino/sensibilização ao doente/família para solicitar apoio para os riscos inerentes no hospital e domicilio” e por último e não menos importante a “realização de auditorias clínicas”.

No entanto, Paschoal e filho, citado por Saraiva et al (2008), verbalizam que “ para que as estratégias preventivas tenham sucesso são necessários primeiramente identificarem populações com riscos aumentados, assim como instituir intervenções padronizadas para os diversos factores de risco identificados anteriormente, moldando as intervenções a cada indivíduo ou situação em particular”.

Saraiva et al (2008) referem similarmemente que “ existem quatro componentes da estratégia necessárias para prevenir as quedas que são elas: avaliação e tratamento dos factores de risco intrínsecos; observação e avaliação do equilíbrio da marcha; avaliação da segurança ambiental; e revisão das circunstâncias que estiveram na origem de quedas anteriores.”

A mesma fonte aponta algumas “ (...) directrizes na prevenção de quedas que são elas: orientar o indivíduo sobre os riscos de quedas e suas consequências; fazer uma avaliação global, com medidas correctivas, adequadas, dando ênfase à função cognitiva, ao estado de consciência, à capacidade de executar as actividades de vida diárias; racionalização da prescrição e correcção de doses e combinações inadequadas dos medicamentos; avaliação da visão, audição, mobilidade e nutrição; programação de exercícios físicos visando a melhoria do equilíbrio e da marcha, fortalecimento (...); correcção de factores de risco ambientais (...) como iluminação, estado e caracterização do pavimento, mobiliário, escadas e outros desníveis, suportes de apoio na casa de banho, calçado e vestuário e ajudas técnicas; e medidas gerais e promoção da saúde”.

A *National Patient Safety Agency* (2007) igualmente vem fortificar estas ideias dizendo que se deve “ rever a medicação associada com o risco de queda; detectar e tratar causas de delirium, doenças cardiovasculares, incontinência de esfínteres, problemas de visão; providenciar calçado adequado; fazer fisioterapia, se for caso disso, exercício físico e caminhadas”, tudo no sentido da prevenção de quedas.

Por outro lado, a mesma fonte refere ainda que se deve actuar sobre factores de risco ambientais do hospital como “ a superfície do chão; iluminação, o design das portas e corrimãos e a distância entre as camas, cadeiras (...); mobília e disposição do equipamento médico e o local onde os profissionais de saúde se encontram para poderem observar os doentes”, caso haja intercorrências.

Assim, para Sousa (1999) é “ essencial seleccionar as áreas prioritárias onde se deve actuar, de forma a escolher intervenções adequadas e específicas (...)”, como a identificação de indivíduos de risco, melhorar a autoconfiança e segurança do meio para manter o indivíduo activo e independente na sociedade.

De uma forma geral, este trabalho de investigação pretende enaltecer a crescente importância da segurança do doente nos últimos anos, uma vez que se prestam cuidados cada vez mais complexos a doentes cada vez mais susceptíveis.

“In medicine, as in any profession, we must grapple with systems, resources, circumstances, people – and our shortcomings, as well. We face obstacles of seemingly endless variety. Yet somehow we must advance, we must refine, we must improve”

Gawande (S/D)

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

De uma forma geral, pretende-se com este trabalho contribuir para a segurança do doente através de uma avaliação e consequente gestão do risco de quedas. Partindo da análise do formulário existente para esse efeito, foram definidos os seguintes objectivos: a) avaliar em que medida o formulário responde às actuais necessidades de gestão do risco de quedas e avaliação das suas consequências; b) com base numa extensa revisão da literatura nacional e internacional e tendo em conta as dinâmicas da qualidade e segurança do doente que estão criadas no hospital, propor alterações ao formulário existente de forma a ser mais eficiente.

Assim, tendo em vista a sua consecução, utilizou-se o paradigma quantitativo que segundo Fortin (2000) “consiste em atribuir valores numéricos aos objectos ou acontecimentos segundo certas regras de medida ou correspondência”.

Segundo Polit (1993) na abordagem quantitativa é importante o conceito de controle da pesquisa, sendo que este “(...) busca a eliminação de quaisquer factores contaminadores que possam, de outra forma, obscurecer a relação entre as variáveis de maior interesse.”

Relativamente ao plano de investigação, realizou-se um estudo descritivo exploratório, uma vez que segundo Polit (1993), este estudo “é utilizado para descrever e sintetizar os dados”, em que se pretende compreender melhor a problemática do estudo de investigação através do uso de uma pequena unidade amostral.

Igualmente, Fortin (2000) diz-nos que o objectivo de um estudo descritivo exploratório consiste “(...) em discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo. São procuradas as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno em que o exame dos tipos e dos graus de relações é objectivo neste nível de investigação.”

Segundo o mesmo autor, “as investigações descritivas efectuem-se num contexto exploratório, pois que *a priori* o comportamento das variáveis medidas e as relações que possam existir entre elas são desconhecidas da investigadora”.

3. 2. População

Os utentes do Hospital em estudo caracterizam-se como sendo uma população idosa na sua maioria, com patologias do foro médico-cirúrgico e o hospital caracteriza-se por ser uma instituição muito desenvolvida na área de transplantes hepáticos.

Assim, no contexto do presente projecto de investigação, a população seleccionada foram os doentes de um Hospital E.P.E que sofreram quedas, constituindo um total de 98 pessoas. Nesta sequência, Fortin (2000) diz-nos que população “é um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios”.

Por outro lado, não foi seleccionada uma amostra, pois esta não seria representativa da população em estudo, uma vez que não reflectiria os aspectos típicos da população, levando a que os resultados fossem enviesados.

Assim, como a população apresentada é pequena e o que se pretende é tirar a maior quantidade de resultados para que os objectivos estipulados sejam cumpridos, esta será constituída por 98 pessoas, sendo que estas estiveram internadas, no ano de 2010, no Hospital E.P.E em estudo, do qual sofreram quedas, estando as mesmas registadas no formulário “*Registo de Quedas*”.

Talvez seja oportuno e conveniente esclarecer que o facto de este estudo se limitar à área de Lisboa, se prende com questões de natureza operacional, como a deslocação da investigadora e a limitação de tempo para a execução do estudo, assim como, um conhecimento preexistente dos elementos que constituem a direcção e a dinâmica do hospital em causa, podendo ser um factor facilitador para a realização do estudo.

3. 3. Instrumento de recolha de informação e análise dos dados

Como instrumento de colheita de resultados foi utilizado o formulário “*registo de quedas*”, já referido anteriormente, que apresenta os seguintes itens: dados demográficos, o serviço onde ocorreu queda; a data do incidente e a hora; o diagnóstico do doente; a sintomatologia associada; a informação relevante como a consciência, grau de dependência, movimentação, imobilização e dotação de pessoal no turno da queda; a identificação do local da queda (se ocorreu na cama ou maca com as grades levantadas ou não, cadeira de rodas, cadeirão, nos sanitários ou outro local); a identificação da medicação relevante do doente como por exemplo, ansiolíticos, anti-depressivos, anti-coagulantes e anti-histamínicos; as consequências e o local das quedas; e a descrição do incidente e a identificação do enfermeiro responsável pelo doente.

A informação contida no formulário foi sistematizada numa folha de cálculo do programa Excel, sendo posteriormente feita as respectivas análises.

3.4. Implicações Éticas

Realizar um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o estudo em causa seja sólido, também do ponto de vista ético. Deste modo, Fortin (2000) refere ética como um “conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Perante esta descrição, é necessário ter em conta determinados princípios como o da autonomia, beneficência, não-maleficência e o da justiça. Segundo Serrão e Nunes (1998), um princípio é uma “doutrina ou uma verdade que é a fonte de inspiração ou a direcção para uma acção moral”.

A recolha de dados foi iniciada com o pedido de autorização dirigido ao Conselho Administrativo do Hospital em estudo (*Apêndice 1*), com o intuito de adquirir autorização na obtenção dos dados conhecidos através do formulário “*Registo de Quedas*”.

Relativamente ao princípio ético da autonomia que segundo Serrão e Nunes (1998) “(...) implica o respeito pela liberdade de escolha, independência e auto-determinação do indivíduo, mediante a sua decisão baseada nos seus valores e princípios individuais”, este não foi respeitado, na medida em que a decisão de participar ou não no estudo coube exclusivamente à investigadora, tendo em conta a sua população. No entanto, a Instituição detentora dos dados tinha na sua posse o protocolo do estudo de investigação, contendo todas as informações relativas ao estudo, nomeadamente os objectivos, o instrumento de recolha de informação e análise dos dados, a garantia da privacidade e confidencialidade dos dados obtidos, entre outros.

Serrão e Nunes (1998) salientam que os princípios da beneficência e da não maleficência “(...) implicam que o profissional de saúde deve sempre fazer o bem (beneficência) e não provocar danos (não-maleficência). Em qualquer tomada de decisão na prática dos cuidados, estes princípios devem estar assegurados na sua unicidade”.

O princípio da não maleficência foi assegurado porque se garantiu que qualquer conteúdo revelado que pudesse prejudicar os participantes e até a própria Instituição de Saúde, não seria transcrito, nem mencionado.

Por último, todos os dados obtidos foram tratados igualmente, com respeito e dignidade, tendo sido garantidos os seus direitos durante a realização do estudo, o que assegurou o cumprimento do princípio da beneficência e da justiça, dado que para Serrão e Nunes (1998), “a aplicação da justiça pressupõe a divisão do bem pelos intervenientes, tendo como base a beneficência.” Assim ser justo é pensar nos condicionalismos existentes e saber dar-lhes o melhor fim, agir de forma justa perante os indivíduos, após ponderar sobre as partes envolvidas.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Apresentação descritiva dos resultados

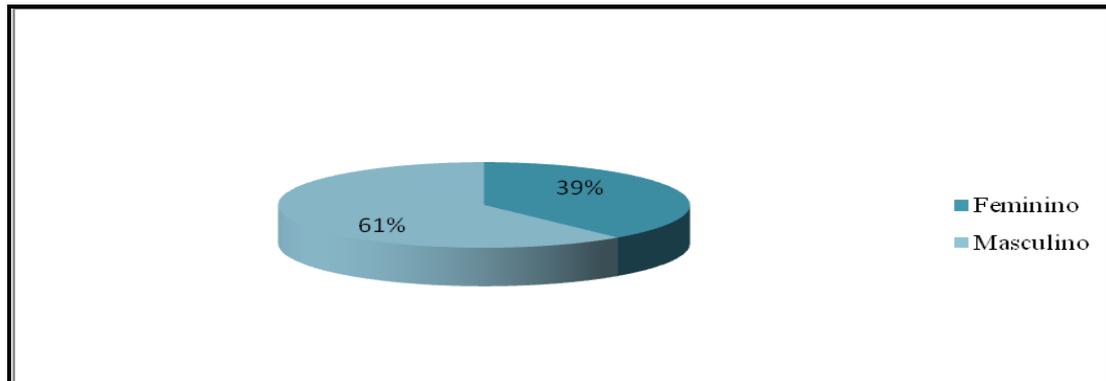
Tendo em conta a população de 98 doentes que sofreram quedas no ano de 2010 foi possível a partir da informação contida no formulário proceder a uma caracterização minuciosa.

Para melhor sistematização dos resultados, agrupou-se os mesmos em 5 áreas:

- I) características demográficas (englobando a percentagem de quedas por sexo e idade);
- II) distribuição das quedas por tipologia clínica (em que fazem parte a percentagem de quedas por serviço, área clínica, diagnóstico e segundo sintomatologia);
- III) distribuição das quedas por aspectos do doente (abrangendo a percentagem de quedas por estado de consciência, medicação mais relevante do doente, associada à imobilização do doente, por grau de dependência e segundo tipo de ajuda);
- IV) distribuição das quedas mediante aspectos físicos (reunindo a percentagem de quedas por turno e segundo local de ocorrência);
- V) Características respeitantes às consequências das quedas (que inclui a percentagem das consequências das quedas).

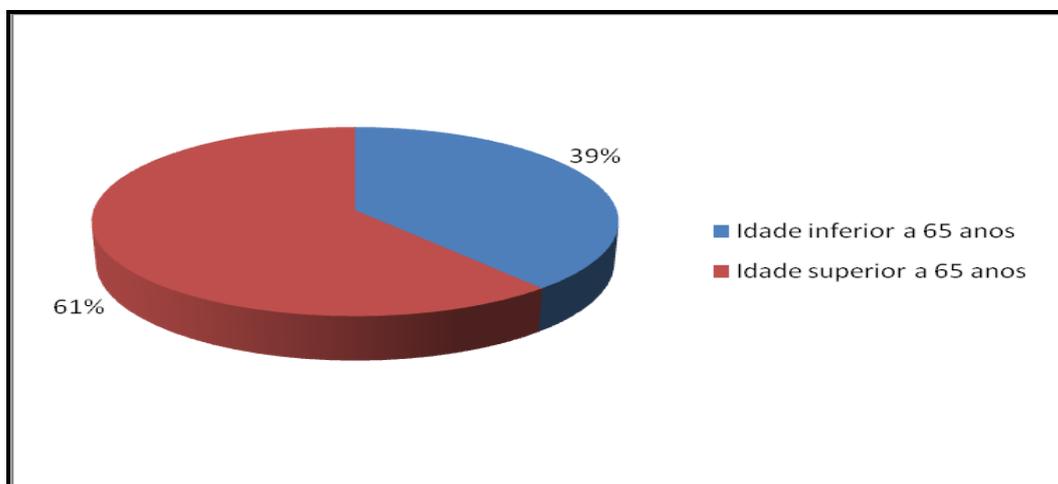
4.1.1. Características demográficas

GRÁFICO 1 - PERCENTAGEM DE QUEDAS POR SEXO:



No gráfico 1, verificou-se que a percentagem de quedas foi significativamente superior nos doentes de sexo *masculino* (61%) relativamente aos do sexo *feminino* (39%). No entanto, para se validar esta diferença teria que se verificar a percentagem de doentes de cada sexo internados no ano de 2010 a nível de todos os serviços do hospital em estudo, para apurar se na população internada haveria um dos sexos que se evidenciasse o que poderia colocar em risco esta estatística.

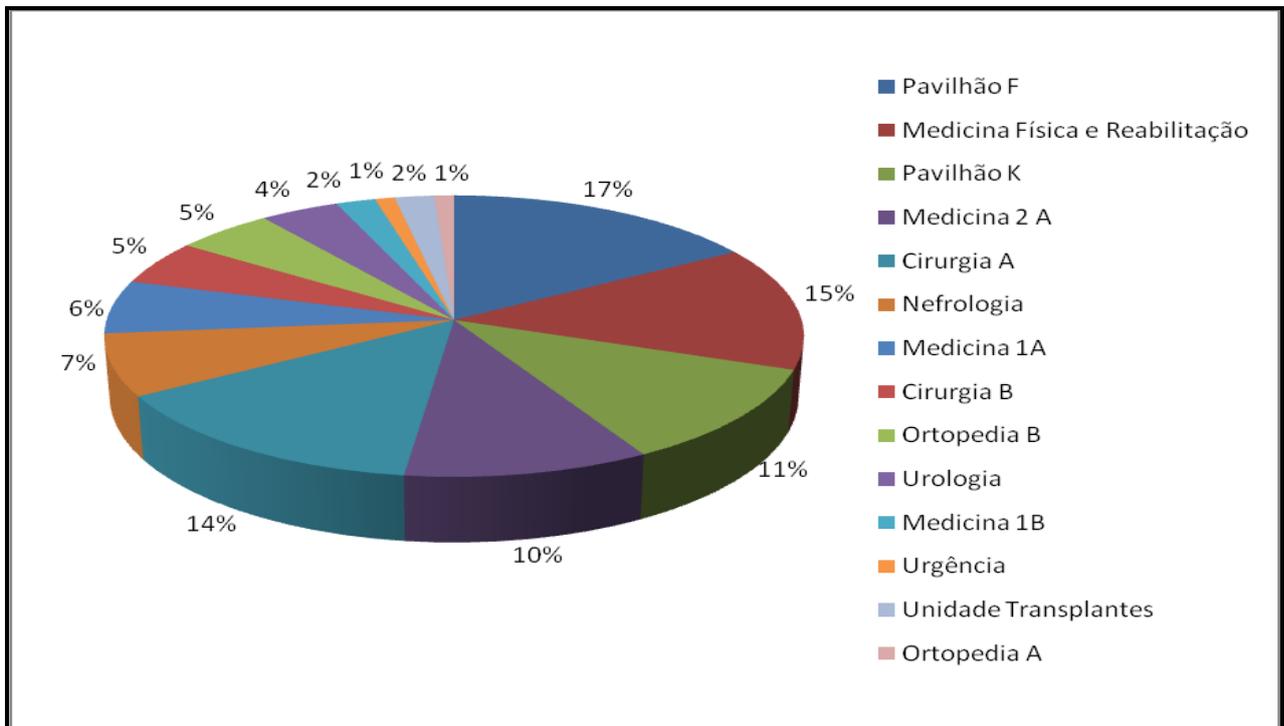
GRÁFICO 2 - PERCENTAGEM DE QUEDAS POR IDADE:



No gráfico 2, pode verificar-se que a maior percentagem de quedas continua a ocorrer maioritariamente nos doentes idosos, isto é, com *idade superior a 65 anos*. O número de quedas aqui referenciado é elevado, o que pode dever-se ao facto de os utentes do hospital em causa serem maioritariamente idosos.

4.1.2. Distribuição das quedas por tipologia clínica

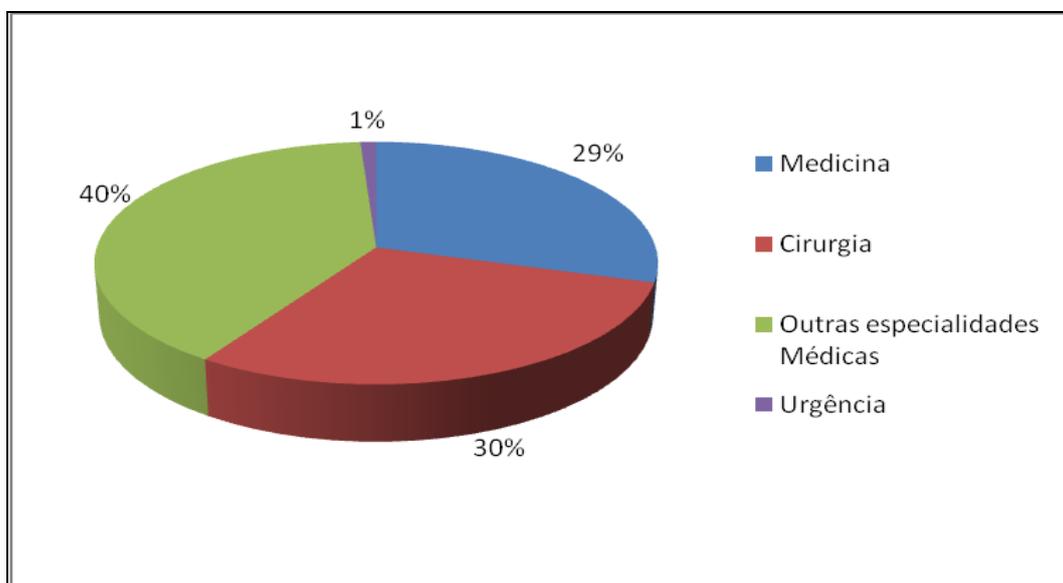
GRÁFICO 3- PERCENTAGEM DE QUEDAS POR SERVIÇO:



No gráfico 3, é possível identificar que os serviços que sinalizaram os episódios de quedas, convertidos posteriormente em percentagem, foram os serviços de internamento de medicina, como por exemplo o *pavilhão F* (17%) – caracterizado como um serviço de doenças infecciosas; o serviço de *medicina física e reabilitação* (15%) – caracterizado como um serviço de medicina em que na sua maioria os doentes apresentam limitações físicas e deslocam-se em cadeiras de rodas, aprendendo a fazer transferências da cama para cadeira de rodas e vice-versa e outras actividades para se tornarem membros mais autónomos na sociedade; a *cirurgia A* (14%) – caracterizado por ter doentes submetidos a todo o tipo de cirurgias quer geral ou ortopédica; e o *pavilhão K* (11%) e a *medicina 2 A* (10%)–

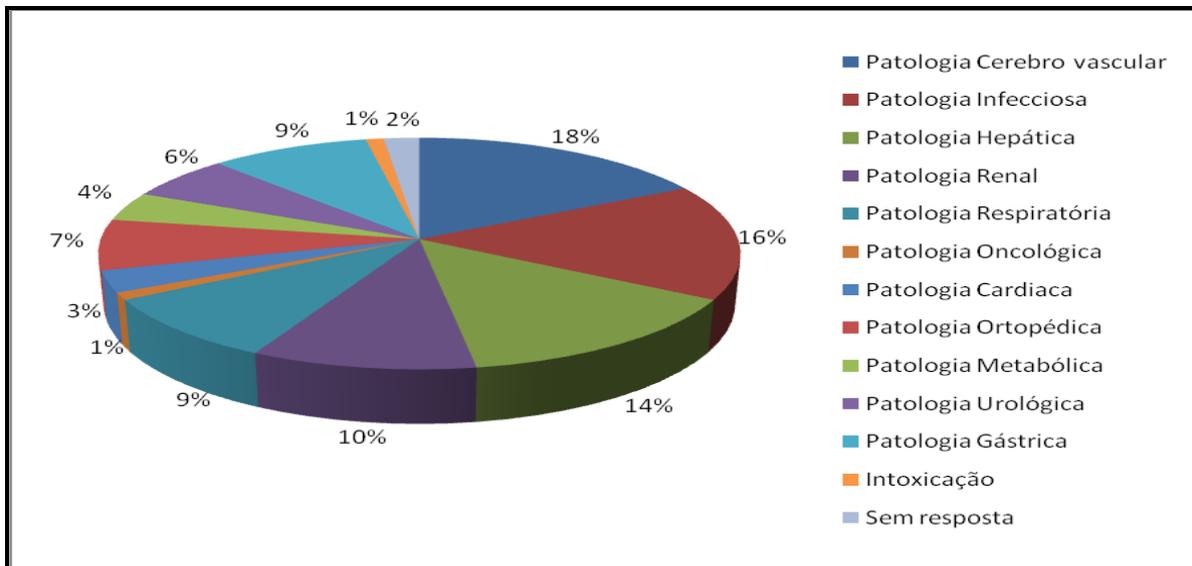
caracterizados como serviços de medicina. No entanto, estes dados foram obtidos a partir dos serviços que sinalizaram as quedas, havendo alguns como por exemplo a *medicina 2 B* – caracterizada como um serviço tipicamente de medicina e a unidade de intervenção vascular – onde doentes são submetidos a intervenções coronárias percutâneas, que não sinalizaram nenhuma queda o que não quer dizer que não tenha ocorrido, no entanto, não foi reportado.

GRÁFICO 4- PERCENTAGEM DE QUEDAS POR ÁREA CLÍNICA:



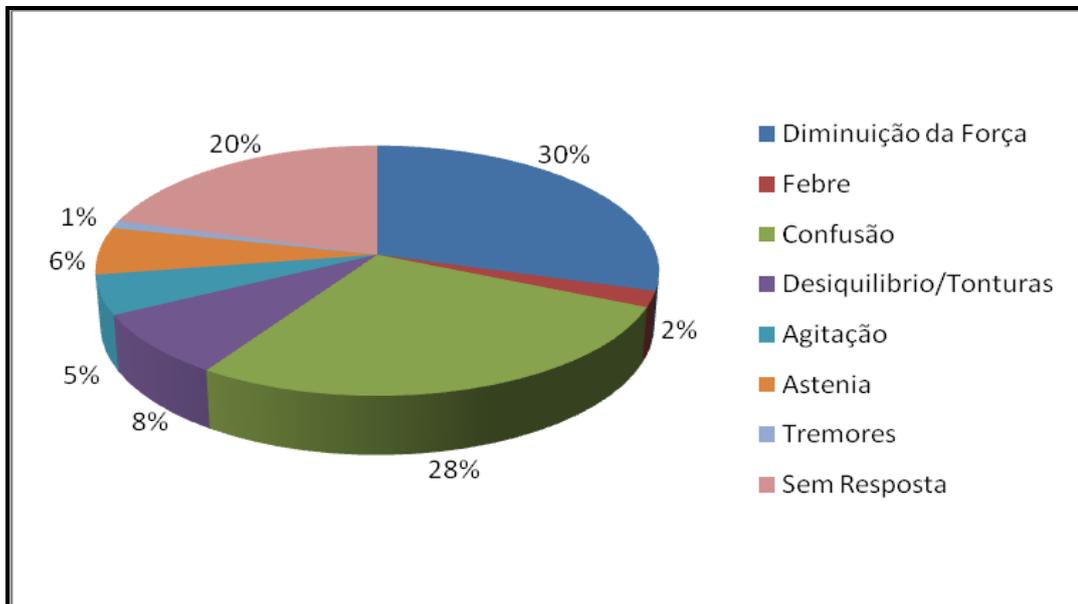
No gráfico 4, os serviços de *outras especialidades médicas* foram os que sinalizaram a maior percentagem de quedas, durante o ano 2010, o que não é de estranhar uma vez que no hospital em estudo a vocação tem uma forte componente de medicina.

GRÁFICO 5- PERCENTAGEM DE QUEDAS POR DIAGNÓSTICO:



Este gráfico (n.º 5) refere-se às patologias dos doentes em que foram sinalizadas quedas, destacando-se as patologias do foro *cérebro-vasculares* (18%), seguida das *patologias infecciosas* (16%) e a *patologia hepática* (14%), como as mais frequentes. No entanto, torna-se necessário destacar as áreas *renais*, *respiratórias*, *gástricas* e *ortopédicas*, que também apresentam elevadas percentagens.

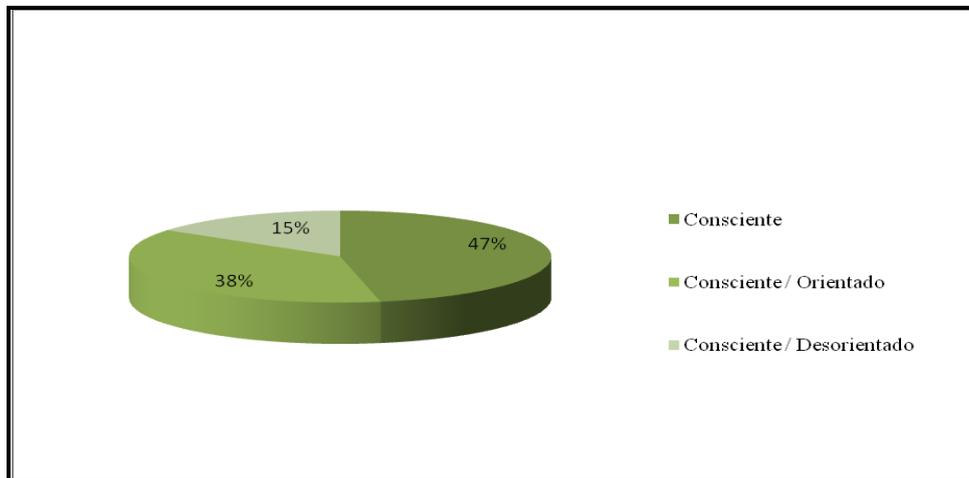
GRÁFICO 6- PERCENTAGEM DE QUEDAS SEGUNDO SINTOMATOLOGIA:



No gráfico 6, após a análise dos dados obtidos, pode verificar-se que a *diminuição da força* (30%) e a *confusão* (28%) se destacam no que se refere à sintomatologia associada nos doentes que mais sofreram quedas durante o internamento no ano 2010. De destacar que o número de impressos sem qualquer resposta foi em percentagem elevada (20%), o que, inevitavelmente, pode criar resultados incorrectos, não se sabendo se de facto não existia qualquer sintomatologia associada ou se este factor não foi assinalado por lapso.

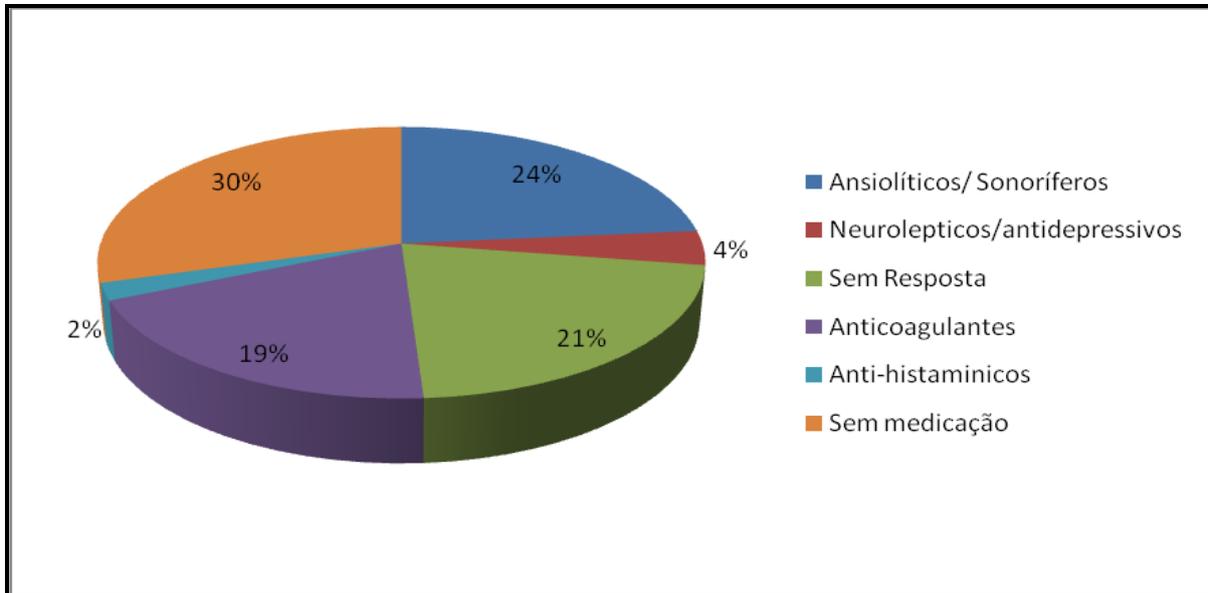
4.1.3. Distribuição das quedas por aspectos do doente:

FIGURA 7- PERCENTAGEM DE QUEDAS POR ESTADO DE CONSCIÊNCIA:



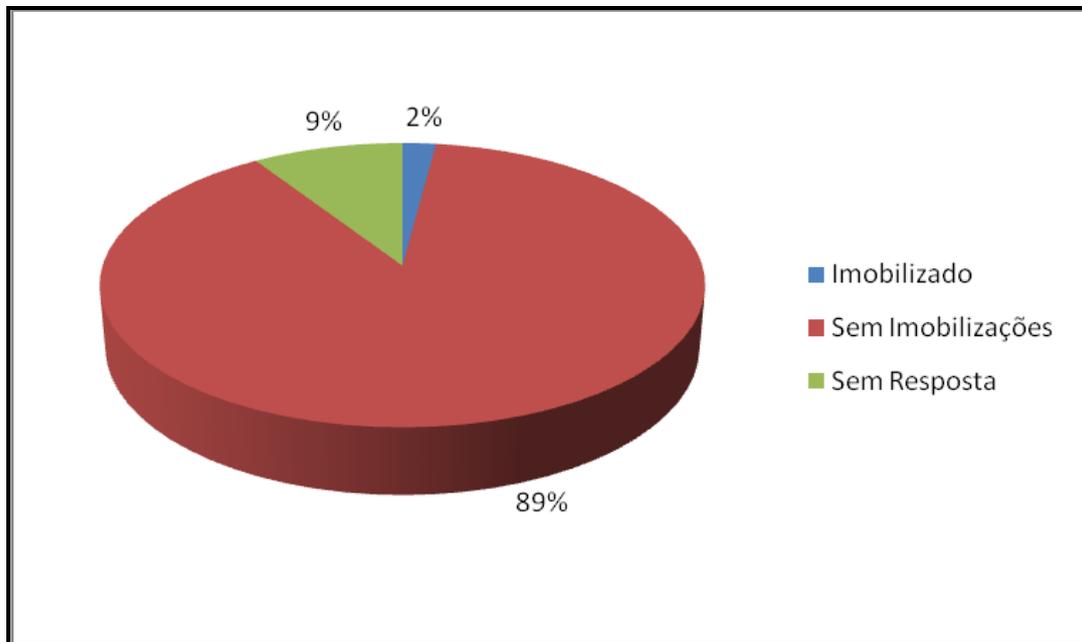
No gráfico 7, importa salientar o estado de consciência - *consciente e orientado* – que apresenta uma percentagem elevada (38%), nos casos de doentes com registo de queda. Por outro lado, comprova-se que a maioria dos dentes com registo de queda se encontra *consciente* (47%). No entanto, é de destacar, também, a percentagem de doentes com o estado de consciência – *consciente mas desorientado* - com 15%. Assim a percentagem de quedas sinalizadas ocorre mais nos doentes conscientes e que se encontram orientados.

GRÁFICO 8- PERCENTAGEM DE QUEDAS POR MEDICAÇÃO MAIS RELEVANTE DO DOENTE:



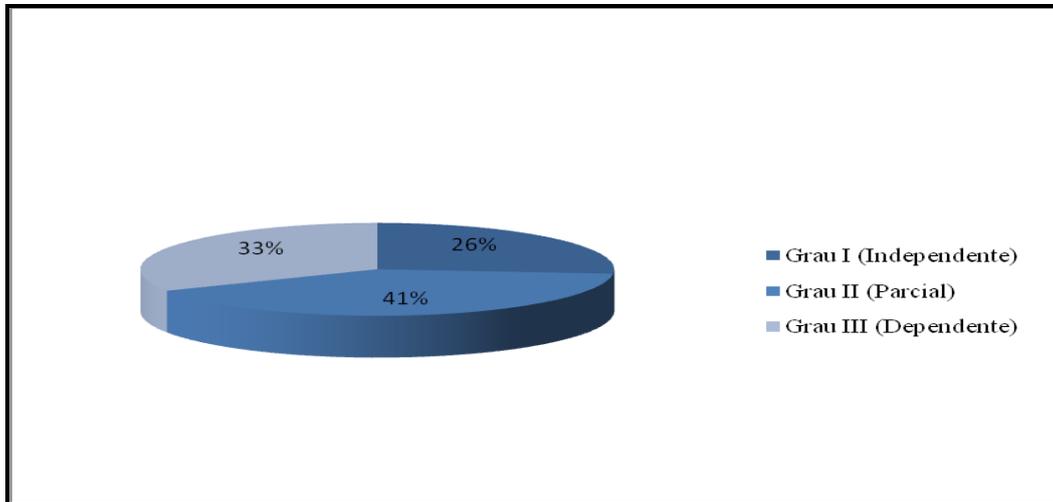
No gráfico 8, após a análise dos dados obtidos, verificou-se que este campo continua a ser frequentemente esquecido e não é preenchido (21%), o que não permite obter resultados correctos no estudo. A toma de medicação *Ansiolítica/Sonorífera* continua a ter elevada prevalência (24%) nos doentes com registo de queda, bem como os doentes com toma de *anticoagulantes* (19%). De destacar que a maioria dos doentes com registo de queda, não tem nenhuma desta terapêutica prescrita (30%).

GRÁFICO 9- PERCENTAGEM DE QUEDAS ASSOCIADO A IMOBILIZAÇÃO DO DOENTE:



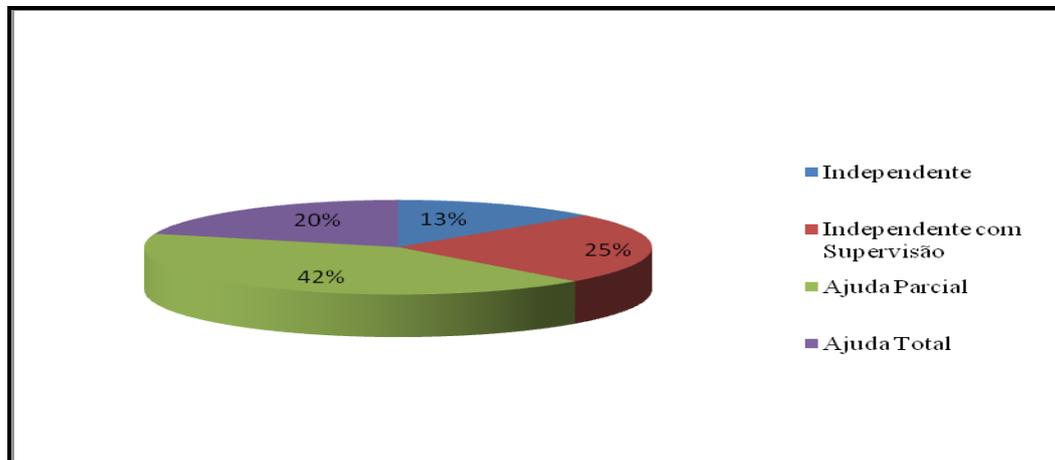
No gráfico 9, destaca-se que a grande maioria dos doentes que sofreram quedas, não se encontravam imobilizados (89%). Nos casos em que os doentes tinham um imobilizador, o motivo da queda encontra-se relacionado com o facto do doente o ter conseguido retirar e posteriormente ter caído.

GRÁFICO 10- PERCENTAGEM DE QUEDAS POR GRAU DE DEPENDÊNCIA:



No gráfico 10, observa-se que o grau de dependência em que se registou maior percentagem de quedas foi nos doentes com *grau II* (41%), tendo-se ainda verificado um significativo número de casos ocorridos em doentes com *grau III* (33%), que habitualmente têm grades levantadas na cama e/ou imobilizadores quando sentados em cadeirões ou em cadeira de rodas.

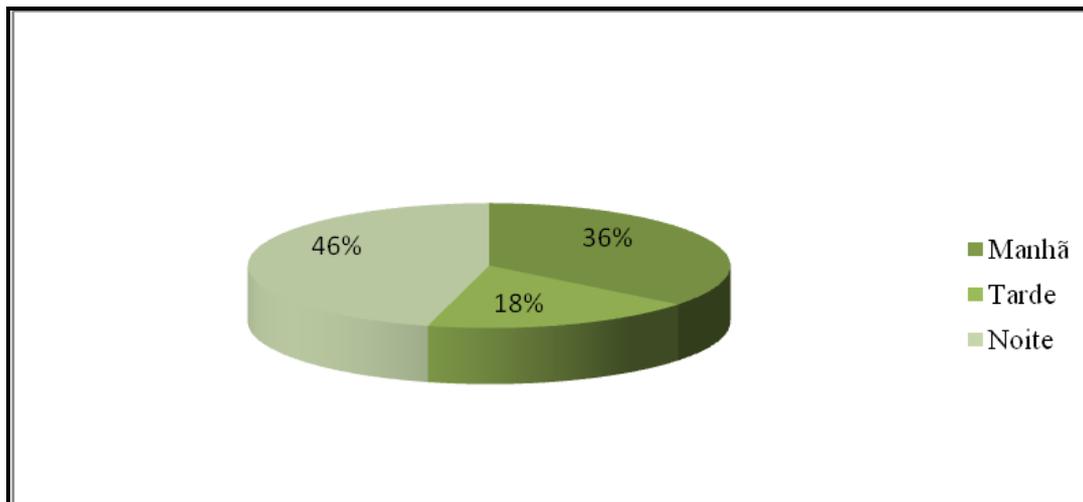
FIGURA 11- PERCENTAGEM DE QUEDAS SEGUNDO TIPO DE AJUDA:



Constata-se no gráfico 11 que os doentes com necessidade de *ajuda parcial* (42%) e de *ajuda total* (20%) são aqueles que mantêm maior número de registos de quedas; no entanto, há a destacar que os doentes com necessidade de supervisão apresentam também uma taxa elevada (25%), o que significa que muitos dos idosos têm algumas limitações, necessitando de ajuda parcial ou supervisão e não reconhecendo essas limitações, o que leva a que se coloquem em risco, ignorando as indicações da equipa multidisciplinar.

4.1.4. Distribuição das quedas mediante aspectos físicos

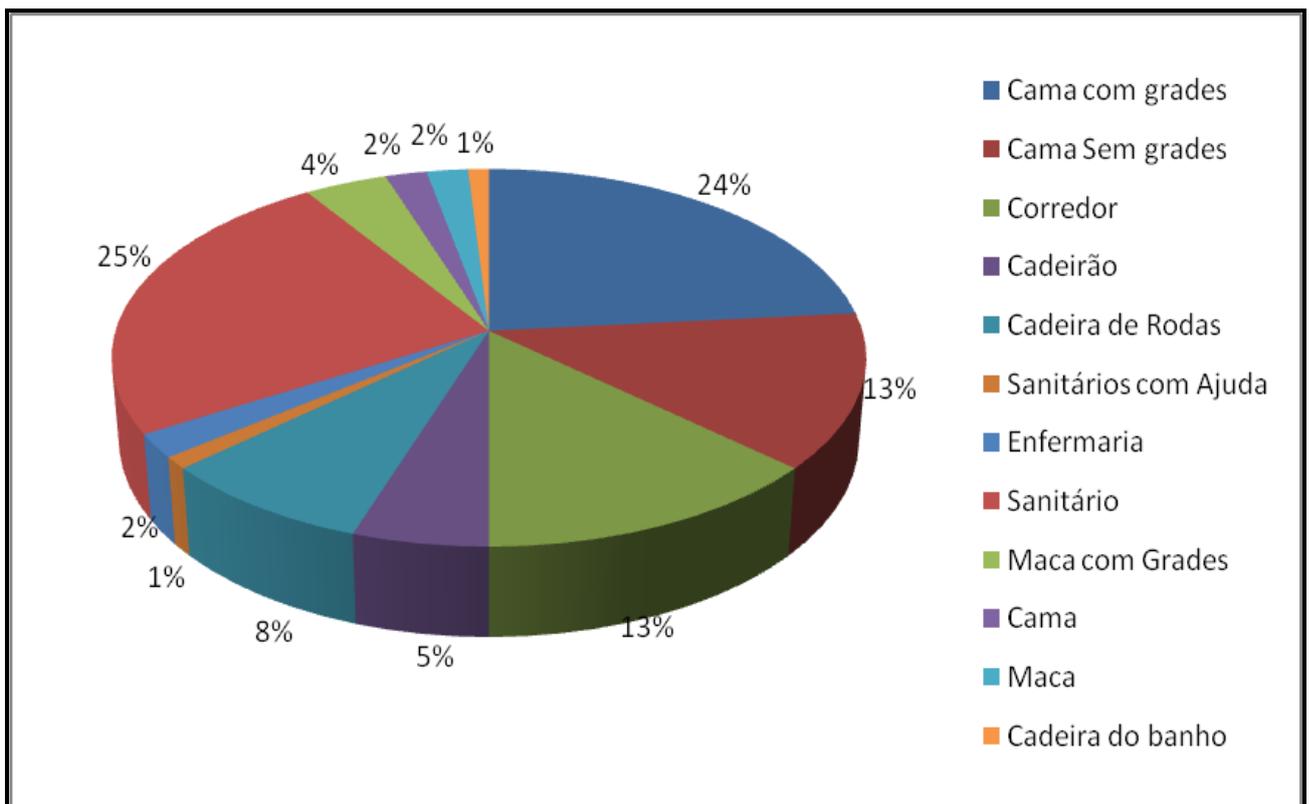
GRÁFICO 12- PERCENTAGEM DE QUEDAS POR TURNO:



No gráfico 12, observa-se que o turno da noite continua a ser aquele em que se verifica a maior percentagem de quedas (46%) e que durante o turno da manhã também ocorrem com elevada percentagem (36%). Isto pode ser explicado uma vez que os estados “confusional e debilidade física” associados à maioria dos doentes idosos, habitualmente agrava-se durante o turno da noite. As quedas durante os turnos da manhã e da tarde, mantêm-se associadas aos doentes que se encontram sentados nos cadeirões/cadeira de rodas e se tentam levantar sozinhos, “escorregando para o chão”. Relativamente ao parâmetro no documento de “*Registo de Quedas*”- dotação de pessoal no turno da queda - não foi possível avaliar e seria um item importante, uma vez que o número de enfermeiros, auxiliares de acção médica e número de doentes no serviço em cada turno é fulcral para a diminuição da ocorrência de quedas. No entanto, o item apresentado no formulário em avaliação não está correctamente enunciado, uma vez que cada doente tem um valor de horas atribuído mediante a sua independência ou não nas suas actividades de vida diária, terapêutica que lhe é administrada, apoio emocional, acolhimento, entre outros. Mediante essa carga horária, os doentes são distribuídos pelos enfermeiros em cada turno; logo esse valor é que vai estipular se num serviço há ou

não carência de elementos na equipa multidisciplinar, permitindo assim posteriormente avaliar se a ocorrência de quedas se deu num turno com carência de elementos na equipa. O documento não nos diz, no dia em que este foi preenchido, o número de horas de todos os doentes internados em cada serviço para sabermos se o número por exemplo de enfermeiros estava no máximo ou se estavam a trabalhar com cuidados mínimos, para depois se avaliar a importância de num serviço se colocar ou não mais elementos na equipa multidisciplinar para que a ocorrência de quedas diminua.

GRÁFICO 13- PERCENTAGEM DE QUEDAS SEGUNDO LOCAL DE OCORRÊNCIA:

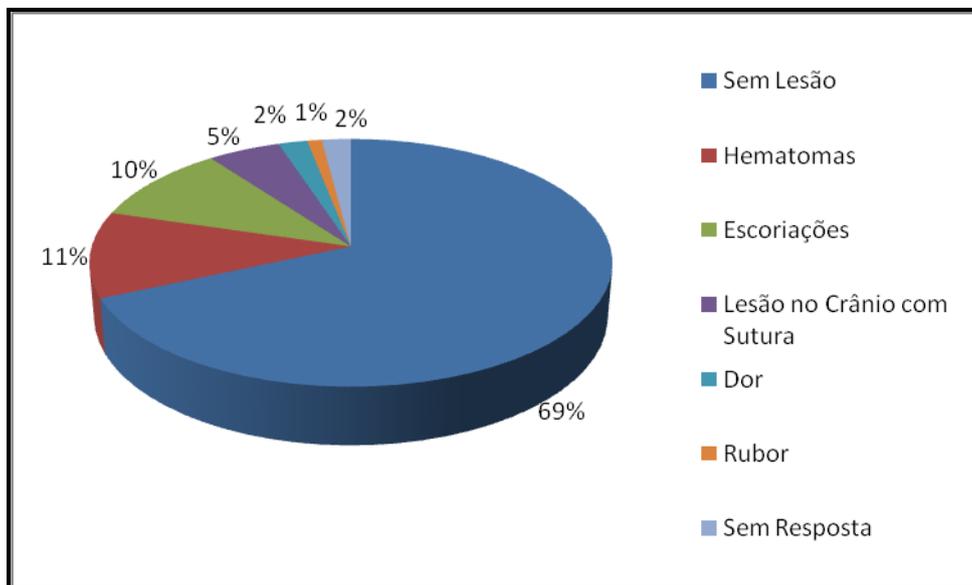


No gráfico 13, observa-se que o local em que se verifica a grande maioria das quedas continua a ser na *cama com grades* (24%). No entanto, há que destacar o número elevado de casos ocorridos com os doentes que se deslocaram aos

sanitários (25%) e caem ao tentar-se levantar sozinhos e os que se encontram sentados em *cadeirão* (5%) e/ou em *cadeira de rodas* (8%). Não deixa de ser interessante verificar o número significativo de doentes que cai quando se desloca pela *enfermaria* (2%), por se desequilibrar ou tropeçar em algo, ou que cai no *corredor* (13%) ou da *cama sem grades* (13%).

4.1.5. Características respeitantes às consequências das quedas

GRÁFICO 14- PERCENTAGEM DAS CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS:



No gráfico 14, a percentagem de quedas em que não ocorreu qualquer tipo de lesões é elevada (69%). De seguida, podem destacar-se as situações em que ocorreram *hematomas* (11%), lesões com *escoriações* superficiais (10%) e quando existe lesão com necessidade de sutura, ocorre a nível craniano com uma percentagem de 5%.

4.2. Discussão dos resultados

Relativamente às cinco áreas definidas para uma melhor sistematização dos resultados, aquelas que contemplam a *distribuição das quedas por tipologia clínica e aspectos físicos* foram as que apresentaram melhores resultados, tendo por base o formulário “*registo de quedas*”, uma vez que se obteve uma boa caracterização das quedas e os profissionais de saúde responderam adequadamente e sem dúvidas às questões do formulário.

Por outro lado, tendo em conta os objectivos estipulados e as três áreas restantes, como as *características demográficas, distribuição das quedas por aspectos do doente e características respeitantes às consequências das quedas*, foi possível avaliar que o formulário não caracteriza as quedas de forma a responder às actuais necessidades de gestão do risco e avaliação das consequências das quedas, pelo que com base na extensa pesquisa de literatura nacional e internacional propõe-se um formulário mais eficiente, de rápido preenchimento e consulta no processo clínico informatizado do doente.

É de salientar que no formulário, os campos de preenchimento como “*Dotação de pessoal no turno da queda*”, assim como “*Local da lesão*” não foram possíveis de recolher correctamente. O primeiro porque não consta do relatório anual de registo de quedas disponibilizado para a recolha de dados, e relativamente ao segundo porque se sabe apenas que o local mais frequente para a ocorrência de lesões é o crânio.

Relativamente aos resultados obtidos, as quedas foram mais prevalentes nos homens, em linha com uma revisão sistemática recente (Krauss et al, 2007) e diferente da maioria de estudos prévios que apontam para uma maior taxa de prevalência em mulheres (Tinetti e Speechley, 1989; Pereira et al, 2001). Todavia, devemos ser cautelosos na interpretação deste resultado, uma vez que não sabemos qual a razão entre homens e mulheres que estiveram internados no ano de 2010.

No que respeita à idade, a maioria das quedas ocorreram em doentes com mais de 65 anos de idade. Este resultado pode ser explicado pela redução da autonomia e independência nesta faixa etária. Algumas estimativas apontam para que aproximadamente 1 em cada 3 doentes (27%) sofram uma queda pelo menos uma vez por ano a partir dos 65 anos (Ganz et al, 2007).

As patologias mais frequentes entre os doentes que sofreram quedas foram do foro cérebro-vascular, seguida das infecciosas e hepáticas. As alterações do sistema cardiovascular (hipotensão postural e arritmias), outras condições crónicas (artrite e doenças neurológicas, incluindo o acidente vascular cerebral), defeito cognitivo e demência, redução da acuidade visual e auditiva são frequentemente referidos na literatura como causas de quedas (Lawrence e Maher, 1992). No caso da doença cérebro-vascular, a diminuição da força, alteração do equilíbrio e da marcha resultantes são factores predisponentes para a ocorrência de quedas. Este resultado é compatível com outros estudos em que as quedas são comuns em doentes após acidente vascular cerebral em ambiente de reabilitação (Dromerick e Reding, 1994; Nyberg e Gustafson, 1997; Rabadi et al, 2008). Nas doenças infecciosas, as quedas podem ser o sinal inaugural, uma vez que nos idosos a sintomatologia é caracteristicamente atípica. Em relação às doenças hepáticas, estes dados resultam do facto de o hospital em estudo ser um centro de excelência na transplantação hepática, de que resulta um maior número de doentes internados com esta patologia.

A maioria das quedas ocorreu no turno da noite. Dois factores podem ter contribuído para este resultado: os doentes tendem a não solicitar ajuda para actividades que julgam ser capazes de realizar, como ir à casa de banho, especialmente à noite; por outro lado, o menor número de profissionais neste turno.

Os locais mais comuns de quedas foram na cama com grades e sanitários. Tem sido registado que a maioria das quedas em ambiente hospitalar ocorre no quarto e nos sanitários. Um estudo em ambiente de reabilitação menciona que 30% das quedas ocorrem quando os doentes se levantam da cama e se deslocam para os sanitários (Rogers, 1994). Estes dados estão de acordo com os resultados obtidos.

No que concerne à imobilização e dependência dos doentes, a maioria das quedas ocorreram naqueles que não estavam imobilizados e nos dependentes (parcial e total) para as actividades de vida diária. Tal significa que apesar dos cuidados aplicados, tem de haver uma vigilância reforçada e equipamentos mais seguros, uma vez que, por exemplo, em algumas camas e macas, as grades não chegam até ao fundo e não se seguram devidamente, permitindo que os doentes saiam e se magoem.

Considerando os serviços em que ocorreram as quedas, a maioria ocorreu nas outras especialidades médicas, podendo ser explicado pela degradação dos edifícios onde funcionam as referidas especialidades e a falta de adaptações ergonómicas nas enfermarias.

Os sintomas mais frequentes associados às quedas foram a diminuição da força e a confusão. O défice motor está em linha com as doenças cérebro-vasculares que foram a patologia mais associada com as quedas no estudo. A maioria dos doentes que sofreu quedas estava consciente e orientado. Um estudo prospectivo sobre quedas em idosos hospitalizados contrapõe este resultado, uma vez que a desorientação foi um dos principais factores de risco para quedas, para além do acidente vascular cerebral anterior, mas apoia o resultado que diz respeito ao estado confusional, que neste estudo estava associado a quedas (Salgado et al, 2004).

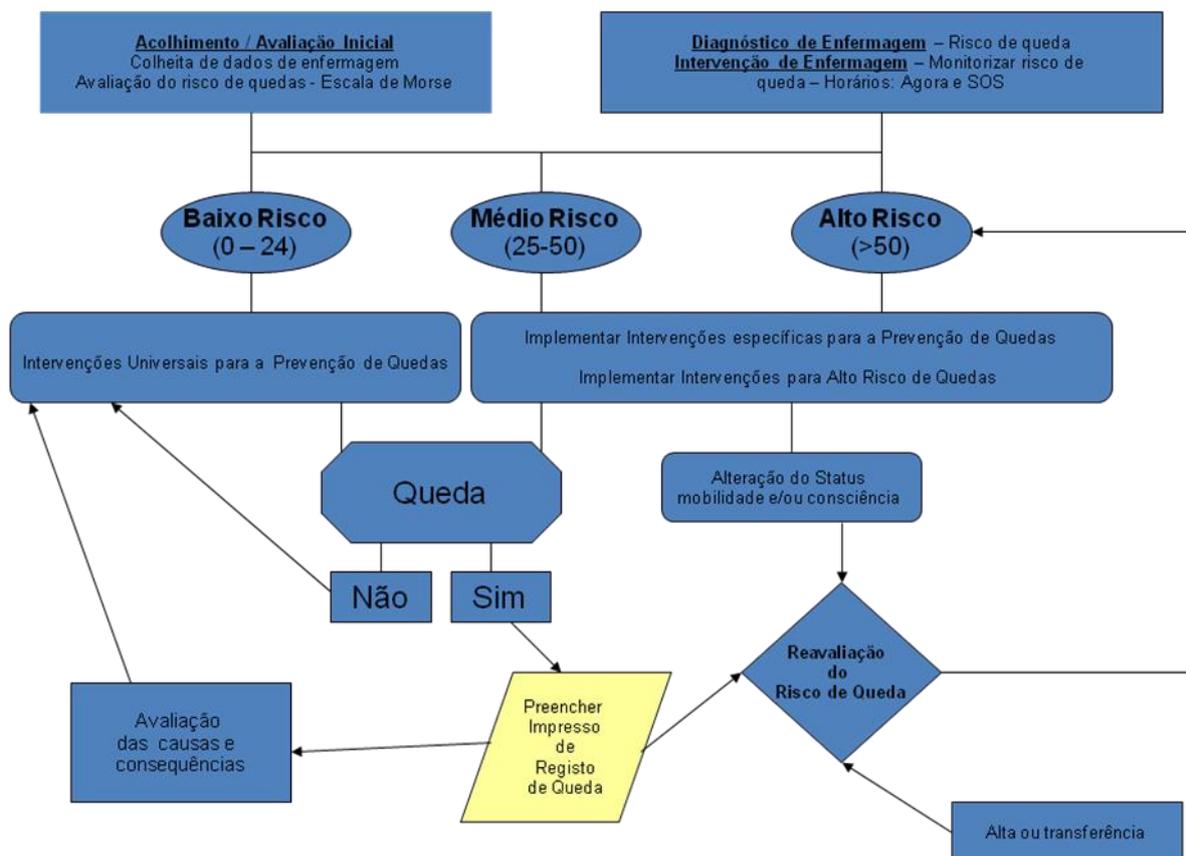
A medicação pode estar associada a quedas, e os idosos, população mais frequentemente afectada, tendem a consumir 4 ou mais medicamentos, o que pode agravar ainda mais o problema das quedas nesta faixa etária. Os anti-hipertensores podem reduzir a perfusão cerebral, conduzindo a tonturas, perda de consciência e, por fim, queda. Os psicofármacos podem causar sonolência, tonturas e problemas na marcha. De acordo com o estudo mencionado acima, houve uma tendência, indicando que o uso de psicofármacos era mais elevado nos doentes hospitalizados que sofreram quedas (Salgado et al, 2004). Numa meta-análise recente, o uso de sedativos/hipnóticos, antidepressivos e benzodiazepinas demonstraram uma associação significativa com quedas em idosos (Woolcott et al, 2009). No nosso estudo, os ansiolíticos foram os mais implicados, seguido dos anticoagulantes. Todavia, a maioria das quedas ocorreram em doentes sem medicação e sem

resposta. Seria importante apurar as razões pelas quais não foi preenchido o item relacionado com a medicação em muitos doentes.

Na sua grande maioria, as quedas não resultaram em lesões, o que está de acordo com um relatório da National Patient Safety Agency (2007) em que 96% das quedas resultaram em ferimentos ligeiros ou não resultaram em lesões.

Com o que foi referido, o que se deseja no hospital em estudo é que a escala de Morse seja aplicada sistematicamente aquando da admissão de um doente, avaliando-se o risco de sofrer uma queda e no caso de ter ocorrido, seja registada e disponível para visualização através de um link para o efeito. A figura 15 resume este conceito.

FIGURA 1- FLUXOGRAMA - AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA:



(ADAPTADO: MAIA, M.;)

É do conhecimento geral que a prestação de cuidados de saúde envolve riscos, no entanto, não se pode descorar a segurança do doente, implementando sempre novas estratégias.

Assim, propõe-se seguidamente um novo formulário, no entanto, deve-se ter em conta que este documento será informatizado e incluído no processo clínico do doente, não sendo necessário fazer-se a sua identificação, nem assinalar a hora do incidente ou o enfermeiro responsável, pois fica automaticamente registado, facilitando o preenchimento.

QUADRO 2- NOVO FORMULÁRIO DE “REGISTO DE QUEDAS”:

1. **Diagnóstico do Doente?** _____
2. **Queda foi testemunhada?** Sim Não
3. **Encontrava-se imobilizado?** Sim Não
4. **Local da queda** _____
5. **Sintomas ou Sinais relevantes após a queda** _____
6. **Consequências da Queda?** Sem Lesão Lesão com Sutura Hematoma
Escoriação Outra
7. **Local da Lesão?** Cabeça Tronco Membros Superiores Membros Inferiores
Outro
8. **Fazia Terapêutica relevante?** Sim Não
Se sim Qual? Anticoagulantes Anti-hipertensores Ansiolíticos Antidepressivos
Anti-histamínicos Outra
9. **Parâmetros Vitais?** Tensão arterial _____ Frequência Cardíaca _____ Saturação
de Oxigénio _____ Temperatura Timpânica _____
10. **Contactado Médico?** Sim Não
11. **Realizou Exames Complementares de Diagnóstico?** Sim Não
Se sim Quais? _____

Relativamente a este novo formulário foi mantida a questão número 1, pois por vezes durante o internamento o diagnóstico do doente é alterado/rectificado.

Por outro lado, é de salientar a introdução de novas questões como a número 2, 9,10 e 11, sendo que as últimas duas pretendem dar uma visão da afectação dos recursos (humanos e materiais) decorrentes das quedas. A questão número 2 foi inserida, uma vez que, é de extrema importância saber se a queda foi testemunhada para saber a gravidade da mesma. A introdução da questão número 9 prende-se com o facto de facilitar os registos relativamente a parâmetros vitais e se estes se encontram dentro dos valores normais.

A questão número 8 foi alterada, pois foi um dos parâmetros menos respondidos pelos profissionais de saúde deixando algumas dúvidas se os doentes faziam ou não medicação. Por este motivo ao dicotomizar a resposta os resultados serão mais fidedignos.

Quanto às questões número 6, 7 e 8 foram ainda realizadas pequenas alterações, como a introdução do campo “outro/a” com o intuito de melhorar a recolha de resultados e de se proceder à sua avaliação, efectuando-se as alterações respectivas para a prestação de cuidados de excelência em detrimento da diminuição da ocorrência de quedas a nível hospitalar.

Relativamente às questões número 3, 4 e 5 não foram alteradas, uma vez que, segundo os resultados obtidos não houve dificuldades ou dúvidas no seu preenchimento.

Por último, é importante referir que o hospital em estudo pertence ao Grupo Hospitalar de Lisboa Central, como tal tem de se equiparar aos restantes hospitais que são acreditados para isso são necessárias prementes mudanças positivas na qualidade e segurança do doente.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Com o presente estudo foram surgindo algumas dificuldades que serão mencionadas seguidamente:

- A experiência enquanto investigadora, e particularmente na utilização e aplicação do método quantitativo, estudo descritivo exploratório, obrigando a uma correcção permanente de modo a evitar desvios e erros de procedimento metodológico;

-Por último, a dificuldade em articular a bibliografia existente com a particularidade do fenómeno em estudo;

Relativamente às implicações do estudo para a realidade, acredita-se que o conhecimento e a compreensão do fenómeno em estudo leva os profissionais de saúde a reflectirem sobre a prática diária e na postura que adoptam nestas situações, tomando consciência dos seus limites e das implicações das suas vivências para se prestarem cuidados de excelência.

Este conhecimento permite principalmente aos profissionais de saúde ultrapassarem dificuldades e actuarem de modo direccionado, oferecendo um contributo importante para minimizar as sequelas das situações de quedas de doentes em contexto hospitalar, procurando lembrar a estes profissionais as suas condições de pessoas participantes e integradas socialmente e a possibilidade de serem excelentes prestadores de cuidados.

Por outro lado, com este trabalho espera-se que haja continuidade para contributos em novos estudos, de maneira a fornecer resultados mais pertinentes e que possam ajudar a alterar alguns comportamentos e atitudes, e ajudar a compreender melhor e com maior profundidade estas situações de quedas de doentes em contexto hospitalar e de aspectos relacionados com a segurança do doente.

6. CONCLUSÃO

“Promover qualidade em saúde é uma responsabilidade dos profissionais e uma expectativa dos doentes”
(Duffy, 2003)

A segurança do doente deve ser um princípio fundamental de atenção por parte da gestão da qualidade, contribuindo com novas estratégias de intervenção e prevenção para o bem-estar dos doentes.

Sugere-se, assim, que se realizem outros trabalhos na área da selecção de intervenções adequadas e específicas para os indivíduos internados no hospital e na área da sensibilização dos profissionais de saúde em adoptarem determinadas medidas que tornem o ambiente hospitalar mais seguro.

De uma forma geral, foi possível concluir após a análise dos resultados que a percentagem de quedas durante o turno da noite é elevada, sendo que a população que sofre maior número de quedas continua a ser maioritariamente idosa, com necessidade de ajuda parcial ou independente, mas com supervisão, com sintomatologia associada que favorece a ocorrência de quedas, nomeadamente, a confusão e a diminuição de forças.

Por outro lado, é de destacar que a percentagem de doentes “conscientes e orientados” apresenta um valor elevado em comparação ao valor dos doentes “conscientes e desorientados”, sendo que a maioria dos doentes sofre queda quando se encontra no leito com grades. Outro local onde ocorrem maior número de quedas continuam a ser nos sanitários, onde os doentes se dirigem com ajuda mas onde acabam por cair por não atenderem ao que lhes é recomendado pelos profissionais, ou então, por tentarem regressar sozinhos, e as cadeiras de rodas, onde os doentes se encontram sentados e caem após tentativa de levantar, sem solicitarem ajuda.

Embora se tenha verificado uma melhoria e adesão no preenchimento do formulário sobre registo de quedas, continua a verificar-se uma grande lacuna no

preenchimento do campo “Medicação actual mais relevante”. Na maioria dos impressos, não há qualquer registo, impossibilitando uma análise correcta destes resultados. No entanto, é de destacar que os valores mais significativos encontrados são os doentes que não consomem qualquer medicação.

Por último, embora se verifique um elevado número de quedas, as consequências das mesmas são mínimas, resultando na sua maioria situações “sem lesões”. Por serem consideradas situações prevenidas ou evitáveis, devemos intervir nesta área.

A prevenção deste tipo de acidentes, não só é possível como obrigatória, quando se pretende uma prestação de cuidados de excelência.

Por outro lado, alguns países têm planos ou programas focalizados para uma das mais problemáticas situações a nível mundial que é o envelhecimento da população; por este motivo, torna-se fulcral intervir numa situação de queda por forma a ser um evento adverso evitável na melhoria da qualidade de vida.

É sabido que as quedas são um evento de causa multifactorial de alta complexidade terapêutica e de difícil prevenção, exigindo sempre uma abordagem multidisciplinar constante. Talvez por isso, a segurança do doente deveria ser uma temática a ser abordada a nível educacional na área da saúde, para que principalmente os futuros profissionais de saúde estejam mais alertados para os problemas que daí possam advir.

Assim, é necessário observar e avaliar os indicadores obtidos para se passar à acção, favorecendo uma cultura de segurança entre os diferentes intervenientes do processo da melhoria da qualidade e da gestão em saúde.

7. BIBLIOGRAFIA

- **Andrade, F;** “Nível de satisfação dos enfermeiros dos postos periféricos do S.A.M.S.”; Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil; Lisboa; 1997; p. 29, 30, 31;
- **Batalden et Stoltz;** “ A Framework for the continual improvement of health care.” Joint Commission Journal of Quality Improvement. 19; 1993; p. 424-447.
- **Beroiz et al;** “ Riesgo de caída en un hospital de agudos – Estado cognoscitivo y nivel de dependência”; *Revista de enfermería*; volumen 30 nº2; Fevereiro de 2007; p. 42-46;
- **Bittar, Olímpio J.;** “Indicadores de qualidade e quantidade em saúde”; RAS_Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001;
- **Bolander;** “Enfermagem fundamental”; 1ª Edição; Lisboa; 1998; Lusodidacta;
- **Brito et al;** “Urgências em geriatria”; Edição Atheneu; 2001; p.323-335;
- **Coutinho, E.; Silva, S.;** “Uso de medicamentos como factor de risco para fractura grave decorrente de queda em idosos”; *Cadernos de Saúde Pública*; Rio de Janeiro; 18(5): 1359-1366; Setembro - Outubro de 2002;
- **Coutinho et al;** “O banho versus o cuidado portador de sentido de ajuda”; *Revista Sinais Vitais*, Nº40; Janeiro 2002; p.42;
- **Cunha, V.; Guimarães, R.;** “Sinais e sintomas do aparelho locomotor”; Rio de Janeiro de 1989; Revinter; p. 141-154;
- **Decesaro e Padilha;** “Queda comportamentos negatives de enfermagem e consequências para o doente durante período de internamento na UTI; *Arquivos da Ciência Unipar*; 2001; p.115-125;
- **Delgado, M.;** “Governação dos hospitais – Capítulo 2: A melhoria continua da qualidade”; Casa das Letras – Sociedade Editorial , LDA; 2009; p.45- 55;

- **Department of Health;** “An organization with memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS”; London; Department of Health; 2000;
- **Donabedian, A;** “Exploration in quality assessment and monitoring, Vol. I the definition of quality and approaches to its assessment”; Health Administration Press; 1980;
- **Dromerick e Reding;** “Medical and neurological complications during inpatient stroke rehabilitation”; 1994; *Stroke*, 25, 358–361;
- **Duffy, R.; Hoskins, L.;** “The quality-caring model: Blending dual paradigms”; *Advance Nursing Science*; v. 26; n. 1; p. 77-88; 2003;
- **Fragata, J.;** “Governança dos hospitais – Capítulo 4:Gestão do risco”; Casa das Letras – Sociedade Editorial, LDA; 2009; p.75- 105;
- **Ganz et al;** “ Will my patient fall?”; *JAMA*. 2007 Jan 3; 297(1):77-86;
- **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations;** “Accreditation manual for hospital Nursing care”; 1992;
- **Krauss et al;** “Circumstances of patient falls and injuries in 9 hospitals in a midwestern healthcare system”; 2007; May;28(5):544-50;
- **Lawrence e Maher;** “An interdisciplinary falls consult team: a collaborative approach to patient falls”; *Journal of Nursing Care Quality*; 1992; April; 6(3):21-9;
- **Machado, M;** “ Erro na prestação directa de cuidados de saúde: factores contributivos e medidas preventivas em gestão hospitalar”; *Tese do XXXII Curso de Especialização em Administração Hospitalar*; Universidade Nova de Lisboa – Escola nacional de Saúde Pública; 2004; p. 7-8;
- **Maia, M;** “ Relatório anual do Registo de Quedas”; H.C.C.; 2010;

- **Marin et al**; “Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em doentes hospitalizados”; *Revista latino-americana de enfermagem*; Ribeirão Preto; 2000; p. 27-32;
- **Martins, A**; “Sistemas de registo de incidentes e eventos adversos: Implicações legais da Implementação em Portugal”; *Tese do XXXVII Curso de Especialização em Administração Hospitalar*; Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública; 2009; p. 10- 13;
- **Morse, JM**; “ Nursing research on patient falls in health care institutions”; *Revista Nursing*; nº 11; 1993; p.299-316;
- **Morse, JM**; “ Preventing patient falls”; USA: Sage Publications; 1997; California;
- **Moura et al**; “Construção e implementação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem”;Porto Alegre; 2009;
- **National Patient Safety Agency**; “ The third report from the patient safety observatory – Slips, trips and falls in hospital”; 2007;
- **Nogueiro, M. et al**; “Quedas no idoso- um fenómeno banal mas preocupante”; *Revista Nursing*; nº169; Setembro de 2002; p. 26-30;
- **Nyberg e Gustafson**; “Fall prediction index for patients in stroke rehabilitation”; 1997; *Stroke*, 28, 716–721;
- **Paschoal, S. e Filho, W.**; “Alterações de equilíbrio e prevenção de quedas no idoso”; Manual de condutas médicas; (S/D);
- **Pereira et al**; “Quedas em idosos”; Sociedade Brasileira de geriatria e gerontologia; 2001; p. 1-19;
- **Rabadi et al**; “An analysis of falls occurring in patients with stroke on an acute rehabilitation unit”; *Rehabilitation Nursing*; 2008; 33, 104–109;

- **Rogers;** “Reducing falls in a rehabilitation setting: A safer environment through team effort”; *Rehabilitation Nursing*,; 1994; 19, 274–276;
- **Ruipérez e Llorant;** “ Guias práticos de enfermagem – geriatria”; 1ªEdição; Rio de Janeiro de 1998;
- **Salgado et al;** “Predictors of falling in elderly hospital patients”; *Archives of Gerontology and Geriatrics*.; 2004 May-Jun;38(3):213-9;
- **Santos et al;** “Quedas quando e porquê?”; *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*; nº154; Maio/Junho de 2003; p.39-44;
- **Santos Laraña et al;** “Prevención de caídas – Estrategias de intervención”; *Revista de Enfermería*; nº9; Setembro de 2007; p. 54-58;
- **Saraiva, D. et al;** “Quedas – Indicador de qualidade assistencial”; *Revista Nursing*; nº235; Julho de 2008; p.28-35;
- **Serranheira, F. et al;** “Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda”; *Saúde & Trabalho: Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*; nº 7; Novembro de 2009; p. 5-29;
- **Serrão e Nunes;** “Ética em cuidados de saúde”; Porto Editora, 1998; Lda;
- **Simpson;** “Instabilidade postural e tendência às quedas” in Pickless et Compton et al – “Fisioterapia na terceira idade”; 2ªEdição; São Paulo, Santos Editora; 2000; p.197-211;
- **Sousa;** “Enfermagem agora - as queda na pessoa idosa”; *Revista de Enfermagem*; 2ºSerie; nº15; Julho/Setembro de 1999; p.19-26;
- **Sousa, P.; Furtado, C; Reis, V;** “Patient safety research: A Challenge for public health” in “Quality and safety improvement research: Methods and research practice from the international quality improvement research Network”; *Obras avulsas – 08*; 2008; p.45-56;

- **Studensky**; “Geriatría prática”; 2ªEdição; Rio de Janeiro; Revinter; 1997; p.227-233;
- **Teixeira et al**; “A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal.”; *Revista de Enfermagem*; v. 14, n.2, Rio de Janeiro, junho., 2006;
- **Tinetti e Speechley**; “Risk factors for falls among elderly persons living in the community.”; *New England Journal Medicine*; 319:1701–1707, 1988;
- **Uva e Sousa**; “ Segurança do Doente - Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade”; Escola Nacional de Saúde Pública; 2011;
- **Watson, J.**; “ Enfermagem ciência humana e cuidar – Uma teoria de enfermagem”; *Lusociência*; 2002; p.60, 97-98, 118;
- **Woolcott et al**; “Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons.”; *Archives of Internal Medicine.*; 2009; November 23; 169(21):1952-60;
- **World Health Organization**; “Quality improvement in primary care health: a practical guide; Cairo: WHO Regional Publications; 2004;

Artigos on-line:

- **Barnett, K. et al**; “Reducing patients falls project”; [on-line]; 2002; [consultado em 2 de Março de 2011]; Disponível em <http://www.premierinc.com/safety/topics/falls/downloads/E-14-falls-project-uk.pdf>;
- **Cintra et al**; “Utilização de indicadores de qualidade para a avaliação da assistência em enfermagem: opinião dos enfermeiros”; [on-line]; 2010; [consultado em 17 de Julho de 2011]; Disponível em http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/ m V28_n1_2010_p29-34.pdf;

- **Corrêa**; “Indicadores de qualidade do serviço de enfermagem” [on-line]; 2009; ; [consultado em 15 de Junho de 2010]; disponível em file:///H:/indicadores%20de%20qualidade/6.htm;
- **Diccini et al**; “Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos”; [on-line]; 2008; [consultado em 15 de Junho de 2010]; disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_16.pdf;
- **Fekete**; “A qualidade na prestação do cuidado em saúde”; [on-line]; S/D; [consultado em 15 de Junho de 2010]; disponível em http://www.luciafreitas.com.br/cuidado_em_saude.pdf;
- **Gawande**; “ A surgeon’s notes on performance”; [on-line]; S/D; [consultado em 2 de Março de 2011]; Disponível em http://www.sas.com/offices/europe/portugal/eventos/2009/risco_saude/seguranca_doente.pdf;
- **Gray - Miceli**; “Fall Risk assessment for older adults: Hendrich II Fall Risk Model”; [on-line]; 2007; [Consultado em 19 de Janeiro de 2011]; Disponível em http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_8.pdf;
- **Jackson, M.**; “ Guia de bolso de enfermagem clínica”; [on-line]; (S/D); [consultado em 17 de Janeiro de 2011]; Disponível em http://downloads.artmed.com.br/public/J/JACKSON_Marilynn/Guia_Bolso_Enfermagem_Clinica/Liberado/cap_01.pdf ;
- **Machado et al**; “Avaliação da presença de risco para queda em idosos”; [on-line]; 2009; [consultado a 19 de Janeiro de 2011]; Disponível em www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a04.pdf;
- **Pedroto, I.**; “Qualidade, gestão do risco e segurança do doente”; [on-line]; 2008; [consultado em 17 de Janeiro de 2011]; Disponível em www.apdh.pt/NR/rdonlyres/88BC1681-493B.../2CIHIsabelPedroto.pdf
- **Pisco, L**; “Assessing and monitoring organisational quality in the health centres”; [on-line]; (S/D); [consultado em 18 de Janeiro de 2011]; disponível

em http://74.125.155.132/scholar?q=cache:FK-U0y7rqQ0J:scholar.google.com/&hl=pt-PT &as_sdt=0&as_vis=1;

- **Ramos, S.**; “Prevenção e monitorização de quedas de doentes em ambiente hospitalar”; [on-line]; 2008; [consultado em 6 de Janeiro de 2011]; Disponível em <http://www.ipq.pt/backFiles/SusanaRamos.pdf>;
- **Reis et al**; “Definição de Indicadores de Assistência de Enfermagem a partir dos Dados Mínimos”; [on-line]; 2004; [consultado em 29 de Janeiro de 2011]; Disponível em www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/730.doc;
- **Tronchin et al**; “Indicadores de qualidade em enfermagem - Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do programa qualidade hospitalar”; [on-line];2006; [consultado em 18 de Janeiro de 2011]; Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/17682823/Indicadores-de-qualidade-em-saude>;
- **Vituri et al**; “Validação de Conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem”; [on-line]; 2009; [consultado em 18 de Janeiro de 2011]; Disponível em www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a24v43n2.pdf;

8. ANEXOS

Anexo 1: Formulário existente “Registo de Quedas”

9. APÊNDICES

Apêndice 1: Pedido de autorização do Hospital E.P.E.

Exma. Presidente do Conselho de Administração do Hospital _____

Dr^a _____

Assunto: Autorização para efectuar o trabalho de investigação sobre tema “Caracterização e avaliação do impacte das quedas de doentes em meio hospitalar”.

Eu, Magda Cristina Ferreira Nogueira Costa Duarte, enfermeira nível 1, a exercer funções no serviço de Medicina 1A deste hospital, venho por este meio solicitar a V^a exma a autorização para realizar o Trabalho de Investigação sobre o tema “Caracterização e avaliação do impacte das quedas de doentes num Hospital E.P.E em Lisboa, como indicador de Qualidade”. O referido trabalho insere-se no âmbito do Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, que me encontro a frequentar. Mais informo que o referido trabalho terá como orientador o Prof. Dr. Paulo Sousa da mesma instituição. Aproveito para referir que esta ideia de Projecto foi falada com a Sr^a Enfermeira Directora _____ deste hospital, tendo sido bem recebida.

Serão acautelados todos os princípios éticos inerentes a este tipo de investigação, assim como o acesso livre aos resultados e ao estudo de investigação. Sem mais assunto. Os meus respeitosos cumprimentos.

Ps- Em anexo envia-se a síntese do projecto de Investigação.

Lisboa, 29 de Outubro de 2010

A Aluna,
