



Implementação de um Processo de Gestão de Quedas

Um contributo para a melhoria contínua da qualidade

Olinda Maria Miranda de Sousa Gonçalves

Trabalho de projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde.

Orientada por: Professora, Doutora Carminda Morais

Este Trabalho de Projeto inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Viana do Castelo, Dezembro, 2011



Implementação de um Processo de Gestão de Quedas

Um contributo para a melhoria contínua da qualidade

Olinda Maria Miranda de Sousa Gonçalves

Orientada por: Professora, Doutora Carminda Morais

Viana do Castelo, Dezembro, 2011

RESUMO

O presente trabalho de projeto emerge da necessidade das instituições públicas e privadas oferecerem cuidados de saúde mais qualificados e de maior qualidade, perante uma procura cada vez mais exigente. Neste contexto, assumi como propósito deste trabalho a segurança do doente do foro psiquiátrico e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Para tal, foi implementado um programa de gestão de quedas numa unidade de psiquiatria de longa duração, com 36 doentes, com uma média de idades de 62,2 anos, expostos a diversos fatores de risco colocando-os sob um risco acrescido de queda. Considerei fundamental identificar o perfil da população, as circunstâncias da ocorrência da queda, a presença de fatores de risco determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais como para quedas recorrentes, impondo aos profissionais de saúde, o grande desafio de agir sobre os fatores de risco modificáveis por meio de intervenções específicas, ou seja, implementar um conjunto de medidas preventivas quedas bem como medidas de protecção. Consequentemente, tornou-se indispensável actuar em três vertentes que irão directamente influenciar os resultados pretendidos: equipar a unidade de internamento com ferramentas, nomeadamente, instrumentos de registo estandardizados relacionados com a avaliação do risco de queda, registo de Ocorrência e de Notificação de quedas e de um Standard de Intervenções de Enfermagem de acordo com o risco avaliado através da aplicação da Escala de Morse. A segunda vertente relaciona-se com a necessidade de envolver os prestadores de cuidados através da formação na mudança, na medida que estes são a “alavanca” de todo este processo de melhoria contínua. A última vertente relaciona-se com a necessidade de monitorizar o risco e as quedas ocorridas.

Da análise dos instrumentos de registo, aplicados durante o período de Outubro de 2010 a Setembro de 2011, verificaram-se 14,9% não conformidades (7), relacionadas com o momento de reavaliação do risco de queda nas 24h após a queda. Deste modo, constata-se que 57,1% (4) dos enfermeiros demonstraram dificuldade em determinar o momento de reavaliar o risco de quedas, efectuando-o no momento imediato à ocorrência e 42,9% (3), não efectuaram as necessárias avaliações.

Paralelamente às notificações efectuadas, constatei que foram registadas 47 quedas, das quais 80,9% (38) resultaram em lesões. Por outro lado, 70,2% (33) ocorreram durante o período diurno, sendo que 69,2% (9) dos doentes tiveram quedas repetidas.

Relativamente ao motivo que ocasionou a queda, verificou-se que o estado de saúde do doente, com 61,7% (29), esteve na base da maioria das quedas, tendo estas ocorridas maioritariamente, com 87,2% (41), no interior da unidade de internamento.

Os resultados encontrados reiteram a pertinência da implementação deste projeto em especial pelas particularidades destes doentes em que para além de estar em causa a prevenção das quedas está também a intervenção no sentido de minimizar as consequências das mesmas.

Palavras-chave: Quedas; Normas de actuação; Uniformização dos registos; Melhoria Contínua da Qualidade.

ABSTRACT

This project work emerges from the need for public and private institutions offer more qualified health care and higher quality, looking towards a more demanding. In this context, the purpose of this work took the safety of psychiatric patients and the improvement of health care provided. This is why we implemented a management program for falls in a psychiatric unit of long duration, with 36 patients with a mean age of 62.5, exposed to several risk factors placing them on an increased risk of falling. considered essential to identify the profile of the population, the circumstances of the crash, the presence of risk factors and predisposing determinants for both accidental drops and for recurrent falls, imposing on the health professionals, the challenge of addressing these risk factors modifiable through specific interventions, ie, that is to implement a set of preventive measures for falls and preventive measures. Consequently it became indispensable act on three aspects that will go directly influence the results you want, equip the unit with inpatient tools, including standardized recording instruments related to the evaluation of the record falls, registration and notification of occurrence of falls and a standard nursing interventions in accordance with the risk assessed Scale Morse. The second aspect relates to the need to involve health care providers through training in change as they are the "leverage" of the whole process of continuous improvement. The last aspect relates to the need for monitorizar risk and downfalls.

Analysis of the recording instruments, applied during the period October 2010 to September 2011, there was 14.9% non-compliance (7) related to the time of reassessment of risk of falling in the 24 hours after the crash. Thus, notes that 57.1% (4) of the nurses showed difficulty in determining the time to reassess the risk of falls, making the occurrence in the immediate and 42.9% (3) does not carry out the necessary assessments

Parallel the notifications, so I found that 47 drops of which registered 80.9% (38) resulted in injuries. On the other hand, 70.2% (33) occurred during the daytime, and 69.2% (9) of patients had repeated falls.

For the reason that caused the crash found that the health condition of the patient, with 61.7% (29), was the basis for most falls, and these mostly occurred in 87.2% (41) within the inpatient unit.

the results confirm the relevance of implementing this project in particular by the particularities of these patients

Keywords: Falls; standards of performance, Standardization of records; Continuous quality improvement

RESUMEN

Este proyecto de trabajo surge de la necesidad, por parte de las instituciones públicas y privadas, de ofrecer cuidados de salud más cualificados y de mayor calidad, debido a una demanda cada vez más exigente. En este contexto, asumí como propósitos la seguridad del cliente psiquiátrico y la mejoría de la calidad de los cuidados prestados. Para esto, implementé un programa de gestión de caídas, en una unidad de psiquiatría de larga duración, con 36 clientes, con una edad media de 62,2 años, expuestos a diversos factores de riesgo, a los cuáles habría que sumar otro factor más: las caídas. Consideré fundamental identificar el perfil de riesgo de la población, las circunstancias del episodio de caída, la presencia de factores de riesgo que la determinan y que la predisponen, ya sean las caídas accidentales como las caídas recurrentes, imponiendo en los profesionales sanitarios el gran desafío de actuar sobre los factores de riesgo modificables, a través de medidas específicas, por tanto, implementando un conjunto de medidas preventivas de caídas en tres vertientes que influenciarían directamente sobre los resultados obtenidos: equipar la unidad de internamiento con instrumentos, concretamente con los de registros estandarizados relacionados con la evaluación de riesgos de caídas, registro de ocurrencias e de notificación de caídas, así como de un Estándar de Intervenciones de Enfermería, de acuerdo con el riesgo valorado a través de la aplicación de la Escala de Morse. La segunda parte se relaciona con la necesidad de involucrar a los prestadores de cuidados, a través de la formación para el cambio, ya que éstos son el “motor” de todo este proceso de mejoría continua. La última parte se relaciona con la necesidad de monitorizar el riesgo y las caídas ocurridas.

A través del análisis de los instrumentos de registro, aplicados durante el periodo de Octubre de 2010 a Septiembre de 2011, se verificaron 14,9% no conformidades (7), relacionadas con el momento de reevaluación del riesgo de caídas pasadas 24h de la caída. De este modo, constatamos que el 57,1% (4) de los enfermeros demostraron dificultades en determinar cuál sería el mejor momento de reevaluar el riesgo de caídas, haciéndolo en el momento inmediatamente posterior al episodio, 42,9% (3). Por tanto, no realizaron las evaluaciones necesarias.

Constaté también que fueron registradas 47 caídas, de las cuales 80,9% (38) acabaron en lesiones. Por otro lado, 70,2% (33) ocurrieron durante el periodo nocturno, siendo que el 69,2% (9) de los clientes tuvieron caídas repetidas.

En relación al motivo que ocasionó la caída, se verifica que el estado de salud del cliente, con 61,7% (29), estuvo en el motivo principal de estas caídas, ocurridas, en un porcentaje de 87,2% (41) en el interior de la unidad.

Los resultados obtenidos confirman la necesidad de implementar este proyecto, especialmente por las particularidades de estos clientes, estando en causa la prevención de las caídas y también la intervención en esta área, con el objetivo de minimizar las consecuencias de las mismas.

PALABRAS CLAVES: Caídas; normas de actuación; uniformización de los registros; mejora continua de la calidad.

AGRADECIMENTOS

Com incertezas e dúvidas, com a solidão de tantas horas de trabalho, chegou-se ao fim de um percurso.

Partiu-se do nada, apenas impulsionada pela meta desejada. Ao alcançá-la, vejo claramente que nada conseguiria sem o estímulo do outro. A esse outro, personalizado nalguns, estarei eternamente grata.

Deste modo gostaria de manifestar o meu agradecimento:

À Professora Doutora Carminda Morais, orientadora, pelas qualidades científicas, pedagógicas, pelo apoio e disponibilidade permanente.

À Direcção da Instituição, nomeadamente à Diretora Isabel Bragança, que autorizou e apoiou-me na realização deste estudo.

Aos Enfermeiros Carlos Violante e Elsa Sá pela amizade e disponibilidade que sempre me dispensaram.

À família e amigos, pelo apoio incondicional e presentes nos momentos difíceis.

Ao meu querido filho Daniel, meu companheiro atento e impulsionador deste projeto, pela força que sempre me transmitiu, mesmo nos momentos em que o privei da minha atenção.

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

D.R.	Diário da República
Enf.	Enfermeiro
EV	Endovenoso
n.d	Desconhecido
N.º	Número
nº	Número
p.	Página
pp.	Páginas
ACE	Agrupamentos de Centros de Saúde
ADELIA	Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada
ADL	Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada
DGS	Direcção-Geral da saúde
EM	Escala de Queda de Morse
EQUASS	European Quality Assurance for Social Services
GRC	Gestão de risco clínico
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INSA	Instituto de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPSS	Instituição Privada de Solidariedade Social
ISO	International Organization for Standardization
OBS	Serviço de observação
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PQCE	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
PSA	Equipa da Pastoral da Saúde e Animação

RQ	Risco de Queda
SGQ	Sistema de Gestão de Qualidade
UCCI	Unidade de Cuidados continuados Integrados
UE	União Europeia
USF	Unidades de Saúde Familiar

Índice

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1 - DA QUALIDADE À QUALIDADE EM SAÚDE	5
1.1 – Qualidade um conceito em (re) construção	5
1.2 - Qualidade em saúde	9
2 – TAXA DE QUEDA COMO INDICADOR DE QUALIDADE	18
2.1 – Risco de Queda.....	19
2.2 - Incidência de quedas e resultados/consequências associadas	21
2.3 - Classificação das quedas	23
2.4 - Fatores de risco	24
CAPÍTULO II – OPERACIONALIZANDO O PROJETO	30
1 – MATERIALIZANDO CONSTRUTOS E INTENÇÕES	31
2 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	33
2.1 - Política Institucional da qualidade.....	33
2.2 – Caracterização do contexto	36
2.3 – Prevenção de quedas: Da situação atual à situação desejada	40
3 - PLANEAMENTO DE UM PROCESSO DE GESTÃO DE QUEDAS	45
3.1 - Uniformizando Processos	45
3.2 - Formação na mudança	47
3.3 – Monitorização do Risco e das Quedas	48
4 - DO PLANEADO AO CONCRETIZADO	50
5 – IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS CORRETIVAS	66
6 - SUGESTÕES DECORRENTES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	68
CONCLUSÃO	70
ANEXOS	79
Anexo I - Escala de Morse	80
Anexo II – Instrumento de Avaliação da Formação	81
APÊNDICES.....	82
Apêndice A – Cronograma do Projeto de Trabalho	83
Apêndice B - Planificação esquemática das actividades a desenvolver	84
Apêndice C – Planificação da sessão formativa à Equipa de Enfermagem	85

Apêndice D – Planificação da sessão de sensibilização para os Auxiliares de Acção Médica.....	86
Apêndice E – Planificação esquemática da monitorização do risco e das quedas	87
Apêndice F – Instrumento de Registo de Ocorrência de Quedas	88
Apêndice G - Base de Dados de Notificações de Ocorrência de Quedas	89
Apêndice H – Instrumentos de registo dos acompanhamentos/supervisões efectuados	90
Apêndice I – Instrumento de Registo das Auditorias	91
Apêndice J – <i>Standard</i> de Intervenção de Enfermagem	92
Apêndice K – Formação na Mudança (Power point)	93
Apêndice L – Resultados da avaliação do programa formativo.....	94
Apêndice M – Tabela de frequência absoluta e relativa para cada opção de resposta na EM, para a população e por grupos etários.....	95

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa de utentes que recorreram a Hospitais e Centros de Saúde por quedas, no período de 2006 a 2008.	22
Tabela 2 - Frequência relativa de quedas que ocorreram segundo o grupo etário, no período de 2006 a 2008.	22
Tabela 3 – Sistematização do foco de atenção e respetivos fatores de queda.	28
Tabela 4 - Resumo dos objetivos estratégicos da política da Instituição.	35
Tabela 5 – Grau de risco de queda de acordo com o score obtido na Escala de Morse	44
Tabela 6 - Distribuição absoluta e percentual da população por grupo etário, segundo o risco de queda	57
Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa das lesões resultantes das quedas, segundo a gravidade e o tipo de lesão	61
Tabela 8 - Frequência absoluta e relativa dos procedimentos realizados após ocorrência de queda	61
Tabela 9 - Frequência absoluta e relativa das quedas ocorridas por turno segundo a sua visualização durante o período de Outubro de 2010 e Setembro de 2011.....	62
Tabela 10 - Distribuição absoluta e percentual das quedas segundo o local da ocorrência.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição absoluta e percentual e da população segundo a idade	39
Gráfico 2 - Distribuição percentual da população em estudo segundo a presença de fatores de risco de queda	39
Gráfico 3 – Distribuição absoluta e percentual de doentes, por grupos etários e historial de quedas no imediato ou num período de 3 meses.....	56
Gráfico 4 - Distribuição absoluta e percentual de doentes que caíram por grupo etário.....	58
Gráfico 5 - Distribuição absoluta e percentual de quedas por grupo etário	59
Gráfico 6 - Distribuição percentual de quedas por pessoas.....	60
Gráfico 7 - Distribuição percentual das lesões por grau de severidade	60
Gráfico 8 - Distribuição absoluta e percentual de quedas ao longo das 24 horas	62
Gráfico 9 - Distribuição percentual do motivo de ocorrência de queda.....	64
Gráfico 10 - Distribuição absoluta e percentual de quedas pelo tempo de internamento	65

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Projeto foi desenvolvido no âmbito do II Curso de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, e pretende para além de dar resposta a uma exigência curricular, contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados da Instituição onde exerço funções. Inscreve-se num contexto de optimização da articulação entre o projeto formativo do Mestrado e projeto da Instituição e o próprio projeto profissional, numa lógica de aproximação dialéctica entre teoria e prática. Assenta no desenvolvido no âmbito do programa de melhoria contínua da qualidade, concretamente na gestão de quedas em doentes institucionalizados, numa instituição/serviço de Saúde Mental, da região norte de Portugal.

A preocupação com a qualidade e a segurança sempre foi, ainda que sob diferentes perspectivas, parte integrante da vida do ser humano, tendo evoluído ao longo dos tempos os conceitos e as exigências que lhe são inerentes. A qualidade passou a ser entendida como parte da função da gestão, constituindo-se, na atualidade, um elemento fundamental na competitividade entre mercados, que vão para além das áreas da indústria e englobam a área da saúde. Visa-se a busca constante e sistemática da qualidade da assistência prestada (D'Innocenzo, Adami, & Cunha, 2006)

Na realidade, a qualidade em saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores, designadamente do sector industrial. Deverá assumir um carácter pró-activo centrado nas necessidades dos cidadãos, integrando um conjunto de atributos dos cuidados de saúde e não poderá restringir-se (ou até induzir de forma desnecessária) a simples procura dos mesmos. Atualmente, surge como uma exigência de todos os intervenientes nos cuidados de saúde, sendo vista como um atributo essencial.

Para que se possa falar de Melhoria contínua da Qualidade, é necessário que os procedimentos organizacionais sejam convenientemente estabelecidos, documentados, conhecidos, compreendidos e mantidos em toda a organização. É indispensável pois, a criação e desenvolvimento de processos e padrões partilhados pelos intervenientes na organização, pois só assim, se conseguirá garantir uma uniformização de modo a responder com o máximo de segurança e equidade mediante situações que podem variar de cliente para cliente (Machado & Nunes, 2007).

Pode-se então dizer que a existência de eventos adversos que comprometem a segurança do doente, como as quedas, constitui atualmente um grande desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência na área da saúde.

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2009), “[a] segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efectivos e eficientes” (para.1).

Neste sentido, e na medida que as quedas, como ocorrência adversa, são ainda um problema frequente no dia-a-dia de trabalho das organizações de saúde, e para além de comprometerem a

saúde e qualidade de vida das pessoas, constituem um sério problema de saúde pública pelas consequências médicas e financeiras que acarretam. A sua prevenção, em instituições hospitalares, é hoje cada vez mais objeto de atenção das políticas de qualidade institucional na área da saúde.

A metodologia de trabalho, utilizada na melhoria contínua da qualidade, assenta no princípio do Ciclo PDCA¹, que é constituído por quatro fases: **Plan**, fase na qual se analisam as áreas/actividades ou processos, que queremos melhorar; **Do**, fase na qual se implementa a mudança/melhoria; **Check**, este passo é essencial na medida em que nela se efetuam a monitorização e acompanhamento da mudança/melhoria; **Act**, depois de planear a mudança/melhoria, implementá-la e monitorizá-la, vem a fase na qual se toma a decisão de acordo com os resultados obtidos, tendo em conta o seu processo de melhoria da qualidade (Jackson, 2001; Gowland, 2004 como citado em Silva, Saraiva & Teixeira, 2010).

Durante a conceção deste trabalho projeto tive em consideração diferentes dimensões que permitiram detectar necessidades, revelar possibilidades de intervenção e perspectivar mudanças entre o contexto atual existente e aquilo que pretendia alcançar com a implementação das intervenções. Sendo assim, e como realça Bonvalot e Courtois (1984, como citado em Cortezão, 1990, p. 89), este trabalho projeto pretendeu ser “ (...) a passagem do desejo à intenção e da intenção ao acto” isto é “ (...) uma actividade intencional através da qual o actor social tomando o problema que o interessa, produz conhecimentos, adquire capacidades, revê e/ou adquire atitudes e/ou resolve problemas que o preocupam através do estudo e envolvimento numa questão autêntica (...)” (Ibidem).

Deste modo, o presente relatório do trabalho de projeto constitui um instrumento de avaliação, e simultaneamente uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, em termos de processos e resultados, permitindo desenvolver competências críticas, de síntese e de tomada de decisão. Os desenvolvimentos tiveram como fonte de inspiração os temas abordados no âmbito do curso, com ênfase particular na Unidade Curricular de Gestão da Qualidade em Unidades de Saúde, a observação e a experiência profissional, mas também a necessidade de contribuir para a promoção da melhoria contínua da qualidade assistencial, através do desenvolvimento e implementação de um programa de gestão de quedas. Tive deste modo a oportunidade de iniciar todo o processo que nos permitirá ir de encontro à gestão/resolução de um problema que me preocupava, de forma sistematizada e apoiada na evidência e em documentos centrados nas boas práticas.

O facto de desempenhar funções de gestão intermédia numa instituição psiquiátrica, nomeadamente numa unidade de internamento de longa duração, onde a gestão de topo promove a participação e criação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, conducente à certificação da qualidade institucional, foi o móbil impulsionador para o desenvolvimento deste trabalho.

Neste contexto pretendi implementar um programa de prevenção de quedas contribuindo, não só no âmbito da garantia de um direito dos cidadãos institucionalizados, segurança do doente, mas

¹ Ciclo PDCA – metodologia desenvolvida por Walter Shewart, na década 80, sendo posteriormente dinamizada e generalizada por Edwards Demings daí o nome: Ciclo de Deming.

também para a implementação de uma cultura de melhoria contínua dos cuidados prestados e consequente qualidade em saúde.

Como tal, a implementação deste processo de gestão de quedas tem como objetivo geral: Implementar um Processo de Gestão de Quedas

E como objetivos específicos:

- Conhecer o perfil dos doentes com risco de queda;
- Elaborar um Standard de Intervenção de Enfermagem em articulação com o grau de risco;
- Equipar a unidade de internamento com ferramentas (Instrumentos de registo estandardizados relacionados com a avaliação do risco de queda, registo de Ocorrência e de Notificação de quedas);
- Monitorizar o risco e as quedas ocorridas;
- Conhecer o perfil dos doentes que sofreram queda;

Tendo como ponto de partida o que foi anteriormente referido, o presente relatório encontra-se estruturado em duas partes.

Na primeira abordam-se os pressupostos ideológico-teórico-metodológicos que suportam e fundamentam este projeto de trabalho. Explana-se a evolução do conceito de qualidade e a influência dos principais teóricos na promoção e consolidação da qualidade na saúde, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, numa lógica de melhoria contínua.

A questão da promoção da segurança dos doentes, assim como as quedas como indicador de qualidade, constituem aspectos estruturantes do trabalho desenvolvido nesta parte do trabalho.

Na segunda parte, que consiste na operacionalização do projeto, é feita uma caracterização, da Instituição, das pessoas que se encontram internadas na unidade que foi âmbito da minha intervenção, de modo a poder fundamentar a pertinência da implementação do Processo de Gestão de Quedas, dos procedimentos utilizados atualmente em situação de queda e dos procedimentos que pretendo implementar relativamente à documentação da mesma.

Seguidamente, é feita a descrição do percurso desenhado ao concretizado e por último procedi à avaliação das medidas implementadas no processo de documentação de quedas, com identificação de não conformidades e sugestão de medidas corretivas, assim como é feita a análise dos resultados da implementação do processo de gestão de quedas.

No intuito de salvaguardar o anonimato da instituição onde desempenho funções, atribuir-lhe-ei, ao longo do texto, uma designação de carácter generalizado.

CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 - DA QUALIDADE À QUALIDADE EM SAÚDE

A qualidade é um conceito intemporal que se encontra em constante mutação e construção. A sua abrangência encontra-se em permanente evolução, e reflecte não só as necessidades, exigências e desejos de cada época, como também as mudanças na envolvente. No entanto a sua construção depende da vontade das pessoas e das organizações, em serem melhores e em exigirem um desenvolvimento natural e social mais justo e equilibrado, que permita a sustentabilidade.

Embora tenha surgido no meio industrial numa fase inicial, a sua aplicação em instituições e serviços/cuidados de saúde tem sido uma constatação recente com enorme evolução e impacto, ganhando, deste modo, cada vez maior expressão, na medida em que, de acordo com Florentim e Franco (2006), “[a] preocupação acerca da temática da qualidade em serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde em geral (...)” assumindo desta forma, a gestão da qualidade total “(...) cada vez mais, um papel fundamental na saúde. Assim, esta filosofia de gestão caracteriza-se, essencialmente, pela sua focalização nos utentes e pela excelência, efectividade e eficiência dos serviços” (p.15). Não se trata de um mero exercício de sobrevivência, mas de um estado de espírito, da única forma aceitável de viver os negócios - uma verdadeira filosofia da gestão em constante desenvolvimento (Cruz & Carvalho, 1998), como teremos oportunidade de constatar neste ponto do trabalho.

1.1 – Qualidade um conceito em (re) construção

As preocupações com a qualidade são um contínuo na vida das pessoas e das organizações. Elas remontam aos tempos em que se inicia a produção de instrumentos/ferramentas elementares para a produção de bens de consumo com vista à satisfação das necessidades pessoais. A necessidade de abastecimento de produtos é explicada pelo aparecimento dos primeiros aglomerados populacionais, sendo os artesãos a suprirem essa necessidade. No entanto, com o aumento da população e conseqüentemente das necessidades, emerge o aumento da produção impulsionando a sua sistematização, e concludentemente o abandono dos modelos artesanais e a implementação de modelos industriais para fazer face às diferentes necessidades. Esta industrialização da produção atinge o seu auge com a revolução industrial, em que o baixo poder de compra e a escassez de bens, premiava a quantidade, submergindo a qualidade. No que concerne a produtividade, Taylor, consegue obter ganhos importantes, com a separação das tarefas de planeamento e controlo das tarefas de execução (Pires, 2007).

No entanto, o risco de trabalho mal feito foi evidenciado, durante a 1ª Guerra Mundial, com o fornecimento de produtos que não correspondiam às especificações, emergindo a necessidade de encontrar uma solução para o controlo da qualidade e assegurar que os produtos estivessem conforme as especificações. Esta situação acabou por criar a primeira actividade significativa da função qualidade, a dos inspectores. Porém, o conceito de qualidade, tal como o entendemos atualmente, nasceu nos anos 30 do século passado, durante o período que antecedeu a 2ª Guerra Mundial, através da implementação do controlo Estatístico da qualidade, que ainda hoje tem sido

umas das principais razões para o sucesso de qualquer programa de melhoria da qualidade (Lopes & Capricho, 2007).

Tendo, pois, a sua génese na produção manual, atingiu o seu 'ponto alto' através do contributo de alguns investigadores de referência, nomeadamente Jutan, Ishikawa, Crosby e principalmente Deming, a nível da implementação e desenvolvimento de sistemas de Qualidade que conduziu ao sucesso de algumas empresas japonesas, surgindo assim pela primeira vez o conceito de qualidade total (Ibidem).

Assim, o Grupo de Pesquisa e Formação em controlo da Qualidade, criado com o objetivo de melhorar a qualidade dos produtos japoneses e a sua qualidade de vida, convidou, Deming (1900-1993), como perito americano em controlo estatístico, para fazer, em 1950, um seminário, com a finalidade de educar o público e a indústria no Controlo da Qualidade.

Através deste controlo estatístico, pretendia identificar e estudar as variações controladas e descontroladas que dão origem à variabilidade, tornando-a, deste modo, previsível e controlável, permitindo assim a eliminação de desperdícios de material e tempo. Sendo assim podemos afirmar que de acordo com este investigador, a diminuição da variabilidade aumenta a qualidade (Ibidem).

Além disso, outros fatores influenciadores da melhoria contínua da qualidade são, segundo os mesmos autores, as expectativas e necessidades dos consumidores. Neste contexto é central, no seu trabalho, a valorização do cliente no processo produtivo, afirmando que o consumidor é a parte mais importante de toda a linha de produção. Estas são vistas como o ponto de partida para a melhoria da qualidade (Pires, 2007). Além disso, Deming, relaciona, quatro elementos fundamentais para o processo de melhoria contínua, nomeadamente o Planear, Implementar, Verificar e Melhorar, surgindo, assim, a *Roda de Deming* (Ciclo PDCA), fundamental para gerir qualquer projeto e considerada o alicerce teórico dos sistemas de certificação da qualidade ISO 9001:2000, utilizada mundialmente a nível de inúmeras organizações (Tomás & Gonçalves, 2010). Por seu lado Juran (1904-2008), tal como Deming, também dá ênfase à necessidade de tornar o conceito de qualidade mais abrangente, focalizando-o nas necessidades dos clientes. Além disso dá uma nova dimensão à qualidade, acrescentando o conceito de adequação. Segundo este investigador, a estrutura da produção interna poderia ser perfeita, mas seria inútil se o produto não fosse adequado à utilização esperada. Por outro lado acrescenta que, é objetivo e responsabilidade da gestão alcançar uma melhoria a nível do desempenho para a organização, na medida em que 85% das falhas organizacionais estão relacionadas com falhas verificadas a nível dos sistemas controlados pela gestão e não com falhas tecnológicas. Portanto, apenas a gestão pode ser responsável pela melhoria do desempenho da organização (Pires, 2007). Os problemas deixam, deste modo de ser de âmbito estritamente técnico, para fazerem parte da estratégia de negócios da empresa, devendo ser resolvidos ao nível da gestão de topo (Lopes & Capricho, 2007).

No entanto, no conceito de Juran, existem duas situações distintas: Uma situação de controlo/inspeção, típica de uma gestão tradicional, na qual se considera que o nível de desempenho atual é suficientemente bom e não pode ser melhorado; outra situação de

prevenção, na qual a ênfase é aplicada na melhoria contínua, na medida em que prevalece a ideia de que alguma coisa pode ser feita para melhorar o atual nível de desempenho. Pode-se então concluir, segundo Pires (2007), que “[o] primeiro passo é o de compreender e acreditar que uma mudança é desejável e possível, a longo prazo, e em todos os aspectos da operação de uma organização” (p.29).

Por último, Lopes e Capricho (2007) relatam que em 1997, Juran, através da sua obra intitulada Triologia da Qualidade “ (...) enfatiza o conjunto dos três processos básicos de gestão: Planear, Executar e Controlar, relacionando-os com os processos de qualidade: o Planeamento, o Controlo e a Melhoria da Qualidade, considerando que todos os problemas começam no planeamento” (p.48).

Já Ishikawa (1951-1989), outro grande investigador e referência neste domínio, deu um importante contributo, a nível da implementação e desenvolvimento de sistemas de Qualidade Total, salientando-se o controlo e garantia da qualidade, em função das exigências de qualidade dos consumidores, considerando-o objetivo fundamental.

Paralelamente, alerta para a necessidade de se efectuar uma revisão periódica, semestral, dos padrões e dos regulamentos de qualidade, de modo a que estes reflectam as vozes e as reclamações dos consumidores, bem como as exigências do processo seguinte (Lopes & Capricho, 2007).

Por seu lado Crosby (1926-2001), contribuiu, com a sua experiência de trabalho, para aprofundar e divulgar os conhecimentos na área da qualidade. Tal como Deming e Juran, também ele “ (...) acredita que o problema da qualidade é um problema de gestão e reconhece o interesse da estatística na aplicação prática ao controlo da qualidade” (Lopes & Capricho, 2007, p. 50). No entanto diferencia-se, quando define a qualidade como a conformidade para com os requisitos. Neste contexto, de modo a atingir o resultado final, tudo deveria ser realizado de acordo com os requisitos estabelecidos. Procurava-se, deste modo, um padrão de desempenho baseado na ideia da produção atingir a meta dos zero defeitos. Sendo assim, para Crosby, a gestão da qualidade é principalmente, evitar que os defeitos aconteçam no ciclo da execução, ou seja, criar uma cultura de prevenção que funciona como uma garantia para a qualidade (Ibidem).

Deste modo, através do contributo dado por estas referências incontornáveis, que permitiram obter um crescente sucesso do mercado japonês e portanto aumentar o seu grau competitividade, as empresas europeias e americanas, tentaram adoptar uma nova abordagem à qualidade total. No entanto observou-se uma dificuldade na sua implementação, na medida que a cultura empresarial existente, favorável à classe dirigente, não compreendeu que parte do sucesso obtido se devia aos valores da cultura oriental, que apostava mais, no ensino e aprendizagem, na participação e envolvimento das pessoas no trabalho em equipa, na qualidade do que na quantidade e no cliente como preocupação primordial (Ibidem).

Assim, através da influência destes investigadores, o factor qualidade torna-se cada vez mais importante e vai sendo definido sob diferentes perspectivas, que vão desde a aptidão ao uso (Juran, 1974), passando pela conformidade com as especificações (Crosby, 1979), e pela paixão que desperta no consumidor a qualidade de um produto ou serviço (Tribus, 1990). No mesmo

sentido, Kano et al. (1984) sublinha que para haver qualidade as expectativas do cliente podem, em algumas situações ter que ser excedidas, ou seja de uma forma geral podemos dizer que a qualidade tem sempre várias dimensões (Pires, 2007).

Embora o início do processo da qualidade esteja ligado a áreas como a energia nuclear e defesa, espacial, a sua extensão a outras indústrias de produção tem vindo progressivamente a intensificar-se e a diversificar-se à medida que aumenta a complexidade dos processos, a competitividade as exigências acrescidas da qualidade dos produtos impostas pelos consumidores. Num meio envolvente cada vez mais competitivo, é certo que o factor qualidade se torna cada vez mais importante (Ibidem).

Deste modo, nos anos 60, época de grande investimento, institucionaliza-se a garantia da qualidade enquanto exigência dos grandes compradores.

Como tal, as preocupações com a qualidade, intrínsecas à natureza humana, sempre existiram, corroborando a relevância que a garantia da qualidade tem vindo a assumir como parte integrante da gestão das empresas, resultando assim na associação da gestão à qualidade (Ibidem).

Segundo Lopes e Capricho (2007), foi dada uma nova perspectiva da qualidade, referindo que “[o] controlo da qualidade faz parte integrante da gestão a todos os níveis, não estando reservados apenas para especialistas em controlo da qualidade” (p.48).

Podemos, então, concluir que o conceito de qualidade e a forma como foi entendida nas práticas das empresas evoluiu gradualmente ao longo do tempo, evidenciando-se nessa evolução fases com distintas características e metodologias adoptadas.

No entanto, a garantia da qualidade tornou-se uma tarefa complexa, tanto mais complexa quanto os consumidores/clientes podem entender a qualidade de maneiras diferentes.

Os utilizadores/clientes não são apenas as pessoas externas à organização que recebem o produto ou serviços que a organização tem para lhes oferecer. O termo cliente é muito mais abrangente. Ele engloba tanto os clientes internos como os externos à organização.

Deste modo podemos afirmar que, numa organização, toda as pessoas devem estar comprometidas em fornecerem serviços de qualidade tanto a clientes internos como externos (Jeffries, Evans & Reynolds, 1992).

O mesmo é reforçado por Pires, 2007, que refere que a qualidade, embora difícil de se efectivar, “[d]eve ser transmitida a cada empregado a todos os níveis da organização de tal modo que a consciência da qualidade se torne parte da cultura da empresa” (p.205).

Outro passo essencial para começar a traçar o caminho da qualidade foi o reconhecimento da existência de erros e a percepção de que a perfeição é difícil de se obter.

Por outro lado, nos países industrializados, através do aumento do nível educativo da população, das expectativas crescentes da mesma, do aumento da competitividade entre as organizações, a qualidade foi-se tornando um pré-requisito para o sucesso das empresas, sendo a perda de participação no mercado considerada como um fracasso de produtos e o desperdício como sendo o resultado da má planificação da qualidade, (Juran, como citado em Pires, 2007).

A qualidade tem vindo, deste modo, a assumir uma condição mais significativa da sua importância. Ela já não se discute, porque sem ela a organização não sobrevive. Embora ela tenha uma

componente subjectiva, por vezes difícil ou mesmo impossível de medir com precisão, do ponto de vista do controlo, da garantia ou da gestão da qualidade, ela necessita de existir, devendo a qualidade contínua transformar-se numa estratégia de gestão de topo.

Embora a perfeição não exista e nunca possa ser alcançada, a sua procura nunca acaba, resultando daí um fluxo constante de melhorias e inovações que nos conduz à melhoria contínua na qualidade dos produtos e portanto para produtos cada vez mais perfeitos e adequados às necessidades e exigências.

De acordo com a mesma fonte, embora os actuais movimentos em direcção à excelência resultam de uma mais alargada consciência da importância e do empenho da empresa na qualidade, as organizações devem, no entanto, procurar a melhor solução e não apenas a solução possível, para que o produto final possa ir de encontro às necessidades e expectativas do consumidor, na medida que, atualmente, os consumidores não só esperam da qualidade a conformidade aos requisitos, a adequação ao uso ou propósito, a funcionalidade e durabilidade e uma justa relação qualidade/preço, como também desejam ser surpreendidos com uma panóplia de produtos e serviços excelentes, amigos do ambiente e que tenham qualidade garantida e certificada. No entanto, embora as empresas devam aumentar os benefícios que o consumidor possa tirar de um produto, sustendo o custo a um nível aceitável, estes últimos estão a colocar cada vez mais, como critério de compra, a qualidade à frente do preço, o que reforçará o movimento para produtos cada vez melhor (Ibidem).

Sendo assim, podemos afirmar que “[a] sobrevivência de uma empresa está fortemente ligada a um processo contínuo de melhorias e de implementação de projetos” de modo a poder permitir uma adaptação a mudanças cada vez mais profundas e frequentes (Pires, 2007, p. 205).

1.2 - Qualidade em saúde

No âmbito deste subcapítulo, e tendo por base a (re)construção do conceito de qualidade, proceder-se-á a uma breve análise da qualidade em saúde e nesta, à avaliação dos cuidados, passando duma abordagem da realidade em construção à qualidade em saúde em Portugal.

O crescente enfoque e interesse pela qualidade, largamente utilizada no meio industrial, a partir de meados do século XX, nomeadamente com Deming e Juran, é um fenómeno relativamente recente nos sistemas de saúde, vindo sua aplicação a ganhar cada vez maior expressão no seio dos serviços e cuidados de saúde (Sousa, 2010).

O mesmo autor refere que este novo paradigma, na área da saúde, teve como ponto de partida, as expectativas cada vez mais elevadas dos doentes, contribuindo para tal, entre outros fatores, “(...) os avanços verificados ao nível da ciência; os desenvolvimentos tecnológicos; a facilidade de acesso e difusão da informação e; a mudança de cultura para uma lógica de exigência e responsabilidade social” (p.28).

No entanto, a impossibilidade de aplicar, de uma forma linear, os conceitos e as práticas de qualidade, do sector industrial para a área de saúde, tem sido considerado, por alguns autores, nomeadamente Deming, 1994; Berwick 1996 e Blumenthal, 1996, “ (...) como um dos principais fatores que tem condicionado o processo de adopção e implementação de uma verdadeira cultura

de qualidade dos sistemas de saúde, um pouco por todo o mundo” (como citado em Sousa, 2010, p. 20).

Se por qualidade se entender a capacidade que um produto ou serviço tem em atingir, ao menor custo possível, a finalidade para a qual foi produzido, indubitavelmente se depreende que “ (...) a qualidade em saúde, ou de um sistema de saúde, será perspectivada de modo diferente consoante se trate de qualidade clínica, qualidade dos serviços não-clínicos, ou de qualidade organizacional, nomeadamente na óptica da gestão e da administração da saúde” (Machado & Nunes, 2007, p. 113).

Nesta linha de pensamento, Mezomo (2001), refere que “(...) ela é, e deve ser entendida, como uma extensão da própria missão da organização que é, a de atender e exceder as necessidades e expectativas dos seus clientes” (p.73).

Na literatura encontram-se inúmeros conceitos de qualidade em saúde. Em saúde, a definição de qualidade esta dependente da perspectiva e valores de quem a define, porém, para melhor integrar a temática neste âmbito destaco algumas definições.

Segundo Donabedian (1980), a qualidade em cuidados de saúde é “(...) o tipo de cuidados que maximiza uma medida, que inclui o bem estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes” (p.5).

Palmer e Nesson (1982), definem a qualidade como a produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes.

Em 1990, o Institute of Medicine (IoM) definia qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente.

A OMS em 2000, cit. por Machado e Nunes em 2007, descreve a qualidade na saúde como “Um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivos a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (p.117).

Pode-se observar que o termo qualidade surge sempre associado a uma relação de conformidade de especificações e parâmetros definidos. Por outro lado, o cliente/consumidor de uma qualquer organização define, também, ele próprio, as variáveis e parâmetros a considerar pela estrutura de forma a definir um Sistema de Qualidade. Sendo assim, e em consonância com o que foi exposto, Imperatori (1986), refere que “[a] qualidade é o que o cliente quer (...)”, podendo, a qualidade de um mesmo produto/serviço “(...) ser diferente para diferentes clientes (...)” e “(...) diferente para o mesmo cliente em diferentes tempos ou condições” (p.291).

É razoável afirmar que se trata de um conceito com carácter subjectivo, na medida que, segundo Hesbeen (2001), “[a] percepção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana, e é, portanto, extremamente variável, ou evolutiva” (p.155).

Desta forma, a qualidade não é um conceito estático, na medida que se encontra sujeito a uma multiplicidade de interpretações, devendo, assim, ser analisada no contexto de um sistema de

saúde de uma sociedade em constante evolução, tendo sempre a preocupação de colocar o cidadão no centro do sistema de saúde, procurando satisfazer as suas necessidades.

Por outro lado, pode-se também afirmar que, a obtenção de cuidados de saúde excelentes encontra-se, nitidamente dependente de fatores como, a sistematização de metodologias que permitam a diminuição da variabilidade na prestação, o estabelecimento de objetivos, indicadores e metas, que possibilitem a avaliação de desempenho dos processos, assim como a avaliação da eficácia e eficiência dos mesmos através dos resultados obtidos (Machado & Nunes, 2007).

Para Sousa (2010), o grande desafio da qualidade reside na “ (...) necessidade de criar com sucesso, um sistema que, de forma coerente e integrada, englobe os múltiplos esforços que, os profissionais e as organizações estão a desenvolver de molde a potenciar os benefícios para os doentes” (p.19).

Reflectindo a preocupação crescente com a qualidade na saúde, a OMS chama a atenção para estes novos desafios e alerta para a necessidade de se estabelecer e implementar, em cada Estado membro, uma estratégia nacional para a qualidade e segurança em saúde, devendo, no entanto, ter particular atenção na necessidade da tomada de medidas sustentáveis a longo prazo. Além disso refere ainda que a elaboração dessas estratégias deverão ter em vista, a criação de conhecimento sobre os problemas em matéria da qualidade, bem como as suas soluções, devendo estas ser implementadas, de forma sistemática, de acordo com as realidades regionais e locais (Ministério da Saúde, 2009)².

Para tal, em 1984, a OMS, elaborou as Metas de Saúde para todos no ano 2000, sendo o objetivo da Meta 31 especialmente pertinente no tocante á área da qualidade, na medida que menciona que todos os estados membros devem ter constituído, em 1990, “ (...) mecanismos eficazes que assegurem a qualidade dos cuidados do doente dentro dos respectivos sistemas de saúde” (Pinheiro, 2009, p.33). Com o objetivo dos estados membros assegurarem esta meta, esta organização realça ser fundamental o desenvolvimento e a implementação: de estratégias combinadas de garantia da qualidade; de intercâmbio e colaboração internacional no âmbito da avaliação de procedimentos e de padrões de cuidados; de tecnologia e formação; da monitorização sistemática dos resultados de cuidados de saúde, através de sistemas de informação adequados; do envolvimento dos profissionais, dos gestores e do público consumidor, na nova dinâmica orientada para os resultados; da reorientação da formação dos profissionais de saúde e o custo e efectividade como medidas de desempenho desenvolver; e de tecnologia e formação profissional (Ibidem).

▪ **A qualidade e suas especificidades**

A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, visando a melhoria contínua e o aumento da efectividade dos mesmos, tornou-se numa preocupação constante e constitui uma finalidade dos sistemas de saúde modernos, de âmbito público, privado ou social, assumindo, cada vez maior relevância, as questões relacionadas com a avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, de âmbito público, privado ou social. Tornou-se, deste modo, um grande

² Definido no Despacho 14223/2009 de 24 de Junho de 2009, do Diário da República, 2.ªsérie – N.º120, p.24667-24669)

desafio, avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, assim como, assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados. Nesta linha de pensamento, de acordo com, Pisco e Biscaia (2001), “[j]á não basta o fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível” (p.44).

Atualmente, existem vários modelos que procuram avaliar a qualidade, motivo pelo qual é importante considerar que toda a avaliação é a emissão de valores entre o encontrado e o desejado. A acreditação³, as auditorias clínicas⁴, a avaliação dos resultados⁵ e da variabilidade na prática clínica⁶, têm sido, entre o vasto conjunto de ferramentas e estratégias existentes, para avaliar a qualidade na área da saúde, as mais frequentemente utilizadas, na medida em que apresentam uma base de evidência mais sólida (Mainz, 2003; Veillard et al., 2005).

Apesar dessa diversidade de abordagens e de modelos de avaliação da qualidade, no sector da saúde, todos têm como denominador em comum, a utilização de indicadores para medir e monitorizar os níveis/padrões de qualidade dos cuidados de saúde (Sousa, 2010).

De acordo com a mesma fonte, alguns autores conhecidos, entre os quais Robert Maxwell e Donabedian, debruçaram-se sobre a importância da avaliação da qualidade em saúde, dando um grande contributo nessa área. Assim, no início da década de 1990, Robert Maxwell, permitiu objectivar a medição e consequente avaliação, da qualidade em saúde, ao operacionalizar este conceito, amplo e por vezes abstracto, em seis dimensões, nomeadamente, efectividade⁷, eficiência⁸, qualidade percebida pelo doente⁹, acessibilidade¹⁰, equidade¹¹ e segurança¹² (Sousa, 2010).

Esta operacionalização de conceito permitiu, paralelamente, avaliar a qualidade, quer a um nível específico (quando se analisa uma das dimensões), quer numa perspectiva mais global e integrada (quando se avaliam duas ou mais dimensões em simultâneo) (Ibidem).

³Sistema de avaliação externa, periódica e voluntária do cumprimento de padrões de qualidade explícitos e previamente estabelecidos, procurando estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade (Romano, 2005)

⁴Processo de avaliação e melhoria da qualidade, realizado, inter-pares, tendo por base a revisão sistemática de informação decorrente dos cuidados prestados e, consequentemente, a sua comparação com critérios e padrões previamente definidos (UK. National Health Service Wales, 2003)

⁵Análise e percepção dos resultados, de uma intervenção clínica, bem como os factores que a influenciam, possibilitando, desta forma, uma perspectiva focalizada e, simultaneamente, global da qualidade em saúde (Sousa, 2010, p.26)

⁶Procura desenvolver normas de orientação clínica (*guidelines*), cujo objectivo é definir práticas de excelência baseadas na melhor evidência disponível (Sousa, 2010, p.25)

⁷ Grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados (DGS, 2010; PNS, 2011-2016)

⁸ Produzir os mesmos efeitos com menores recursos, ou com os mesmos recursos maximizar os efeitos (DGS, 2010; PNS, 2011-2016)

⁹ Grau de satisfação e expectativas dos doentes e com as opiniões, sugestões, reclamações (Sousa, 2010, p. 26)

¹⁰ Inexistência de barreiras económicas, administrativas, geográficas ou culturais para a obtenção dos cuidados necessários (DGS, 2010; PNS, 2011-2016)

¹¹ Prestação de cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação pelo sexo, idade, nível económico, situação geográfica ou outras (DGS, 2010; PNS, 2011-2016)

¹²Ocorrência de eventos indesejados, decorrentes da prestação de cuidados de saúde e que causam dano ou incapacidade (DGS, 2010; PNS, 2011-2016)

Por seu lado Avedis Donabedian (1919-2000), através da criação e difusão do modelo de avaliação da qualidade, assente na tríade, estrutura, processo e resultados, foi considerado o “pai” do “moderno” movimento da avaliação da qualidade da saúde. Segundo este autor, estas dimensões devem ser avaliadas na qualificação de uma acção ou serviço de saúde, dividindo a avaliação da qualidade de cuidados em avaliação da estrutura na qual os cuidados são prestados, processo e critérios resultantes (Donabedian, 1969).

Tais dimensões constituem atualmente o paradigma dominante da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.

A componente estrutura está relacionada com as características do local onde os cuidados estão a ser prestados, nomeadamente, as instalações da organização de saúde, os equipamentos, os profissionais e os recursos que têm ao seu alcance, assim como o modelo de organização do trabalho (Sousa, 2010). É de realçar que, embora se possa pensar que a existência de boas condições estruturais seja provavelmente o meio mais importante de proteger e promover a qualidade dos cuidados com a saúde, esta, só por si, não garante um nível elevado de qualidade de cuidados ou serviços, muito embora se possa considerar uma condição necessária (Donabedian, 1980; Mezomo, 2001, Sousa, 2010).

O processo corresponde ao conjunto de actividades que os profissionais realizam para os utentes/doente, bem como as respostas destes, e inclui as actividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e as ações preventivas (Ibidem).

O resultado pode-se referir, aos efeitos que as ações e os procedimentos provocam no estado de saúde do doente e que possam ser atribuídos a um cuidado prévio, à satisfação dos doentes resultante dos cuidados prestados, bem como às mudanças relacionadas com os conhecimentos e comportamentos. Além disso através dos resultados, pode-se determinar a efectividade, a eficiência e a satisfação dos doentes perante os cuidados de saúde que lhes foram prestados (Ibidem).

Donabedian (1980) e Mezomo (2001), preconizam que, para que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde seja possível, será necessário que haja, uma ligação de interdependência entre estes três componentes, assim como um instrumento que contemple indicadores representativos das três categorias, pois estas não são nem podem ser elementos autónomos e dissociados, embora a relação entre estrutura, processo e resultado nem sempre exista. Os mesmos autores referem ainda que, embora a causa dos resultados não desejados nem sempre corresponderem a um baixo nível de qualidade dos cuidados de saúde prestados, na medida em que, em saúde, existem diversos fatores individuais (tais como a idade dos utentes, a gravidade da situação ou da doença, assim como a carga psicossocial de cada doente) que, por si sós, podem influenciar os resultados, esta deverá ser pesquisada e, se possível, eliminada.

Embora o modelo de Donabedian tenha levado ao aparecimento de diversos movimentos, de acordo com a componente que era mais valorizada na avaliação da qualidade, atualmente, o enfoque incide mais “ (...) na análise dos resultados – outcomes, tendo sempre presente os laços indissociáveis entre os três aspectos, na medida em que a identificação de um resultado menos favorável que o expectável, possa ser indicador, em princípio, da existência de problemas ao nível

do processo ou da estrutura, pelo que é de todo conveniente e recomendável a adopção de abordagens globais e integradas” (Sousa, 2010, p.28).

De acordo com o mesmo autor, a investigação dos resultados, permite, aos profissionais de saúde e aos doentes, tomar decisões mais informadas, na medida que fornece evidência acerca dos benefícios, riscos e resultados dos cuidados prestados. Por outro lado, a análise dos mesmos, pode permitir, aos gestores da saúde e aos financiadores, identificar estratégias potencialmente efectivas que devem ser implementadas no sentido de melhorar e manter a qualidade dos cuidados de saúde.

Nesta lógica de pensamento, pode-se afirmar que, “[A]o relacionar os cuidados que os doentes recebem, com os outcomes neles verificados, a análise de resultados torna-se a chave para avaliar, monitorizar e melhorar a qualidade em saúde” (Donabedian, 2002, cit. por Sousa, 2010, p.28).

Esta ideia é reforçada no PNS 2011-2016 onde é referido que “ (...) as decisões sobre estruturas e processos, têm como principal alvo e critério, o doente, a sua segurança e a melhoria da qualidade, com o objetivo de garantir cuidados de saúde de excelência, acessíveis, seguros, efectivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema” (DGS, 2010a, p.24)

Em jeito de conclusão, quero reforçar que nenhuma organização, nomeadamente os serviços de saúde, pode aspirar a obter a plena satisfação dos seus clientes, a ser competitiva, com recursos cada vez mais escassos ou face a uma concorrência agressiva, e a obter o reconhecimento dos seus pares e da comunidade que serve, se ainda não atingiu os requisitos mínimos para poder sequer falar de Garantia/Gestão da Qualidade.

▪ **Qualidade em Saúde em Portugal: Uma realidade em construção**

Ao longo da última década, o objetivo primordial das políticas de saúde foi, assegurar a equidade no acesso à saúde, tentando, no entanto, garantir, a sustentabilidade do sistema público, face ao crescimento descontrolado dos custos com os cuidados de saúde. Porém, uma vez consolidada a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, alguns dos grandes desafios, no âmbito da saúde em Portugal, como aliás na maioria dos países do espaço europeu, passaram a ser, os desafios da qualidade e da segurança, tendo sempre como epicentro do sistema de saúde, o doente, particularmente quando este se encontra fragilizado pela sua situação de doença (Nunes & Brandão, 2007; Diniz, 2010). O mesmo era reforçado pelo então Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, quando realça numa entrevista, realizada, em 2003, pelo extinto IQS, que a qualidade é ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde.

Assegurar a qualidade e a segurança, passou então a ser o passo decisivo da reforma estrutural do Sistema de Saúde. Esta deverá ser vista, não só como um fim em si mesmo, mas, também como garante de que os utentes dos serviços de saúde não estão sujeitos a um risco de acidente, incluindo de morte (Machado & Nunes, 2007).

Para tal, o Plano Nacional de Saúde [PNS] 2004 -2010 aponta como orientação estratégica e intervenção necessária, uma melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde e

consequentemente uma promoção da qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, é fundamental que as estratégias utilizadas estejam orientadas para objetivos que promovam a cultura de melhoria contínua da qualidade que se pretende sedimentar e difundir (Ministério da Saúde, 2009) ¹³.

De acordo com a mesma fonte, é indispensável que exista uma atualização permanente da cultura científica e da preparação técnica, de forma a que os profissionais de saúde se obriguem à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com o objetivo de promover ou restituir a saúde e suavizar o sofrimento, tendo sempre em atenção o respeito pela dignidade da pessoa.

Deste modo, perante, um nível de exigências e de expectativas, de bons resultados terapêuticos, cada vez mais elevados, dos utilizadores do sistema de saúde, e da existência de interesses e conflitos, numa mudança tecnológica permanente e sob um escrutínio público sem precedentes, a existência de eventuais falhas ou erros, no âmbito da prestação de cuidados de saúde podem ser interpretados, pelos cidadãos, num quadro de eventual culpa, numa sociedade onde existe uma crescente consciência social (Ibidem).

Sendo assim, “[o]s profissionais de saúde estão submetidos a uma exigência de atualização de conhecimentos, que necessita do contributo de importantes esforços profissionais e institucionais, para enfrentarem o importante desafio de distinguirem os aspectos que têm que ser incorporados na prática clínica, na organização dos cuidados ou na gestão das instituições, à luz das melhores e mais recentes evidências científicas” (Ibidem, p. 24668). Sendo, de acordo com a mesma fonte, “[a] promoção e a garantia da qualidade e a sua melhoria contínua as bases fundamentais para garantir satisfatoriamente esta exigência” (Ibidem).

Porém, a mesma fonte refere ainda, que uma “ (...) gestão eficiente dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos para dar resposta a um volume crescente da procura de cuidados de saúde, não obsta a que se exija um nível da qualidade da prestação cada vez mais elevado, mesmo considerando que vivemos uma época de enormes desafios para os gestores dos sistemas de saúde e para os profissionais que neles trabalham” (Ibidem).

Deste modo, o Ministério da Saúde optou por criar, no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde¹⁴, sucedâneo do Instituto da Qualidade em Saúde, com a “ (...) missão de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade” (Ibidem). Este, departamento, detém competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde, as quais se consubstanciam com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que visa, através da garantia da qualidade e da melhoria contínua, da prestação de cuidados de saúde, para benefício dos cidadãos utilizadores do sistema de saúde e satisfação dos seus profissionais, promover a aproximação da prestação de cuidados de saúde à excelência. Para tal foram adoptadas e implementadas estratégias prioritárias de actuação das quais destaco a promoção da qualidade clínica e organizacional e a Segurança do doente (Ibidem).

¹³ Definido no Despacho 14223/2009 de 24 de Junho de 2009, do Diário da República, 2.ª série – N.º 120, p.24667-24669)

¹⁴ Com existência legal desde o dia 16 de Fevereiro de 2009, através da Portaria nº 155/2009, publicada no Diário da República, n.º 28, de 10 de Fevereiro de 2009.

Deste modo, através da sua implementação, num prazo de 5 anos e da sua consolidação ao fim de 10 anos, pretende obter “(...) uma abordagem integral, que venha a permitir a garantia generalizada da qualidade dos diferentes elementos que intervêm na prestação de cuidados de saúde (Ibidem, p. 24669).

Em consonância com o que foi anteriormente referido, e com base no PNS 2011-2016, Portugal esteve a par com outros países na implementação de um sistema da qualidade na Saúde, definido em 1998 pelo Ministério da Saúde como um conjunto integrado de actividades planeadas, metas explícitas e avaliação do desempenho, a todos os níveis de cuidados. A nível nacional seria definida a política de qualidade, ao nível regional proceder-se-ia à monitorização da efectividade das instituições e, ao nível local, desenvolver-se-iam projectos de melhoria (Direcção Geral da Saúde, 2010a, p.35).

Desde os finais dos anos 80, que se assiste, em Portugal, a um claro desenvolvimento nesta área, do qual se destacam a norma que obriga à criação de comissões de Qualidade em todos os estabelecimentos de saúde e o grande investimento, efectuado nos últimos anos, no âmbito da Formação em Qualidade na saúde (Eiriz & Figueiredo, 2004).

No entanto, apesar de se observar, ao longo dos últimos anos, uma preocupação dos vários governos com a qualidade em saúde e os resultados obtidos terem sido positivos, verifica-se que existe ainda um longo caminho a percorrer. Esta ideia é reforçada, pela Direcção Geral de Saúde, ao declarar, no PNS 2004-2010, que existia uma parca cultura da qualidade, e que era visível que o Sistema de Saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, nomeadamente na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores, a falta de indicadores de desempenho e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico.

Em suma o que está, de um modo geral em causa é, a organização dos serviços e não apenas a competência dos profissionais de saúde. “ [D]e facto, todas as propostas de reforma do sistema de saúde repousam sobre o pressuposto de uma melhoria da prestação de cuidados de saúde, medida através de indicadores objectivos de qualidade” (Ibidem, p. 112).

Atualmente, existe uma forte consciencialização sobre a qualidade, devendo a qualidade em saúde ser entendida como o produto final de uma rede de trabalho, onde os diversos prestadores, com diversos níveis de formação, contribuem para a obtenção de um resultado final.

Com efeito, a sua necessidade justifica-se não só devido, á maior exigência e expectativas por parte dos utentes/familiares, ao maior a nível de formação e conhecimentos exigidos aos profissionais intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde, á necessidade do profissional de saúde desenvolver boas práticas, para uma maior valorização e satisfação, mas também, devido à necessidade de se racionalizar recursos e de desenvolver, por parte das organizações, uma cultura de qualidade na saúde.

No entanto, o relatório da avaliação efectuada ao PNS 2004-2010, efectuado pela OMS (2010a), salienta que dos 64 indicadores avaliáveis estatisticamente, previram que em 2010, cerca de metade das metas seriam atingidas e que cerca de 80% dos indicadores apresentariam uma

evolução muito favorável, comparativamente com a média obtida pelo grupo dos 15 países da União Europeia [UE15]. O mesmo relatório refere ainda que metas importantes, nomeadamente, a demora média hospitalar, a mortalidade por suicídio o consumo de antidepressivos, ansiolíticos e sedativos, entre outros indicadores, piorou nesses anos e que áreas fundamentais, como a questão da sustentabilidade do sistema de saúde, os recursos humanos e a qualidade e segurança dos cuidados não foram objecto de atenção no PNS 2004-2010.

A mesma fonte refere ainda que seria importante, melhorar o alinhamento das estratégias com as tomadas de decisão e sua implementação a nível central, balancear objetivos amplos com um número limitado de objetivos prioritários de médio prazo, fortalecer as relações interministeriais para a criação de mais valor em saúde, melhorar a utilização de ferramentas de mudança, medidas com maior robustez, em termos de evidência, e de melhor informação pública sobre os ganhos obtidos.

Além disso, pelo facto de se constatar, que ao nível das grandes reformas efectuadas, no âmbito da saúde em Portugal, nomeadamente, a criação das unidades de saúde familiares (USF), dos agrupamentos de centros de saúde (ACE), das unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), entre outras, não se verifica a promoção de uma cultura de avaliação do seu impacto, a OMS reforça a necessidade de incentivar e implementar processos de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados, assim como da sua variabilidade (Ibidem).

2 – TAXA DE QUEDA COMO INDICADOR DE QUALIDADE

A qualidade dos cuidados de saúde tornou-se uma matéria de grande debate dentro e fora das Instituições de Saúde. Como tal, a procura constante de uma qualidade assistencial tem vindo a ser tema de discussão entre os profissionais de saúde, sobretudo os que actuam na área da gestão, uma vez que os utilizadores das instituições de saúde tornaram-se, nas últimas décadas, mais conscientes de seus direitos, exigindo, deste modo, um maior comprometimento dessas instituições, contribuindo assim, para o fomento da necessidade das organizações, públicas e privadas, implementarem uma política de qualidade (Kluck, Guimarães, Ferreira & Prompt, 2002). Consequentemente, e acompanhando a lógica da gestão da qualidade, os serviços de enfermagem, como parte integrante de instituições complexas, vêm enfrentando inúmeros desafios no sentido de atender as procuras dos clientes internos e externos, visando a excelência da qualidade assistencial.

Nesta perspectiva, a melhoria contínua da qualidade assistencial, como processo dinâmico e exaustivo no qual se pretende identificar, de forma constante, os fatores que intervêm no processo da equipa de enfermagem, requer dos mesmos a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de cuidados prestados (Fonseca, Yamanaka & Barison, 2005).

Para tal, as Instituições de Saúde têm de adoptar práticas e sistemas de controlo capazes de aumentarem a qualidade dos seus serviços, devendo, deste modo, dispor e/ou desenvolver um conjunto de indicadores que se dividem segundo os serviços e eventos que se pretendem avaliar. Segundo a OMS (2004, como citado em Mezomo, 2001), os indicadores medem o desempenho atual de componentes de estrutura, de processo ou de resultado, e compara-os a padrões desejados. Se os componentes estiverem em conformidade alcança-se um sistema considerado de qualidade.

Para Teixeira, Camargo, Tronchin e Melleiro (2006), um indicador é um instrumento regulador da qualidade e assistência, que obedece, nomeadamente no âmbito da enfermagem, a padrões estabelecidos, construídos a partir de componentes da organização como a estrutura, o processo e o resultado e que deve ser periodicamente revisto.

Já Mota, Melleiro e Tronchin (2007) especificam que indicadores são normas, critérios, padrões e outras medidas quantitativas e qualitativas usadas na determinação da qualidade de um serviço.

Para a Joint Commission International (2008), indicador é uma “[m]edida utilizada para determinar, através do tempo, o desempenho de funções, processos e resultados de uma instituição” (p.234)

A construção de indicadores evidencia-se, assim, como uma importante ferramenta para avaliar a qualidade assistencial, que seja susceptível de comparabilidade nos âmbitos intra e extra-institucional e que reflecta os diferentes contextos de sua prática profissional. Ou seja, os indicadores têm por finalidade analisar as condições do processo e do produto/serviço e compará-las com os padrões estabelecidos, contribuindo para a verificação de desvios e consequente busca de melhorias, mantendo e aperfeiçoando o nível de qualidade (Bohomol, D’Innocenzo & Cunha, 2005).

Deste modo é evidenciada a relação entre indicadores e serviços de saúde, pois são medidas usadas para ajudar a descrever uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo e avaliar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde executadas. Porém convém salientar que os indicadores não medem directamente a qualidade de um serviço, mas a sua análise permite uma confrontação entre um facto real e a meta que se quer atingir, ou até possibilitar a criação de parâmetros, sejam eles internos ou externos, numa organização de saúde. Portanto, um indicador pode ser compreendido como um dado que gera informações sobre assuntos que merecem uma atenção e que possibilita uma revisão de situações específicas (Bohomol et al., 2005).

A adopção de indicadores para monitorizar a qualidade dos serviços oferecidos aos clientes transformou-se, deste modo, quase um imperativo para as organizações modernas. As instituições de saúde, tanto públicas como privadas, também incorporaram esta prática e, conseqüentemente, a discussão deste tema conquistou um espaço cada vez maior na gestão dos serviços de enfermagem.

É de salientar que os indicadores devem abordar aspectos da realidade que são relevantes e que causam preocupação às pessoas que lidam com a tomada de decisão, pois serão esses os líderes do processo de mudança (Malik & Schiesari, 1998). De acordo com os mesmos autores, estes podem ser genéricos, relacionados ao processo assistencial ou específicos, envolvendo determinadas doenças.

A taxa de quedas, em doentes institucionalizados, é considerada por Stanley e Foer (1996) como indicador de qualidade da assistência de enfermagem, instituído em diversas instituições, cada qual com as suas especificidades, e que se encontra relacionado ao processo assistencial

Assim, e conhecendo o foco de actuação, a tomada de decisão quanto a ações estratégicas, táticas e operacionais será mais assertiva, o que dará à empresa/instituição uma melhor competitividade e fará com que ela atenda às necessidades e expectativas dos seus clientes. Para o acompanhamento dessas ações determinadas, os indicadores são excelentes ferramentas, pois reflectem a realidade da instituição. Dessa forma, caso ocorra alguma dificuldade durante a realização das ações, o gestor poderá visualizar as conseqüências, e com isso estabelecer mudanças.

2.1 – Risco de Queda

O progresso nos cuidados de saúde, acompanhado dos avanços tecnológicos na área da saúde, da evolução nos procedimentos e equipamentos de diagnóstico, do desenvolvimento farmacológico e do melhor conhecimento dos processos de doença está associado a uma maior e melhor oferta de cuidados assistenciais. Contudo, a ampla utilização destes recursos, introduz nas organizações hospitalares factor acrescidos de risco, nomeadamente, para os doentes (Ministério da Saúde, 2010).

O risco de ocorrência de eventos adversos em meio hospitalar é, deste modo, uma realidade que tem levado os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a desenvolver estratégias de promoção da segurança do doente hospitalizado.

As quedas são os eventos adversos mais frequentes nos hospitais. São consideradas um sério problema de saúde pública devido, não só a sua frequência, surgindo como os acidentes/eventos adversos mais documentados a nível hospitalar e assumindo particular destaque pelas consequências individuais, que originam, nomeadamente físicas, psicológicas e sociais, mas também devido ao elevado custo económico e social, sobretudo quando ocasiona aumento da dependência e o início da vida num lar. Este tipo de situações é por isso, e como anteriormente exposto, considerado como importante indicador da qualidade assistencial (Mugaiar, Bordin, & Fonseca, 2004; Saraiva, Louro, Ferreira, Batista & Pina, 2008; Signorelli, Araújo & Sawazki, 2009; Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Em consonância com o que foi referido, o Ministério da Saúde (2010), acentua que elas são “(...) uma importante causa de morbidade e mortalidade, passíveis de aumentar o número e severidade de complicações, responsáveis pelo agravamento dos custos, associados ao prolongamento do internamento (...)” (p.28).

A sua definição varia conforme o autor. A OMS define-a como o “(...) evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior, relatando que se estima que em 2002 tenham morrido, em todo o mundo, 391.000 pessoas devido a este fenómeno” (Almeida et al., p. 164).

Segundo Saraiva et al. (2008), a queda pode ainda ser entendida como “ (...) um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correcção em tempo útil” (p.29), podendo este facto ter resultado de vários factores que comprometem a estabilidade do organismo.

Para Pereira, Buksman, Perracini, Barreto e Leite (2001), elas ocorrem devido à perda de equilíbrio postural, devido à presença de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico, perante uma condição clínica adversa que afecte secundariamente os mecanismos do equilíbrio e estabilidade. Por isso, a queda pode ser um evento sentinela, sinalizador do início do declínio da capacidade funcional, ou sintoma de uma nova doença. Os mesmos autores referem que o seu número aumenta progressivamente com a idade em ambos os sexos, em todos os grupos étnicos e raciais.

De acordo com Gazzola e Perracini, 2005 e Gonçalves, 2009, como citado em Signorelli et al. (2009), elas “ (...) são umas das principais causas de morbidade e mortalidade em idosos” (p.12).

Hendrich, Bender e Nyhuis (2003), alertam para o medo que pode despertar nas vítimas que tiveram uma queda, “fallophobia”. Caracterizam este conceito como sendo o medo prolongado de voltar a cair e que pode condicionar seriamente todas as actividades de vida desses indivíduos.

O mesmo é referido por Camargos, 2007, como citado em Signorelli et al. (2009) quando reforça que o simples medo de cair pode levar ao aumento da dependência desses idosos, o que irá condicionar uma maior imobilidade com conseqüente agravamento dos déficits funcionais, da insegurança, e da redução auto imposta das actividades, potenciando, este ciclo vicioso, o aumento de risco de novas quedas.

2.2 - Incidência de quedas e resultados/consequências associadas

Segundo Signorelli et al. (2009), os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de sofrer quedas do que os idosos não institucionalizados pois possuem menores níveis de força, equilíbrio, flexibilidade e resistência física. Estes apresentam características importantes como aumento de sedentarismo, perda de autonomia, “(...)”, que entre outros, contribuem para o aumento da prevalência da morbilidades e co-morbilidades relacionadas à autonomia” (p.13).

A estimativa da ocorrência de quedas por faixa etária é de 28% a 35% nos idosos com mais de 65 anos e 32% a 42% naqueles com mais de 75 anos (Campbell, Borrie & Spears, 1989; Tinetti & Speechley, 1989; Campbell, Borrie, Spears, Jackson, & Fitzgerald, 1990)

Segundo a European Network for Safety among Elderly [EUNESE] (2006), nos países da União Europeia [EU], recorrem anualmente aos serviços médicos, 1 em cada 10 idosos, devido a uma lesão provocada por queda, o que totaliza 8 milhões de lesões. Consequentemente, as hospitalizações por lesões relacionadas com quedas, são 5 vezes mais do que por lesões de qualquer outro tipo (Skelton & Todd, 2004, como citado em EUNESE, 2006).

Nesta linha de contexto, a OMS (2006) acrescenta que na EU ocorrem perto de 40.000 mortes de idosos devido a quedas, estimando-se que a taxa de mortalidade nos idosos com mais de 80 anos seja 6 vezes mais alta do que os idosos entre os 65 e os 79 anos.

Embora existam poucos dados sobre a realidade das quedas em Portugal, algumas organizações de saúde têm vindo a adoptar uma cultura de notificação deste tipo de acidentes que ocorrem no ambiente hospitalar. Estes são ainda exemplos escassos e pontuais (Almeida, Abreu, & Mendes, 2010).

Na lógica do que foi dito, foi criado o sistema ADELIA - Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada¹⁵. Este sistema fornece dados relacionados com diversos tipos de acidentes domésticos ou de lazer, com por exemplo a ocorrência de quedas, que implicaram o recurso aos serviços de saúde.

Com o objetivo de se obter uma visão, um pouco mais abrangente, do número de quedas, apresentarei seguidamente, dados produzidos pelo sistema. No entanto é importante não perder de vista que estes dados relacionam-se com quedas ocorridas em contexto domiciliar e não hospitalar.

Sendo assim, de acordo com o sistema ADELIA, e reflectindo-o na Tabela 1, “[a] “Queda” foi o mecanismo da lesão mais frequentemente registado, com 67% (2006), 70,9% (2007) e 74,2% (2008) nos Hospitais e 58,1% (2006) e 58,9% (2007) nos Centros de Saúde” (Contreiras, Rodrigues, & Nunes, 2010, p.35). Estes resultados vão de encontro as estatísticas de outros países da EU onde as quedas representam 75% de todos os doentes que necessitam de cuidados médicos, sendo no entanto de realçar que as taxas de quedas nas pessoas institucionalizadas são muito mais elevadas (EUNESE, 2006; Tinetti & Speechley, 1989).

¹⁵ Sistema criado em 2000, e coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do Dr. Ricardo Jorge, com o objetivo de recolher e analisar dados sobre acidentes domésticos e de lazer (ADL) que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Este sistema é desenvolvido em estreita colaboração com a Administração Central do Sistema de Saúde (ADELIA 2006-2008)

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa de utentes que recorreram a Hospitais e Centros de Saúde por quedas, no período de 2006 a 2008.

	Hospital			Centro de Saúde				Total	
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
	n=21276	n=11088	n=8660	n=1405	n=701	n=nd	n=22681	n=11789	n=8660
Queda	67,0	70,9	74,2	58,1	58,9	n.d	66,4	70,1	74,2

(Fonte: Sistema ADELIA)

Conforme se pode verificar na Tabela 2 e segundo refere a mesma fonte, “Os acidentes que tiveram como mecanismo de lesão a Queda foram os mais frequentes em todos os grupos etários, com um peso mais acentuado nos grupos etários extremos, em especial nos indivíduos com 75 ou mais anos, onde as quedas representaram 90,4% (2006), 90,2% (2007) e 92,3% (2008) dos acidentes registados. É de notar, também que a percentagem deste tipo de mecanismo de lesão aumentou ao longo dos anos analisados: 66,4% (2006), 70,1% (2007) e 72,7% (2008)” (p.36).

Tabela 2 - Frequência relativa de quedas que ocorreram segundo o grupo etário, no período de 2006 a 2008.

	Ano	Grupo etário					Total
		35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Quedas	2006	52,0	61,6	69,0	81,1	90,4	66,4
	2007	61,6	69,6	80,0	84,4	90,2	70,1
	2008	62,2	68,9	79,2	87,1	92,3	72,7

(Fonte: Sistema ADELIA)

Por outro lado King e Tinneti (1996, como citado em Buksman, Vilela, Pereira, Lino, & Santos, 2008) mencionam que os idosos que já sofreram uma queda apresentam um aumento do risco de queda, que pode variar entre 60% e 70% no ano subsequente. A mesma fonte refere ainda que entre 20% e 30% dos idosos com mais de duas quedas por ano e que sofreram alguma lesão apresentam redução da mobilidade, da independência, e aumento do risco de morte prematura.

A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2010) alerta, por seu lado, que, para além da frequência das quedas aumentar com a idade, 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas que sofrem quedas, a cada ano, 40% delas experimentam quedas recorrentes.

Segundo Marin, Bourie e Safran (2000) as quedas podem causar limitações na actividade física e na independência do indivíduo, comprometendo o seu bem-estar físico e mental.

Num estudo efectuado por Rohde, Myers e Vlahov (1990, como citado em Diccini, Pinho, & Silva, 2008), cerca de 23% das quedas em pacientes hospitalizados resultam em lesões, sendo que 83% das lesões são abrasões, contusões e lacerações e 9% são fracturas. Das fracturas, 4% ocorrem nos ossos do quadril e 3,5% nos ossos da calota craniana (Rubenstein, Powers & MacLean, 2001)

Segundo Marin et al., (2000) e tendo por base o que foi anteriormente referido, as quedas podem causar limitações na actividade física e na independência do indivíduo, comprometendo o seu bem-estar físico e mental.

As consequências são, assim, de diversos tipos, podendo ser tanto de natureza física, como psicológica e/ou social, afectando, conseqüentemente a qualidade de vida dos indivíduos (Saraiva et al. 2008). As consequências físicas são todas as lesões directamente motivadas pelo traumatismo, tais como feridas, hematomas e/ou fracturas. A nível psicológico as consequências que se destacam são o medo de voltar a cair, a ansiedade, a depressão, a perda da auto-estima, entre outros. Quanto às sociais estas passam pelo aumento dos custos com recursos humanos e técnicos, em parte devido ao aumento do tempo de internamento, mas também devido ao aumento da necessidade de ajuda ao indivíduo face à diminuição da sua autonomia (Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004; Saraiva et al., 2008).

Os dados epidemiológicos apontados alertam para uma realidade preocupante que faz desta faixa etária um grupo de risco no que concerne à probabilidade de queda, constituindo-se como um problema de saúde pública.

Por outro lado, Morse (2009), alerta também que o ponto fulcral, não assenta na taxa de quedas, mas sim na taxa de lesões ocorridas, na medida que 6% das quedas hospitalar resultam em lesões graves, que podem comprometer o estado de saúde da pessoa ou mesmo conduzir à morte do mesmo.

A mesma autora, alerta ainda que a regra de ouro para determinar o risco de queda, baseia-se no uso de um instrumento de rasteio que mede a probabilidade de uma pessoa cair de uma posição em que se encontra de pé, por exemplo enquanto caminha, ou então se encontra deitado na cama e pretende se levantar. A mesma autora refere que é fundamental examinar e registar as circunstâncias que rodeiam a queda, de modo a prevenir uma possível recorrência.

2.3 - Classificação das quedas

A partir de diferentes abordagens do evento encontram-se várias propostas de classificação das quedas. É importante conseguir uma correcta caracterização das quedas e conseqüentemente delimitar as suas particularidades. A maioria das classificações descritas são tentativas de agrupamento, mais ou menos estruturado, que permitem organizar estes acidentes consoante os factor/causas precipitantes, a frequência de ocorrência, podendo ser esta, um evento único resultante de uma causa extrínseca ao indivíduo, ou recorrente, ou de acordo com os riscos individuais de queda, entre outros.

Das várias tentativas para a caracterização das quedas destaca-se Simpson (2002, como citado em Saraiva et al., 2008), que caracteriza as quedas como sendo ocasionais quando associadas a factor extrínsecos quando causados pelo ambiente, intermitentes ou intercorrentes quando associadas a factor intrínsecos, ou seja causados pela doença do próprio doente, ou recidivantes também associadas a factor intrínsecos mas quando ocorrem duas ou mais vezes no prazo de seis meses.

Outra classificação possível é a apresentada por Morse e utilizada por Hendrich et al. (2003) que caracteriza as quedas em acidentais, fisiologicamente previsíveis e fisiologicamente imprevisíveis, quando relacionadas, respectivamente, a factor extrínsecos, a factor intrínsecos e factor intrínsecos mas que não são previsíveis antes da primeira queda.

Segundo Morse (2009), e com base em resultados obtidos em pesquisas realizadas por Morse, J., Morse, R. e Tylko, em 1989, são seis os factor que contribuem significativamente para a probabilidade da pessoa cair. A autora estabelece que existem três tipos de quedas: quedas acidentais, quedas fisiologicamente previsíveis e quedas fisiológicas imprevisíveis. Além disso refere que apenas os doentes enquadrados em quedas fisiológicas previsíveis, que correspondem num total de 78% de todas as quedas ocorridas, podem ser identificados através da aplicação da Escala de Morse, aspecto que irei explorar no próximo capítulo.

O segundo tipo de quedas, denominadas, de acordo com a mesma autora, quedas fisiologicamente imprevisíveis, representam 8% de todas as quedas ocorridas. Elas são imprevisíveis até a primeira queda ocorrer. Podem ser atribuídas a causas fisiológicas, mas são imprevisíveis até à sua primeira ocorrência, como por exemplo, enfarte, lipotímia, entre outras. Nesta circunstância, o enfermeiro deverá implementar medidas preventivas a nível da segunda queda, incidindo sobretudo, e sempre que a situação assim o permitir, sobre a identificação da sintomatologia e vigilância consoante a causa. Neste tipo de queda o ensino exerce uma função extremamente importante, sendo, no entanto este ensino praticamente impossível, neste tipo de população. Através de Morse surge, aqui, a noção de protecção, na medida em que a queda não pode ser evitada e não pode ser prevista através do uso da Escala. Os enfermeiros deverão adoptar estratégias de protecção de modo a assegurar/evitar que o doente se lesione. Por exemplo um doente com epilepsia pode cair durante a crise convulsiva, e isso não pode ser previsto. No entanto a estratégia de protecção seria, neste tipo de pessoa, a colocação de um capacete protector de modo a proteger a cabeça e garantir a ocorrência de uma lesão mais grave. Por outro lado Morse refere que de todas as quedas ocorridas, 14% são consideradas acidentais, ou seja não podem ser previstas ou impedidas, mesmo usando a Escala de Morse. Estas podem ser motivadas por um tropeção, um escorregão, uma perda de equilíbrio durante a deambulação, um desequilíbrio com o suporte de soros, uma cama posicionada inesperadamente alta, desequilíbrio da cadeira ou da cama, um piso molhado. Estas são geralmente ocasionadas por factor ambientais ou erros de julgamento.

Como tal as quedas acidentais não são provocadas por factor físicos, mas sim por factor ambientais, ou são devido um erro de julgamento do próprio doente, as estratégias de prevenção serão concebidas para que o ambiente esteja livre de perigos. Ou seja, torna-se fundamental propiciar, sempre que possível, uma adaptação do ambiente ao tipo de doente que se encontra internado nessa instituição.

2.4 - Fatores de risco

Huang, Gau, Lin, e Kernohan (2003), afirmam que dois terços das quedas vivenciadas por idosos, poderão ser evitadas através da identificação dos factor de risco relacionados com as mesmas.

Morse (2009), refere ainda que é essencial identificar o sujeito com o perfil de alto risco, de forma a serem implementadas intervenções incisivas para prevenir as quedas efectivas.

Para Huang et al. (2003), factores de risco são características do indivíduo ou do ambiente no qual o mesmo se encontra inserido, que poderão aumentar a probabilidade de este ser alvo de um evento adverso.

As quedas são, como já anteriormente mencionado, fruto de uma diversidade de factores de risco. Para alguns autores, nomeadamente Rubenstein et al., como citados em Oliver, Daly, Martin e McMurdo (2004), elas são o resultado de uma sinergia de múltiplas patologias e factores de risco, para outros, como Saraiva et al. (2008) estas devem ser estudadas como a junção de uma variedade de alterações relacionadas com a idade, patologias e inadequação do ambiente envolvente.

Estas diferenças estão relacionadas com o tipo de abordagem que se utiliza para a compreensão do fenómeno. Como tal existe várias propostas para classificar as quedas, numa tentativa de organizá-las de acordo com os fatores desencadeantes, frequência de ocorrência, riscos individuais de queda, entre outros. Deste modo, ao direccionar a atenção para os diferentes aspectos do fenómeno, as várias abordagens contribuem para realçar os fatores de risco específicos presentes em cada sujeito face à sua situação particular de vida e contexto em que se encontra.

Contudo, a maioria dos estudos, abordam os fatores de risco de forma casuística, permitindo diferentes agrupamentos. Por exemplo, Hendrich et al. (1992) “[a]pontam sete factores de risco, história de quedas anteriores, depressão, alterações ao nível da eliminação, tonturas/vertigens, diagnóstico de cancro, confusão e mobilidade alterada (como citado em Almeida et al., 2010, p. 166).

De acordo com Morse, 1997, como citado em Almeida, Abreu e Mendes (2010), sobressaem seis fatores de risco, sendo eles, história de queda, presença de um diagnóstico secundário, uso de ajudas em ambulatório, terapia endovenosa ou “heparin lock”, marcha prejudicada e má orientação do doente para as suas próprias capacidades.

Oliver et al. (1997) “[i]dentificaram sete factores de risco, pontuação 3 ou 4 na transferência e mobilidade, presença de preocupação de queda, ida frequente ao WC, deficiência visual, agitação e instabilidade da marcha (como citado em Almeida et al., 2010, p. 166).

Por seu lado, Watson e Mayhew, 1994, como citado em Almeida et al. (2010), encontraram quatro fatores de risco referindo como tal, mobilidade diminuída, deficiência visual, ordens de restrição e o uso de medicação anti-hipertensiva.

Para Gluck et al., 1996, como citado em Almeida et al. (2010), destacam-se três fatores de risco, como a história prévia de quedas, confusão ou desorientação, incontinência, diarreia ou necessidade de ajuda para se deslocar à casa de banho.

Atendendo a estas especificidades encontra-se, assim, diferentes organizações de classificação dos fatores de risco. No entanto estes podem ser divididos em dois grandes grupos, os fatores intrínsecos, e os fatores extrínsecos, (Capezuti; Tavares, 2001; Pereira et al. 2001; Rubenstein, Powers & Maclean, 2001; Hendrich, 2006; Saraiva et al., 2008).

Dentro dos fatores extrínsecos, enquadram-se os perigos ambientais e do meio envolvente, isto é, características inadequadas dos espaços, mobiliário e iluminação, existência de obstáculos no meio envolvente, pisos escorregadios, degraus altos, camas altas, ausência ou inadequação de ajudas técnicas, vestuário, calçado inadequado, entre outros (Tavares, 2001; Hendrich, 2006; Saraiva et al., 2008).

Quanto à associação do consumo de medicação com o risco de queda, Hendrich et al. (2003) consideram que essa correlação terá mais sentido quando estabelecida com o efeito secundário causado pela medicação. Desta forma, serão as alterações ou perturbações causadas por essa droga na mobilidade, eliminação e cognição (ou seja a diminuição da percepção/atenção da presença de perigos ambientais, a diminuição do tempo de reacção) que levarão a um risco aumentado de queda.

Relativamente aos fatores intrínsecos estes são inerentes ao próprio indivíduo. Abrangem a idade avançada e as alterações fisiológicas pelas quais o idoso passa, nomeadamente a diminuição do equilíbrio, a perda da força muscular e flexibilidade, assim como as modificações ao nível do tempo de reacção, ou seja, decorrentes das alterações relacionadas ao processo de envelhecimento (DeGoede & Ashton-Miller, 2002).

Embora a maioria das quedas apresentadas pelos idosos resulta de uma interacção complexa entre estes fatores, comprometendo os sistemas envolvidos com a manutenção do equilíbrio, Hendrich (2006) refere que a maioria das quedas de adultos em meio hospitalar está relacionada com causas intrínsecas, sendo que, os fatores extrínsecos espelham menos de 15% das quedas. Apesar disso, a mesma autora alerta que deve ser dada especial atenção ao contexto em que se desenrola a acção, referindo que a necessidade ou o acto de ir à casa de banho é uma das causas de queda mais comuns e relatadas em meio hospitalar, ultrapassando estas os 50%.

Após uma revisão sistemática da literatura sobre a mesma temática, Oliver et al. (2004) concluíram que apenas um pequeno número de fatores de risco de queda pareceram consistentes, nomeadamente a instabilidade na marcha, fraqueza dos membros inferiores, agitação/confusão, incontinência urinária /frequência ou necessidade de ir à casa de banho, história de quedas anteriores e consumo de medicação psicotrópica.

Por último gostaria de realçar que a existência de o grande número de fatores de risco de queda, mencionados nos estudos dos últimos anos, demonstra como a prevenção deste fenómeno deve ser encarada de forma intencional e deve atender aos contextos específicos de cada unidade de cuidados e dos seus utentes, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados.

A intervenção neste tipo de situações deverá ser, por isso, diferenciada consoante a prevalência dos fatores de risco, implementando ações para a prevenção das quedas através do controlo das causas intrínsecas e eliminação das extrínsecas.

Tal como consta no documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), o enfermeiro, no âmbito do exercício profissional, detém a formação e a experiência que lhe permitem identificar as necessidades da pessoa e implementar cuidados de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas e resolver ou minimizar problemas identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

3 – SEGURANÇA

As questões relacionadas com a segurança, perfila-se também como prioritária, na prestação de cuidados de saúde. A segurança encontra-se intimamente ligada à qualidade na medida em que não existe qualidade sem segurança. Consequentemente, a segurança dos doentes, consagrada, há cerca de seis anos, como Direito numa Directiva Europeia torna-se um elemento indissociável da Qualidade (Fragata, 2010). A classificação clássica de Donabedian que triangulava a qualidade em Resultados, Processos e Estrutura foi, posteriormente, complementada pelas dimensões da Satisfação do Doente, da Centralização de Cuidados no Doente e da Segurança (Ibidem).

A ocorrência de queda, em ambiente hospitalar envolve, como referido ao longo do trabalho, não só os doentes como os profissionais, visitas, instalações e equipamentos, provocando uma quebra de confiança entre o cidadão e as instituições prestadoras de cuidados de saúde e a inevitável erosão do seu grau de satisfação, sendo, como tal, matéria relevante para a governação clínica¹⁶ devido ao amplo espectro de consequências éticas, legais, sociais e financeiras (Ministério da Saúde, 2010).

A OMS, em 2002, pela Health Assembly Resolution 55.18, sobre Quality of care: patient safety, reconheceu a necessidade de tornar a segurança dos doentes como um princípio fundamental, em todos os sistemas de saúde.

Neste contexto, a segurança “ (...) assume particular relevância enquanto princípio fundamental do sistema de saúde e como factor crítico de sucesso, surgindo como um desafio para as organizações hospitalares e seus profissionais, assumindo-a como uma prioridade estruturante do sistema de governação clínica baseado numa cultura de qualidade e segurança” (Ministério da Saúde, 2010, p.29).

De acordo com Fragata, (2009 como citado pela Direcção Geral de Saúde, 2010a), é fundamental desenvolver uma gestão de risco clínico (GRC), ou seja, um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, consequentemente, a qualidade de prestação dos cuidados de saúde, através da “(...) identificação prospectiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela actuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. A GRC tem como duplo objectivo, limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo), e minimizar os danos que provocam (recuperando)” (p.67).

Watcher, (2006, como citado pela Direcção Geral de Saúde, 2010a), refere que para fomentar uma cultura de segurança¹⁷ “ (...) é necessário ultrapassar algumas barreiras, como sejam a de uma exagerada autoconfiança no treino e na experiência adquirida e o receio de identificação do

¹⁶ Conjunto de políticas, estratégias e processos que garantem, aos vários níveis do Sistema de Saúde, que as decisões sobre estruturas e processos, tenham como principal alvo e critério o doente, a sua segurança e a melhoria da qualidade, com o objetivo de garantir cuidados de saúde de excelência, acessíveis, seguros, efectivos, eficientes, adequados, oportunos, integrados, contínuos e equitativos, com uma preocupação de combate ao desperdício e de sustentabilidade do sistema (Campos, Portugal, & Borges, 2009).

¹⁷ Representa o conjunto de percepções e de comportamentos de um grupo ou organização, que traduz o modo como a mesma exerce a sua actividade, devendo envolver três componentes, nomeadamente uma cultura justa, na qual as pessoas não são punidas por cometer erros, uma cultura de reporte de eventos, uma cultura de aprendizagem em torno dos erros. A transparência e a confiança, dentro da equipa, são também consideradas fundamentais (Fragata, 2010).

erro com incompetência. As estratégias de intervenção devem ser dirigidas às causas identificadas, que geralmente são multifactoriais (...)” (p.69), encontrando-se estas sintetizadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Sistematização do foco de atenção e respectivos fatores de queda.

Foco de atenção	Fatores
Instituição	Ambiente legal, abertura...
Organização - Gestão	Nível de restrições financeiras, definições, cultura de segurança local
Ambiente Trabalho	Dotação pessoal, turnos, equipamento
Equipa	Comunicação, supervisão, liderança
Fatores Individuais	Competência, motivação, cansaço
Tarefa	Desenho, protocolos, rigor
Complexidade (doente)	Dificuldade técnica, gravidade doença, barreiras comunicação, fatores sociais

(Fonte: Vincent, et al., 2000)

Em termos práticos, segundo a DGS (2010a, pp.70-71), para promover mais segurança deveremos actuar aos seguintes níveis:

- **Comunicação**, podendo ser esta melhorada pela estruturação do modo como recebemos transmitimos ordens (princípio da dupla confirmação) e pelo uso de ferramentas de comunicação, que permitam maior grau de automatismo com menos interfaces humanas.
- **Estandardização e controle de procedimentos**, são também fundamentais para a segurança, devendo as normas e protocolos de actuação, ser simples, não demasiado extensos e não limitadores da actividade individual, no entanto, deverão fornecer uma “espinha dorsal” orientadora de procedimentos, nomeadamente se nestes intervêm múltiplas pessoas e existem muitos passos.
- **Gestão de equipas** - A efectiva gestão de equipas é crucial para a promoção da segurança. A actividade na saúde é hoje, predominantemente, exercida em equipa, uma equipa pluridisciplinar e complexa, com múltiplas interfaces profissionais e técnicas, recorrendo a uma profusão de equipamentos. A dimensão de equipa inclui a comunicação, a inter-ajuda, a divisão de tarefas e a boa supervisão, as quais têm, especialmente, que ser bem lideradas. As equipas de saúde sejam fixas ou fluidas; mais, ou menos estruturadas, terão de ser correctamente lideradas para que o efeito equipa resulte em potenciação e vantagem nos resultados (Carthey, Reason, & Leval, 2001)
- **Cultura de segurança** – A mudança cultural em torno dos erros e do risco, em geral, é a modificação essencial para a promoção da segurança clínica (IoM, 2001). Essa mudança pode promover-se através de valores partilhados sobre a segurança dos doentes, pelo staff e pela organização, numa dinâmica de equipa, de um ambiente de responsabilização

plena, mas livre de culpa e, através da produção de conhecimento organizacional para promoção da segurança.

A **formação**, é outro nível no qual, também, é indispensável actuar, na medida que esta emerge como um instrumento essencial, quer para fazer face a alguma inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas através da implementação de iniciativas/procedimentos, nomeadamente do âmbito da qualidade (Canário, 1998).

De acordo com Honoré, cit. por Canário (1998), “Para que a formação das pessoas na organização possa contribuir para o desenvolvimento dos recursos humanos, é indispensável que ela seja associada a uma formação da organização. Não se trata de uma formação pela organização, mas de uma evolução da própria organização” (p.133).

Paralelamente, as formações devem ser organizadas em estreita articulação com o contexto de trabalho, a partir de uma lógica de resolução de problemas (Joberte, 1993, como citado em Canário, 1998).

Sendo assim, e em consonância com o que foi referido, o Ministério da Saúde (1994, como citado em Canário, 1998), refere que “[o] modelo da Formação-acção centrado na resolução de problemas ou realização de projectos é uma das metodologias que melhor se adequam às necessidades detectadas de provocar mudanças individuais, colectivas e de transformação das próprias estruturas” (p.22).

Neste contexto, a mudança nesta área requer dos profissionais conhecimentos específicos e capacidades para os mobilizar de modo a produzir e “vender” produtos com qualidade que satisfaçam os clientes. Consequentemente, torna-se fundamental que, na implementação de processos que garante a prevalência da qualidade nos cuidados, que a formação não se restringe apenas aos profissionais de Saúde, de uma mesma equipa de trabalho multidisciplinar, mas que abranja toda a organização. Através deste envolvimento colectivo, pretende-se implementar/consolidar uma cultura conducente à melhoria contínua da qualidade na saúde, através da correcção de erros do sistema, da redução da variabilidade indesejada, num quadro de responsabilidade e participação colectiva.

Nesta linha, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), advoga, que as organizações de saúde “ (...) têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos” (p.47), defendendo, para tal, não só a necessidade, de criarem programas dirigidos à gestão do risco e da segurança, como também de desenvolverem uma cultura de responsabilização não-punitiva, valorizando a dimensão formativa.

Em jeito de conclusão, gostaria de realçar que urge investir na cultura de segurança, sendo esta “ (...) 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” (DGS, 2010, p.78). Esta “ (...) assume particular relevância enquanto princípio fundamental do sistema de saúde e como factor crítico de sucesso, surgindo como um desafio para as organizações hospitalares e seus profissionais, assumindo-a como uma prioridade estruturante do sistema” (Ministério da Saúde, 2010, p.29).

CAPÍTULO II – OPERACIONALIZANDO O PROJETO

1 – MATERIALIZANDO CONSTRUTOS E INTENÇÕES

A implementação de um processo de melhoria contínua é uma forma eficaz para melhorar constantemente e gradualmente os níveis de desempenho e a qualidade das organizações uma vez que ela encoraja a proactividade das pessoas para a mudança no sentido de fazer cada vez melhor, surgindo desta forma novos desafios (Pinto, 2009). Cada pequeno incremento dado no sentido da melhoria contínua deve assentar na metodologia inerente ao ciclo de melhoria contínua (ciclo PDCA), em articulação numa atitude sistemática e contínua de orientação para a resolução de problemas.

Neste contexto, é indispensável que as políticas institucionais assentem em programas de melhoria contínua da qualidade (Quintino & Saraiva, 2010). Porém, esta não acontece apenas pelo simples facto de “se querer qualidade”, para tal é fundamental criar equipas que possuam esse objetivo. É necessário agir em direcção ao que se pretende. A decisão, é considerada por Mezomo, como citado em Quintino e Saraiva (2010) como a única arma para implementar a melhoria da qualidade e ela pressupõe, que se conheçam suas etapas, suas barreiras, que se identifique o tempo necessário para a sua operacionalização, que exista uma liderança verdadeira, assim como se utilizem técnicas de melhoria, sobretudo a monitorização dos processos e dos resultados e que se estabeleça uma eficiente comunicação e colaboração. Os procedimentos organizacionais explicitam claramente as responsabilidades, as ações de seguimento, os registos e os canais de comunicação, estabelecendo um conjunto de regras de vivências. Deste modo, torna-se imprescindível, através do envolvimento e empenho de todos os agentes intervenientes, desenvolver e implementar ações planeadas e abordagens sistemáticas que irão aumentar significativamente a possibilidade de prevenir e encontrar melhores soluções, para aperfeiçoar e aumentar os padrões de qualidade da prestação dos cuidados de saúde ao menor custo.

Acresce ainda o facto, deste projeto surgir como resposta de um problema concreto, a inexistência de um programa de prevenção de quedas e conseqüentemente de uniformização de procedimentos, não só, no âmbito do processo de prevenção de quedas e de actuação perante as mesmas, como também nos registos a efectuar.

Assim a sua concepção, operacionalização e avaliação visa a gestão desse problema, transformando ideias em ações. A sua organização num documento ajudar-me-á a sistematizar o trabalho em etapas a serem cumpridas, compartilhar, a imagem daquilo que se pretende alcançar, identificar as principais deficiências a superar e apontar possíveis falhas durante a execução das actividades previstas.

Para isso, e em consonância com o que tenho vindo a referir, torna-se fundamental, para o êxito da sua implementação, que o projeto seja, desde a sua concepção, um processo participado, na medida em que não se pode obter soluções sem o envolvimento de todos os intervenientes. Como tal, ele torna-se numa ferramenta de trabalho, num instrumento de gestão e num ponto de convergência do agir de todos os actores intervenientes.

Deste modo, partindo da problemática definida, explanarei, seguidamente, todo o processo desenvolvido, com o objetivo de implementar um processo de gestão de quedas, promovendo

uma cultura de melhoria contínua dos cuidados prestados e de garantir a segurança dos doentes desta unidade.

Assim, no primeiro ponto irei efectuar uma análise da instituição onde desempenho funções. Nele abordarei a política institucional existente, caracterizarei não só a estrutura física da unidade como também a população que foi âmbito de minha intervenção, e por fim irei fazer uma breve descrição sobre a situação atual relativamente aos procedimentos instituídos em situação de queda, assim como sobre a situação pretendida, no que respeita à documentação da mesma.

Seguidamente apresentarei o planeamento das actividades desenvolvidas, consubstanciando-as a três eixos fundamentais: Uniformização dos Procedimentos, Formação na Mudança e Monitorização do Risco e da Quedas. As ações planeadas serão concretizadas e avaliadas nos pontos seguintes.

2 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO

O projeto foi desenvolvido numa Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS) assente em princípios religiosos, com o objetivo de assegurar assistência a homens, que sofram de patologia do foro psiquiátrico, assumindo, atualmente na região Norte, um papel de destaque na prestação de cuidados de saúde mental. Dispõe de 355 camas, distribuídas por nove unidades de internamento que englobam: uma unidade de psiquiatria aguda e alcoologia para internamentos de curta duração, três unidades de internamento de evolução prolongada para pessoas com doença mental¹⁸ crónica e/ou deficiência mental¹⁹, uma unidade de Psicogeriatria²⁰ e quatro unidades de reabilitação psicossocial.

A declaração de missão e a visão da organização proporcionam indicação quanto à direcção do desenvolvimento da organização e explicitam o seu objecto fundamental de contrato. Contribuem para a clareza e transparência da organização junto dos seus clientes, colaboradores e outras partes interessadas.

A Instituição tem como principal Missão prestar cuidados de saúde e apoio social humanizados à população em geral, nomeadamente que sofrem de patologia mental, no estilo carismático do Religioso que lhe deu origem, tendo por alicerce a doutrina social da Igreja, com excelência técnica e rigor científico, dando particular atenção aos mais desprotegidos e contando com colaboradores especializados e comprometidos com o princípio de “fazer bem o bem”.

A Visão desta Instituição é criar uma rede integrada de cuidados de saúde e de apoio social humanizados e baseados nos princípios da Hospitalidade, que se afirme pela qualidade, segundo um plano de implementação geográfica que corresponda às necessidades identificadas.

Relativamente aos Valores, estes passam pela hospitalidade, qualidade, respeito, responsabilidade e espiritualidade. Estes valores devem ser concretizados através de ações que revelem: visão holística do ser humano, integrando a dimensão espiritual e o respeito pela sua dignidade; criatividade, inovação e empreendedorismo; assistência integral; rigor técnico e científico; envolvimento multidisciplinar; transparência.

Esta Instituição, acompanhando a evolução dos tempos, tem vindo a preocupar-se com a definição de uma política de qualidade que norteie a acção (Manual da Qualidade, 2011).

2.1 - Política Institucional da qualidade

Segundo a Política de Qualidade definida no Manual de Qualidade (2011), o Instituto definiu, como base da sua gestão estratégica, os seguintes princípios:

¹⁸ Doença mental abrange um leque variado de perturbações que afectam o comportamento emocional, social e intelectual, manifestando-se em determinado momento, ao longo da vida, antes do qual não existiam alterações ou perda de capacidades (Fazenda, 2006)

¹⁹ Deficiência mental não é, em si mesma uma doença, ela pode resultar de uma afecção orgânica ou uma alteração genética que ocorre à nascença ou na infância. É caracterizada por um funcionamento intelectual abaixo da média e por incapacidades de adaptação às exigências culturais da sociedade. Apesar de ser possível de aumentar as competências da pessoa com deficiência mental através da reabilitação, nunca será possível atingir um funcionamento intelectual e social completo (Fazenda, 2006).

²⁰ Subespecialidade da psiquiatria que lida com adultos idosos, 65 anos ou mais, e os aspectos emocionais e mudanças cognitivas associados com o envelhecimento (Fazenda, 2006)

Focalização no utente, pela satisfação das suas necessidades e expectativas; Garantia de uma boa gestão de comunicação interna e externa; Melhoria permanentemente de uma efectiva relação de confiança com os Utentes, Colaboradores e outras partes interessadas; Promoção da formação e satisfação dos Colaboradores com vista à excelência técnica dos serviços e ao rigor científico, fomentando uma conduta humanizadora do trato e do cuidar; Garantia da sustentabilidade económica e financeira, a partir da eficiência na utilização dos recursos e a eficiência nos resultados; Focalização na manutenção e conservação das infra-estruturas e nas condições do ambiente de trabalho consoante as necessidades e os recursos disponíveis; Revisão periódica do sistema de gestão da qualidade em busca de oportunidades de melhoria; Garantia de uma Política da Qualidade entendida e assumida por todos os Colaboradores (Manual da Qualidade, 2011).

De acordo com a mesma fonte, foram definidos como objetivos da Qualidade:

1. Melhorar o desempenho da Instituição, para melhor servir os Utentes;
2. Promover a autonomia dos Utentes;
3. Melhorar a performance da comunicação interna e externa;
4. Atualizar permanentemente as competências dos Colaboradores;
5. Promover a hospitalidade, traduzida nomeadamente numa conduta humanizadora do trato e do cuidar;
6. Garantir a sustentabilidade;
7. Aumentar o volume de receitas, diversificando as respostas assistenciais com o alargamento de produtos e serviços;
8. Consolidar e promover relações de parceria consistentes;
9. Desenvolver a iniciativa e criatividade das diferentes áreas pela gestão de Planos de Acção a favor da qualidade;
10. Melhorar condições físicas dos equipamentos;
11. Garantir a atualização e cumprimento dos requisitos legais e regulamentares aplicáveis;
12. Manter eficaz o Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ), garantindo o envolvimento geral;
13. Rever periodicamente o sistema de gestão da qualidade.

Cada eixo inscrito na política da qualidade da instituição é materializado nos objetivos estratégicos e operacionais, como poderemos constatar na Tabela 4.

Tabela 4 - Resumo dos objetivos estratégicos da política da Instituição.

Eixo	Objetivos estratégicos	Objetivos da Qualidade
I. Qualidade	Manter eficaz o sistema da qualidade	1 11 12 13
	Promover a hospitalidade assistencial junto do Utente	2 4 5 9 10
II. Credibilidade	Ser reconhecida como instituição parceira e de referência	4 8
	Melhorar a comunicação interna	3
III. Comunicação	Melhorar a comunicação externa	3
IV. Sustentabilidade	Alcançar a sustentabilidade financeira	6 7

(Fonte: Manual da Qualidade, 2011)

Através da observação dos modelos de cuidados instituídos, da avaliação das necessidades de alteração e da implementação de mudanças e no sentido de dar resposta ao plano estratégico apresentado, a instituição definiu, como objetivo operacional, no eixo da qualidade, implementar procedimentos que vão de encontro aos padrões da qualidade, nomeadamente a implementação e acompanhamento de procedimentos, de prevenção de queda, de imobilização, de transporte, de ausência não autorizada de doentes (entendida vulgarmente como 'fuga'), assim como de transferência interna e externa de doentes. Com este processo e a definição destes objetivos específicos, a instituição pretende atingir padrões de qualidade dos cuidados prestados e melhorar a assistências aos doentes.

Em suma, o principal objetivo da instituição consiste em implementar um sistema integrado de gestão da qualidade que garanta a certificação da Organização no Nível II EQUASS²¹ (Excellence) nos seus centros assistenciais e que prepare os mesmos para o cumprimento dos requisitos do

²¹ European Quality Assurance for Social Services (EQUASS) é um sistema integrado de certificação, formação e consultoria no domínio da qualidade, específico para o sector dos serviços sociais. Promove o seu desenvolvimento, incentivando e comprometendo os prestadores de serviços com a qualidade e a melhoria contínua e constituindo-se, numa óptica europeia, como um instrumento de garantia da qualidade junto dos utilizadores desses serviços. A certificação garante um reconhecimento independente a nível europeu. Os três níveis de certificação do sistema baseiam-se nos mesmos Princípios da Qualidade e cada nível pode ser entendido como constituindo um patamar de acesso ao nível seguinte: Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais (EQUASS Assurance), que corresponde a um nível de exigência fundamental para a prestação de serviços, significando um patamar de qualidade acessível em termos de esforço e de custos. As organizações que demonstrem conformidade com os critérios definidos são certificadas por um período de 2 anos; Certificação da Excelência dos Serviços Sociais (EQUASS Excellence) corresponde ao segundo nível do sistema. Certifica as organizações que demonstrem, resultados de excelência e melhoria contínua, em três perspectivas diferentes: abordagem, disseminação e resultados e o terceiro nível do sistema, Prémio Europeu da Qualidade nos Serviços Sociais (EQUASS Award), que reconhece o desempenho particularmente excelente das organizações. A sua atribuição resulta de um processo de competição anual entre as organizações com Certificação da Excelência dos Serviços Sociais e tem por base a avaliação e benchmarking do desempenho (Pires, 2007).

Instituto da Segurança Social e certificação pela International Organization for Standardization²² (ISO) 9001:2008. Como tal, será indispensável, a criação de um sistema integrado de gestão da qualidade de forma a permitir posteriormente a certificação dos referenciais ou reconhecimento pelas entidades certificadoras (EQUASS e ISO). Com este objetivo o Instituto pretende incluir, na nossa organização, uma metodologia de qualidade que proporcione aos profissionais maior satisfação no desenvolvimento diário do seu trabalho e aos utentes melhor qualidade de vida e maior bem-estar.

Apesar desta instituição se debater com problemas graves, nomeadamente, problemas económicos decorrentes do subfinanciamento dos internamentos e recursos humanos escassos, tem abraçado a qualidade como um desafio a alcançar. Não obstante, tem a sua própria cultura organizacional com os seus vários “saberes e poderes” a articularem-se e a interagir de forma muito própria, e de acordo com um quadro de valores herdados de um passado mais ou menos recente, com uma resistência à mudança, percebida como elevada numa área como é a saúde mental que enfrentou preconceitos e estigmas ao longo de décadas. Contudo a Instituição, entende como uma oportunidade de progresso o desafio de entrar no processo de certificação, mesmo sabendo-o complexo e rigoroso.

2.2 – Caracterização do contexto

A Instituição é composta, atualmente, por quatro unidades de evolução, uma unidade de internamentos agudos e cinco unidades de reabilitação. No total, acolhe, cuida e trabalha diariamente no sentido de proporcionar aos seus 300 utentes uma vida digna e com o máximo de qualidade possível.

▪ Da Unidade

A minha intervenção centrou-se numa unidade de internamento de evolução prolongada²³, que foi reestruturada e remodelada, de forma a poder proporcionar maior qualidade de vida a 36 pessoas com doença mental e com dependência física e deterioração cognitiva moderada ou elevada.

Segundo Fazenda (2006) esta deterioração é uma alteração dos processos mentais, usados no pensamento e na percepção, na classificação, reconhecimento e compreensão para o julgamento,

²² As normas da família ISO 9000 integram uma extensa série de normas de requisitos, orientações e outros documentos de suporte que, juntos, podem fornecer, aos utilizadores, um conjunto de ferramentas com o qual poderão gerir e melhorar as suas organizações. São sempre dirigidas ao utilizador. A ISO 9001 especifica os requisitos de um sistema de gestão da qualidade a utilizar sempre que uma organização tem necessidade de demonstrar a sua capacidade para fornecer produtos (serviços) que satisfaçam tanto os requisitos dos seus clientes como dos regulamentos aplicáveis e tenha em vista o aumento da satisfação de clientes. A ISO 9004 fornece linhas de orientação que consideram tanto a eficiência como a eficácia de um sistema de gestão da qualidade. O objetivo desta norma é a melhoria do desempenho da organização e a satisfação dos seus clientes e das outras partes interessadas. Como tal, foram desenvolvidas para apoiar as organizações, de qualquer tipo e dimensão, na implementação e gestão de sistemas da qualidade eficazes (Lopes & Capricho, 2007)).

²³ Segundo o Decreto-lei nº8/2010, de 28 de Janeiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados integrados de saúde mental, destinado a unidades de psiquiatria de internamento de longa duração e que passarão a ter a designação de “ (...) residências de apoio máximo, destinando-se a pessoas com elevado grau de incapacidade, tendo por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência” (Artigo do Diário da República, 1.ª série – nº19-28 de Janeiro de 2010, p. 257).

através do raciocínio, para a aprendizagem de determinados sistemas e soluções de problemas, ou seja é a forma como o cérebro percebe, aprende, recorda, e pensa sobre toda a informação captada através dos cinco sentidos.

A manutenção da estabilidade clínica, manutenção e desenvolvimento das capacidades funcionais e cognitivas dos doentes, bem como o processo de normalização do quotidiano através da ocupação estruturada, são alguns dos objetivos desta unidade de internamento de evolução prolongada.

No que concerne às instalações, esta unidade é constituída por dois pisos. No primeiro piso existe uma Sala de Observações com seis camas e mais dois quartos com capacidade para três utentes, onde se concentram os doentes com maiores necessidades de supervisão, devido a deterioração física e a comorbilidade. As restantes estruturas deste piso são áreas comuns (refeitório e sala de convívio). No segundo piso existem nove enfermarias, com uma variação de três a quatro camas, equipadas com casas de banho e duches. Neste piso os doentes são distribuídos em função do seu grau de dependência, sendo que os doentes mais dependentes encontram-se concentrados em duas enfermarias interligadas, de forma a facilitar a prestação de cuidados durante o período da noite.

Todas as camas do serviço são articuladas, o que facilita o posicionamento, e possuem grades de protecção que podem ser utilizadas caso exista o risco de queda. Todas as divisões possuem luzes de presença.

A equipa de profissionais afecta a esta Unidade é diversificada, quer no se refere à tipologia, quer ao vínculo dos profissionais à Instituição. Deste modo, esta equipa multidisciplinar é constituída por uma equipa de auxiliares, formada por onze elementos que se distribuem na prestação de cuidados durante as 24 horas (turnos de 8 horas) da seguinte forma: Três (3) elementos no turno da manhã, três elementos no turno da tarde, um elemento no turno da noite e uma equipa de Enfermagem, composta por cinco Enfermeiros, de entre os quais três (3) são Generalistas e dois (2) Especialistas de Enfermagem em Reabilitação, sendo que, nesta exerce funções de Coordenação. A equipa de enfermagem assegura, de forma individual, a prestação de cuidados de saúde aos doentes desta unidade, das 8 horas às 20 horas. Durante o período nocturno, a prestação de cuidados de enfermagem é assegurada por 1 enfermeiro da instituição (não obrigatoriamente desta unidade), mediante escala elaborada pelo Enfermeiro Director.

Para além destes profissionais, asseguram assistência clínica, diversas especialidades médicas, nomeadamente um médico psiquiatra, um médico de clínica geral e um médico de neurologia, assim como uma técnica superior de Serviço Social e do Serviço de Psicologia e um terapeuta ocupacional.

Compete à Enfermeira Coordenadora, com apoio/orientação pontual, do Enfermeiro Director, a gestão, coordenação e planificação das actividades a serem realizadas nesta unidade. Além disso, também é da sua responsabilidade a orientação, supervisão e a avaliação de todos os elementos da equipa de enfermagem e de auxiliares.

Nesta Unidade, uma vez que por turno só existe um enfermeiro na prestação de cuidados adoptou-se como metodologia de trabalho o método individual.

Contudo para além desta metodologia de trabalho, e dado o elevado número de utentes internados nesta unidade, optei pela introdução do Método de Organização e Prestação de Cuidados por Enfermeiro de Referência, foi uma alternativa pela qual optei, por a considerar a mais pertinente e adequada à realidade desta unidade, enveredando assim, por uma qualidade global, “conjunto de actividades em prática, para favorecer e manter um elevado nível de excelência, resultante da interacção entre humanização (qualidade humana no relacionamento e atendimento) e excelência técnica (qualidade e segurança na prestação de cuidados” (Jorge & Simões, 1995, p.291).

Deste modo, a inclusão da figura do Enfermeiro de referência, que para além da prestação de cuidados a todos os utentes durante os seus turnos de trabalho, tem também definido como intervenção, uma atenção mais cuidada a um grupo de utentes que lhe estão atribuídos, isto é, acrescem como funções a monitorização das revisões médicas, organização do processo, gestão da terapêutica prescrita e o respectivo stock existente, atualização e manutenção da base de dados, agendamento de consultas no exterior, articulação com a família dos utentes e coordenação também das diversas actividades de outros intervenientes da equipa de saúde, relativamente aos seus utentes, não só para evitar duplicações e excessiva solicitação do utente, mas também para assegurar a continuidade do plano global de cuidados de saúde.

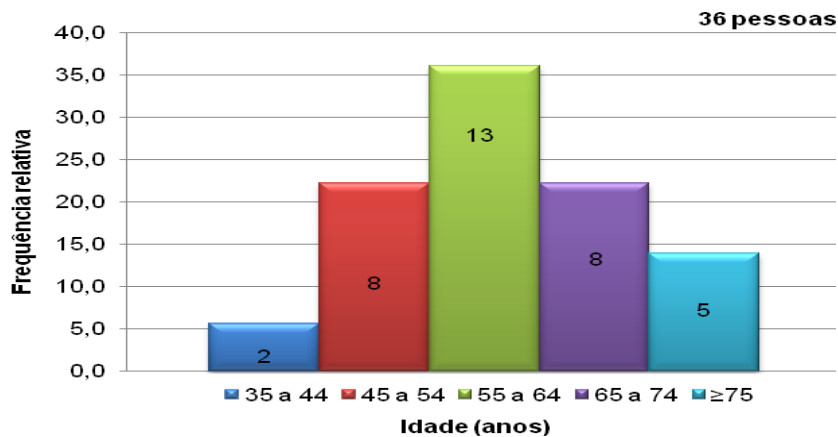
Relativamente aos registos de enfermagem, estes são efectuados em suporte de papel sempre que necessário, ou haja uma alteração significativa do estado de saúde do doente.

▪ **Da população**

A Unidade destina-se à prestação de cuidados de saúde a pessoas do sexo masculino com problemas mentais, com dependência funcional e deterioração cognitiva moderada ou elevada. A dependência física surge por patologia somática associada ou pelo natural processo de envelhecimento. A deterioração cognitiva está recorrentemente associada a perturbações mentais orgânicas, perdas cognitivas associadas aos episódios de agudização da patologia psiquiátrica, assim como ao envelhecimento.

Esta unidade de internamento de longa duração tem uma população com uma média de idade de 62,2 anos (grau de dispersão (\pm) de 12,6), variando entre os 37 e os 88 anos e encontrando-se distribuídos, conforme se pode observar no gráfico 1, pelos diversos grupos etários. Como tal, 5,6% (2) da população residente nesta unidade, tem uma idade que variam entre os 35 e os 44 anos, 22,2% (8) entre os 45 e 54 anos, 36,1% (13) têm uma idade que variam entre os 55 e 64 anos, 22,2% (8) encontram-se na faixa etária entre os 65 e 74 anos e 13,9% (5) da população têm uma idade superior ou igual a 75 anos. A moda centra-se no grupo etário dos 55 aos 64 anos.

Gráfico 1 - Distribuição absoluta e percentual e da população segundo a idade

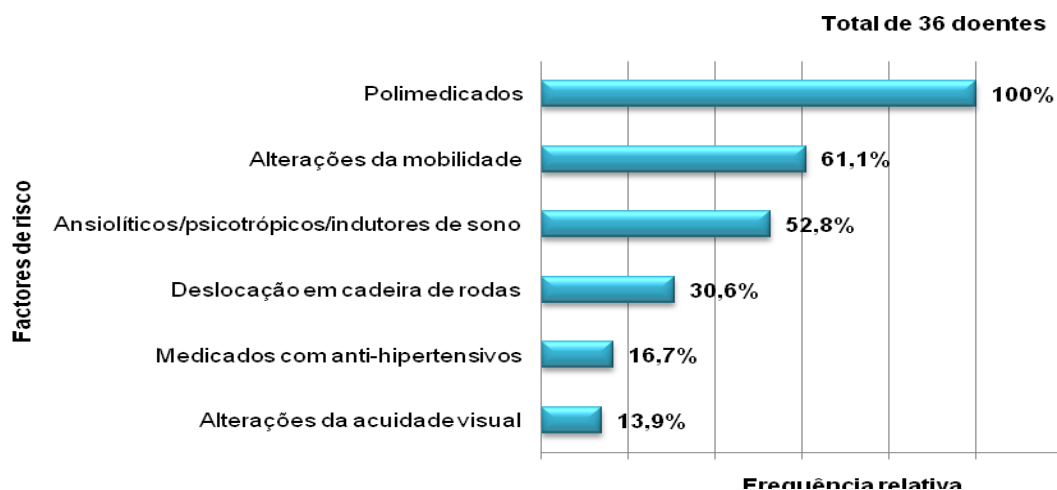


No entanto, para melhor caracterizar esta população, assim como a dimensão da problemática, efectuei um levantamento de fatores de risco que influenciam a ocorrência de queda nesta unidade. Como se pode verificar no gráfico 2, a totalidade da população encontra-se polimedicada, 61,1% (22) apresentam alterações da mobilidade, 52,8% (19) estão medicados com ansiolíticos/psicotrópicos e/ou indutores de sono, 30,6% (11) são totalmente dependentes para a locomoção, deslocando-se em cadeira de rodas, 16,7% (6) estão medicados com anti-hipertensivos e 13,9% (5) doentes apresentam alterações da acuidade visual.

Importa referir que na polimedicação, uma percentagem destes doentes fazem, como anteriormente referido, medicação como ansiolíticos e indutores de sono, que podem induzir a queda através de uma potencial alteração, do estado de alerta, do julgamento, da coordenação, dos mecanismos de equilíbrio e da capacidade de reconhecer e adaptar-se a obstáculos, assim como podem levar a um aumento da rigidez ou da fraqueza muscular.

Constata-se, também, que esta população está exposta a outros fatores de risco, nomeadamente intrínsecos e extrínsecos, que irão comprometer a condição do próprio indivíduo em relação ao seu controle postural e limitação da mobilidade, comportando, deste modo, uma vulnerabilidade acrescida à queda.

Gráfico 2 - Distribuição percentual da população em estudo segundo a presença de fatores de risco de queda



Estes resultados são congruentes com estudos anteriormente referidos. Também Menezes e Bachion (2008), numa pesquisa realizada com idosos institucionalizados em termos de longa duração, apontam diversos fatores de risco intrínsecos que predispõem a quedas, nomeadamente a idade avançada, história prévia de quedas, prejuízos psicocognitivos, dificuldade na mobilização, deficit visual, uso de três ou mais medicamentos e presença de patologias associadas.

Outros estudos realizados demonstraram que o risco de queda aumenta drasticamente à medida que aumenta o número de fatores de risco. Por exemplo, Rubenstein, Josephson e Robbins, 1994; Robbins, et al., 1989; Nevitt, 1997 (como citado em Rubenstein, Powers, & MacLean, 2001) relataram que, durante um período de observação de 12 meses, 65% a 100% dos idosos com três ou mais fatores de risco caíram, comparados com 8% a 12% das pessoas sem fatores de risco. Os mesmos autores referem ainda que uma história e um exame físico, efectuado após a ocorrência de uma queda, podem, normalmente, determinar tanto as causas imediatas e subjacentes à queda, como também os fatores de risco que podem contribuir para a ocorrência da mesma, sendo deste modo fundamental elaborar estratégias de prevenção.

Consequentemente, pode-se afirmar que, o risco de queda será acrescido se, na presença de alguns destes fatores, houver histórias prévias de quedas. Por outro lado, Tinetti e Speechley (1989), referem que as taxas de quedas das pessoas institucionalizadas são muito mais elevadas comparativamente com as pessoas que residem na comunidade. Deste modo torna-se indispensável implementar, nesta unidade, um sistema de identificação do risco de queda, um sistema de monitorização, de prevenção de quedas e de proteção do doente.

2.3 – Prevenção de quedas: Da situação atual à situação desejada

Neste ponto farei referência aos procedimentos utilizados em situação de queda, assim como aqueles que pretendo promover de modo a implementar um Processo de prevenção de Queda.

▪ Situação atual

O diagnóstico de situação é, de acordo com Nunes (2010), a primeira etapa do trabalho de projeto e tem como objetivo “ (...) elaborar um mapa cognitivo sobre a situação problema identificada (...) e sobre a qual se pretende actuar” (p.10). Este deve ir de encontro às necessidades de saúde da população. Como tal a execução de um projeto tem como objetivo final a satisfação das necessidades identificadas, para que, por um lado, o mesmo resolva ou minimize os problemas de saúde identificados, ou, por outro lado, optimize ou aumente a eficácia dos serviços prestados à população (Ibidem).

Assim, o diagnóstico de situação de saúde tem um papel justificativo das actividades realizadas nos serviços, funcionando como padrão de comparação no momento da avaliação e, consequentemente, como ponto de balanço no sucesso ou avanço alcançado com as medidas implementadas (Imperatori & Giraldes, 1986).

Neste sentido, o primeiro passo, antes de tomar a decisão de iniciar a implementação de um projeto de prevenção de quedas, consistiria em verificar a seriedade dos problemas das quedas

numa determinada instituição e conseqüentemente ter consciência da gravidade das lesões provocadas pelas mesmas. O caminho mais rápido seria analisar os relatórios/formulários utilizados para reportar/registrar as quedas ocorridas e as lesões verificadas durante os últimos 12 meses e seguidamente calcular as taxas de quedas e de lesões (Morse, 2009). No entanto de acordo com a autora, se os formulários de incidentes não estiverem disponíveis ou sejam inexistentes, dever-se-á proceder a uma recolha estatística de quedas ocorridas nos últimos três meses.

Porém, até ao momento da implementação do Processo de Gestão de Quedas não existia, na unidade nem na Instituição uniformização de procedimentos, não só, no âmbito do processo de prevenção de quedas e de actuação perante as mesmas, como também nos registos a efectuar. Dito de outro modo, as atitudes/decisões eram tomadas pontualmente e de forma individual. Os registos eram efectuados de forma não sistemática em notas de enfermagem, não obedecendo a um padrão de registo, variando deste modo, de enfermeiro para enfermeiro. Cada profissional realçava o que considerava ser de maior pertinência, verificando-se, na maior parte das vezes, um enfoque no estado do doente, sem qualquer referência aos fatores desencadeantes. Neste contexto, estes registos não permitiam quantificar e caracterizar as quedas ocorridas, identificar os fatores de risco desencadeantes, de forma a tomar as respectivas medidas preventivas e identificar as pessoas com maior risco de queda. Neste sentido, urge uma planificação detalhada das actividades a desenvolver, que pretendo abaixo descrever.

▪ **Situação desejada**

A gravidade potencial das quedas confere à prevenção um lugar de destaque. A complexidade deste problema e a sua multidimensionalidade requerem medidas de prevenção de natureza multifactorial. Como tal, o conhecimento prévio dos fatores de risco pode contribuir para a identificação das possíveis causas e para a prevenção de futuras quedas. Pressupõe assim, uma avaliação aprofundada, onde deverão estar contemplados os vários fatores envolvidos na individualidade de cada cliente que cai. O empenho e envolvimento de toda a equipe multidisciplinar são condição fundamental. Aliás, um dos pilares da qualidade consiste na participação e na apresentação de sugestões de melhoria por parte de todos os intervenientes no processo a implementar.

Segundo Píneault e Daveluy (1991) é necessário determinar, reunir e implementar, um conjunto de recursos/estratégias de forma a assegurar a uma população definida e num determinado espaço de tempo, serviços organizados e coerentes, com a finalidade de atingir os objetivos estabelecidos

Assim é indispensável planear, implementar e avaliar um conjunto de actividades formais de melhoria contínua da qualidade, que irão, abarcar todos os níveis de cuidados e permitir uma monitorização dos processos utilizados para a sua obtenção e conseqüentemente fornecer evidência objectiva de que a qualidade foi alcançada nos níveis desejados.

Porém, a implementação deste processo não é instantânea. Implica a criação de uma cultura de melhoria e como tal é fundamental mudar mentalidades, hábitos, técnicas e adquirir novos

conhecimentos. A chave para o seu êxito reside na liderança, na medida em que é aos líderes/gestores de topo que cabe apoiar estas iniciativas e aderir aos seus princípios, afectando os recursos necessários e mantendo uma participação ativa no projeto (Mezomo, 2001; Fragata, 2010). Sendo assim, torna-se essencial uma gestão envolvida e participativa, através da qual a criatividade, a participação e a iniciativa de toda a equipa, por intermédio da criação de espaços de diálogo, partilha e interacção devem ser estimulados pelos dirigentes. A liderança é pois, por natureza, um processo grupal e, como tal, a interacção dos membros do grupo e da relação grupo-líder tem ênfase na comunicação e na motivação. O papel dos dirigentes deve pois, basear-se na tríade Liderança-Motivação-Comunicação e visa atingir a qualidade e satisfazer clientes internos²⁴ e externos²⁵.

O cliente passa a ser o centro das atenções. A procura da satisfação das suas necessidades e expectativas exige que seja tratado de forma personalizada. Desta forma, todos os intervenientes no processo de cuidados, designadamente na prestação directa dos cuidados, constituem um dos recursos mais importantes da organização, na medida que o contacto diário com os clientes coloca-os numa posição privilegiada para resolver problemas, para tomar decisões importantes, com o objetivo de prestar o melhor serviço. Para tal, é fundamental proporcionar o conhecimento e técnicas que permitem, através do envolvimento dos dirigentes, desenvolver atitudes e comportamentos necessários para transformar o empenho em acção, para que os procedimentos padronizados e uniformizados sejam promulgados, compreendidos, implementados e mantidos, por todos os elementos que desempenham funções nesta unidade. No entanto as normas de actuação não devem ser adoptadas de forma rotineira e repetitiva. Se assim não for, corre-se o risco de se obter, mesmo de forma inconsciente, uma intervenção mecanizada, na medida que existe uma tendência para valorizar a técnica em detrimento do cuidado. Neste sentido, a centralização nas necessidades dos doentes e no cuidar holístico devem ser uma preocupação constante de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados.

Deste modo, tornou-se premente a necessidade de aplicar uma escala de avaliação de risco de quedas, na medida que a taxa de quedas de um serviço é um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem. Se um doente apresentar risco de queda e tal não for diagnosticado, ocorrendo a queda do mesmo, é considerado negligência. Ao monitorizarmos o risco de queda e implementarmos as respectivas medidas preventivas, estamos a contribuir para o controlo deste fenómeno e a minorar as suas consequências.

A Escala de Queda de Morse²⁶ (EM) é um instrumento rápido e simples de avaliar a probabilidade de um doente cair. A sua utilização e a implementação de medidas preventivas adequadas, podem, de acordo com Morse (2009), evitar as quedas fisiológicas previsíveis, na medida em que, segundo a mesma autora o aspecto mais importante da prevenção é de prever a queda antes que ela ocorra. Para além disso considera fundamental examinar e registar as circunstâncias que

²⁴ Depende da organização para realizar as actividades (funcionários, médicos, fornecedores, entre outros)

²⁵ A organização existe em função dos beneficiários dos beneficiários dos cuidados, famílias, comunidade.

²⁶ Esta Escala encontra-se validada, para a população portuguesa, por Costa - Dias, Oliveira Alexandre e pelo Professor Pedro Ferreira, no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem – Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse e que foi submetida para publicação na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo, aguardando-se a sua publicação.

rodearam cada queda, de modo a poder prevenir uma recorrência, já que existe uma maior propensão de segunda queda numa pessoa que já tenha caído.

Harrington, et al. (2010) considera que esta escala é um dos instrumentos mais sensíveis para a avaliação do risco de queda, podendo ser este classificado em, baixo, médio ou alto risco de queda. Trata-se de uma escala, construída com base na evidência científica e apresenta seis itens correspondentes a fatores que contribuem significativamente para a probabilidade de ocorrência de queda (Anexo I). Os itens avaliados na escala são pontuados da seguinte maneira:

1. **História de queda:** Este item é pontuado com 25 pontos se o doente tiver um historial de queda durante o internamento hospitalar, se houver uma história de queda num período de três meses, antes ou durante o período de internamento, sendo incluídas as quedas fisiológicas, tais como provocadas por convulsões ou por uma marcha prejudicada. Se o doente não caiu, este é pontuado com 0. Nota: Se um doente cai pela primeira vez, então sua pontuação aumenta imediatamente em 25 valores.
2. **Existência de diagnóstico secundário:** Relativamente a este item, o doente obtém um score de quinze valores caso tenha mais de uma patologia associada, caso contrário obtém um score de zero valores.
3. **Ajuda na deambulação:** Este parâmetro é pontuado como zero pontos caso o doente não necessite de apoio para caminhar (mesmo que necessite da assistência de um terceiro), use uma cadeira de rodas, ou se encontre acamado. Se a pessoa internada utilizar canadianas, bengala ou andarilho, este item terá uma pontuação de quinze e por fim, se o doente, para deambular, necessitar de se apoiar nos móveis, este item será pontuado com trinta valores.
4. **Aparato de perfusão endovenosa:** Este é pontuado com vinte pontos se o doente tem um aparato intravenoso ou um bloqueio heparina inserido, caso contrário tem um score de zero.
5. **Deambulação e transferência:** Caso a pessoa tenha uma marcha normal (caracterizada pelo andamento com a cabeça erecta, braços balançando livremente ao lado, e caminhando sem hesitar), se encontre acamado ou necessite de cadeira de rodas, este parâmetro será pontuado com zero. Perante um doente que tenha um andar lento, curvado, embora consiga levantar a cabeça enquanto anda, sem perder o equilíbrio, sendo os passos curtos e podendo baloiçar enquanto anda, a pontuação será de dez. Por fim, obterá uma pontuação de vinte, caso apresente um andar incapacitado, possa sentir dificuldade em levantar-se da cadeira, tentando pôr-se de pé apoiando-se nos braços da cadeira ou baloiçando com várias tentativas para ficar em pé. Porque o equilíbrio é fraco, o andar é cambaleante apoia-se na mobília ou numa pessoa, ou numa ajuda técnica.
6. **Estado mental:** Caso a pessoa tenha um juízo crítico e portanto esteja consciente das suas limitações, a pontuação será de zero. Caso a pessoa internada não tenha um juízo crítico, se encontre desorientado ou confuso a pontuação será de 15.

Para além da avaliação das variáveis mencionadas, encontram-se descritas um conjunto de informações que permitem identificar o doente assim como caracterizar sumariamente a sua situação de saúde/doença/deficiência. A identificação da pessoa em causa, o número do processo, a data de nascimento, a unidade onde se encontra internada, a data da primeira avaliação, em caso de admissão, ou de reavaliação, constitui alguns destes elementos.

Sempre que nos confrontamos com uma situação de reavaliação é mencionado o motivo, podendo ser esta efectuada devido a uma transferência, a uma queda ou a uma alteração do estado de consciência do doente, considerando aqui as alterações de origem psiquiátricas.

Sendo assim, a avaliação do risco de queda, através da Escala de Morse, deverá ser efectuada pela equipa de Enfermagem, nas primeiras 48 horas após a admissão do doente na unidade, 24 horas após a ocorrência de uma queda e sempre que se verificar uma alteração do estado de consciência, considerando aqui uma alteração do estado mental/cognitivo, resultante esta de uma patologia psiquiátrica ou associada ou da terapêutica prescrita.

Desta avaliação, e portanto do somatório das variáveis anteriormente descritas, obtém-se um score de baixo, médio ou alto risco de queda, como consta da tabela 5, que permitirá introduzir medidas corretivas centradas na causa.

Tabela 5 – Grau de risco de queda de acordo com o score obtido na Escala de Morse

Grau de risco	Intervalos
Baixo Risco	0 - 24
Médio Risco	25 - 50
Alto Risco	> 50

Paralelamente é indispensável desenvolver e implementar registos de ocorrência de quedas padronizados, assim como um standard de intervenção de enfermagem para a prevenção de quedas, com o intuito de uniformizar atitudes/decisões, na medida em que, já não basta “fazermos o nosso melhor”, e portanto é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar, como tal, que os recursos estão a ser adequadamente utilizados no sentido da garantia máxima da qualidade dos cuidados prestados.

Imbuídos deste espírito e conscientes da importância da implementação deste Trabalho de Projeto, os gestores de topo, após exposição do problema, autorizaram e sustentaram a implementação deste projeto – Implementação de um Processo de Gestão de Quedas.

3 - PLANEAMENTO DE UM PROCESSO DE GESTÃO DE QUEDAS

O planeamento é entendido como uma fase crucial para todo o processo. Nela definem-se as metas e objetivos que a organização pretende atingir, assim como as formas, os meios e as ferramentas que serão usadas com vista a alcançar o sucesso do empreendimento, devendo, deste modo, haver uma concordância entre o diagnóstico e as necessidades identificadas.

Como tal, o planeamento é considerado uma etapa decisiva entre a concepção e a realização, sendo que a planificação constitui um futuro desejado, visionado através dos meios apreendidos para atingi-lo (Boutinet, 1996).

Desta forma, após autorização para a sua implementação e elaboração de um cronograma pelo qual me orientei, (Apêndice A), dei início à sua a concepção que, em congruência com os pressupostos teórico-metodológicos (parte I do trabalho) e por razões de sistematização apresento, como já mencionado, em três eixos: uniformização dos procedimentos, formação na mudança e monitorização do risco e das quedas.

3.1 - Uniformizando Processos

Os padrões de qualidade, nomeadamente no âmbito das quedas, surgem como guias orientadores na monitorização e promoção da qualidade dos cuidados, pelo que é fundamental que haja uma constante revisão e atualização dos conhecimentos e dos documentos de suporte. A uniformização desses processos visa contribuir não só, para a melhoria contínua da qualidade como também da segurança dos cuidados.

Para o efeito incidiu-se no desenvolvimento de instrumentos de registo e na elaboração de um standard de intervenção. A planificação detalhada das actividades poderá ser consultada no Apêndice B, constituindo parte integrante do presente trabalho

▪ Desenvolvimento e implementação de instrumentos de registo

Para uma melhoria sustentada da qualidade, toda a cadeia de produção deve estar em conformidade com o respectivo procedimento padronizado (Machado & Nunes, 2007).

Esta padronização não se limita apenas ao estabelecimento de padrões, mas também à sua utilização. Ela incorpora os procedimentos já existentes, as respostas de melhoria e só termina quando a execução do trabalho segundo o padrão estiver assegurada. O objetivo do desenvolvimento e implementação de procedimentos padronizados é reduzir a variabilidade dos processos, implicando uma utilização uniforme dos recursos. O desenvolvimento de um standard de actuação que oriente os profissionais relativamente aos procedimentos a ter em determinadas situações, nomeadamente em situação de queda, implica registos uniformes. A criação de um guião, com o intuito da uniformidade quanto ao seu entendimento, a sua apresentação e aplicação permite consubstanciar o processo.

Salienta-se que a definição destes padrões não deverá ser nunca encarada como estanque, pois o padrão, sendo a base do aperfeiçoamento, deve ser revisto periodicamente devido à incorporação

de inovações, tal como também devem ser verificados, periodicamente, os resultados obtidos e a sua conformidade ao padrão estabelecido.

Neste contexto há necessidade de implementar dois instrumentos: Registo de ocorrência e notificação de quedas

Registo de Ocorrência de Queda

Perante uma situação de queda, para além dos procedimentos usuais que os enfermeiros desencadeiam nos diferentes contextos, como avaliação dos parâmetros vitais, dos tegumentos, do nível de consciência, da cognição, das pupilas, dos membros e avaliação da dor, é fundamental que os enfermeiros comuniquem e registem a queda, num instrumento específico. Através do desenvolvimento deste instrumento – Registo de Ocorrência de Quedas, a disponibilizar na plataforma informática, obter-se-á informação objectiva, clara, concisa e pertinente, não só em relação ao local e circunstâncias em que ocorreram as quedas como também possibilitará a caracterização da gravidade das lesões resultantes bem como das intervenções efectuadas. Só assim, será possível compreender o fenómeno das quedas na origem do problema e actuar, de uma forma pertinente e objectiva, sem nunca esquecer que cada pessoa é um caso.

Notificação da Ocorrência de Quedas

De forma a obter uma visão abrangente de todas as quedas ocorridas mensalmente, importa desenvolver uma base de dados com as Notificações de Ocorrências de Quedas, a disponibilizar igualmente na plataforma informática. Esta deverá ser preenchida após o preenchimento do impresso - Ocorrência de Quedas.

Trata-se da construção de um “mapa resumo” que permita uma percepção rápida da evolução epidemiológica da situação bem como das especificidades da mesma.

▪ Implementação de *Standard* de Intervenções de Enfermagem

Para além do desenvolvimento de instrumentos de registo inerentes ao procedimento de prevenção de quedas importa criar um *Standard* de Intervenções de Enfermagem de acordo com o Risco de Queda determinado. Desta forma, este standard de actuação, constitui um suporte de relevância fundamental para a melhoria contínua da qualidade no exercício profissional de enfermagem. Materializam-se, desta forma, guidelines orientadoras da boa prática com o intuito de uniformizar procedimentos, ajudar os prestadores de cuidados na adopção de medidas preventivas de quedas, contribuindo, simultaneamente, por uma maior visibilidade dos contributos dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde dos clientes.

Este *Standard* de Intervenções aplica-se após avaliação do RQ sendo alvo de reajuste sempre que ocorra uma queda. Porém as intervenções deverão ser implementadas de forma personalizada e deverão ficar devidamente documentadas.

3.2 - Formação na mudança

O processo de mudança deve conduzir à adaptação e à adopção de novos comportamentos dos colaboradores. Impõe-se, pois, o envolvimento de todos os intervenientes no processo de cuidados. De acordo com Lopes e Capricho (2007) torna-se vital, na implementação de políticas de qualidade, o envolvimento e colaboração dos agentes intervenientes. Os mesmos autores referem ainda que para que a mudança nos comportamentos e atitudes dos colaboradores possa ter êxito, deve-se ter em conta, não só a formação necessária para a resolução de problemas concretos, como também a motivação necessária para provocar a mudança e levá-los deste modo a incorporar intrinsecamente, a qualidade, no seu dia-a-dia de trabalho. Consequentemente pode-se concluir que, “[a] formação e a aprendizagem organizacional tem um papel facilitador no processo de sensibilização, informação, comunicação, educação, adaptação e compreensão dos novos valores, princípios e objetivos culturais de mudança, sem o qual o processo da implementação da qualidade poderá fracassar” (Ibidem, p. 188). Assim, impõe-se a criação de espaços/momentos para esclarecer dúvidas e receios e apoiar o processo de mudança, através da participação activa dos colaboradores. Se estes encararem a mudança não como uma ameaça mas, como algo de que vão beneficiar, poderão envolver-se nos processos e constituir um factor-chave de sucesso das iniciativas a introduzir. É importante neste processo, definir a mudança de maneira operacional ou seja, mudar implica aprender um novo comportamento ou tarefa, que assenta na modificação dos conhecimentos e das representações; modificar a comunicação interpessoal na organização e por último conservar um bom controlo emocional, para dominar e reduzir as resistências

O processo deve ser harmonizado e comunicado aos colaboradores através de procedimentos optimizados, proporcionando um elevado nível de transparência. Com esta abordagem criam-se e fortalecem-se sinergias entre os elementos envolvidos. É importante referir que, a harmonização dos processos e a aprendizagem mútua constituem a base para a melhoria contínua.

Na verdade, por mais que os avanços tecnológicos e científicos ajudem na melhoria de funcionamento dos serviços prestados, facto é que os profissionais e as organizações têm que acompanhar esse desenvolvimento, investindo continuamente em formação profissional e pessoal que lhes permita evoluir sem perder de vista a forte componente humanizadora que o seu trabalho requer. Portanto, é fundamental que haja um forte envolvimento colectivo na definição das políticas de qualidade, que só será possível de alcançar se os profissionais se ajudarem mutuamente e criarem uma solidariedade interna que possibilite a projecção e o desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados de saúde.

Neste contexto de formação na mudança, e a partir de uma lógica de resolução de problemas, estão previstas ações de sensibilização formais e informais, com a equipa de enfermagem e com a equipa de auxiliares que passo a apresentar.

Gestão da queda um processo construído com os enfermeiros

A acção de formação dirigida à equipa de enfermagem pretendeu incluir a totalidade dos enfermeiros que exercem funções nesta Instituição (23 enfermeiros), implicando o Enfermeiro Director. Com o objetivo de promover uma maior partilha de experiências, um maior envolvimento e uma participação mais activa dos colegas, decidi dividir a equipa de enfermagem em três grupos: os dois primeiros com oito elementos e o terceiro grupo com sete elementos.

No planeamento da formação procurei incorporar os aspectos mencionados no enquadramento teórico relativos à implementação de um projeto de gestão da qualidade, bem como os inerentes a um processo de formação (Apêndice C).

Gestão de queda, um percurso de partilha com os auxiliares

O envolvimento dos auxiliares neste processo é de extrema importância. Surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho efectuado e promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Ora, se considerarmos este objetivo tão audacioso, facilmente compreenderemos que ele só é passível de ser alcançado se todos os colaboradores - peças fundamentais de todo o processo - estiverem cientes, antes de mais, da importância do seu papel, e, depois, do impacto e da força que eles têm para contribuir para a melhoria desejada. Várias investigações deixam em evidência que os profissionais na área da saúde, e em particular da saúde mental, vão introjectando, ao longo do tempo, as sequelas de lidar diariamente com o sofrimento do Outro. Muitas vezes, dedicam ao seu trabalho a maior parte das suas energias, consumidas em horas e horas de um trabalho exigente e meticuloso, e não raras vezes se queixam da falta de valorização que é atribuída a todo esse esforço. Tendo tudo isso em conta, pensei, portanto, que o assumir de uma estratégia que visasse uma melhoria do trabalho de toda uma equipa teria que começar por aí mesmo - primeiro, pela assunção de que é o trabalho de cada um que possibilita o trabalho final, e que, portanto, as dificuldades e progressos de um são as de toda uma equipa, e não de um só; e segundo, que para que cada um saiba que rumo dar ao seu desempenho, tem necessariamente que ser conhecedor das estratégias e dos objetivos alvo da equipa da qual é parte integrante, pois só assim poderá otimizar as suas capacidades em prol de uma maior satisfação com o trabalho desenvolvido (Apêndice D)

3.3 – Monitorização do Risco e das Quedas

A segurança dos idosos institucionalizados pode ser potencialmente comprometida pela natureza da sua doença ou tratamento. Compete, deste modo aos enfermeiros, como profissionais de eleição, promover a segurança e a prevenção de acidentes (Almeida et al., 2010). Porém, e por mais sofisticadas que sejam as novas tecnologias e meios materiais ao nosso alcance, estas não irão substituir nem dispensar, mas integrar o processo de cuidados, complementando-o. Sendo assim, a avaliação e monitorização do risco e da ocorrência de quedas, a determinação de fatores de risco, assim como a implementação de medidas preventivas, são fulcrais no âmbito da segurança e consequentemente da qualidade institucional (Caldevilla, 2009). A planificação encontra-se no apêndice E.

- **Monitorização do risco de queda**

O risco de queda é um diagnóstico de enfermagem, operacionalizado através da aplicação de escalas. Sendo assim, é importante que exista uma escala pré-estabelecida, com critérios definidos, que torne o risco de ocorrência de queda mensurável, para que se possa obter scores de risco que justifiquem as intervenções preventivas e também a periodicidade da vigilância. Como abordado no ponto 2.3, esta monitorização do risco de queda far-se-á através da aplicação da EM.

- **Monitorização das quedas**

A monitorização das quedas, através da implementação de instrumentos de registo uniformizados, “Registo de Ocorrência de Quedas”, é, de acordo com Almeida et al. (2010) o ponto de partida, para compreender o fenómeno da queda e para implementar medidas preventivas que visam a minimização do risco e a diminuição das ocorrências.

4 - DO PLANEADO AO CONCRETIZADO

Nesta etapa do estudo são concretizadas as ações planeadas.

Para o desenvolvimento dos instrumentos de registo e do *standard* de intervenções, estive sempre muito presente a especificidade da população, no entanto foram também determinantes a consulta bibliográfica, assim como instrumentos e *standards* implementados em diversos hospitais. Gostaria ainda de acrescentar que estes foram desenvolvidos em parceria com o Enfermeiro Director.

▪ Uniformizando Processos

Numa primeira fase foi desenvolvido e implementado um impresso de registo de quedas, “**Registo de Ocorrência de Quedas**” (Apêndice F), sendo as informações a registar neste impresso as seguintes:

- Nome da pessoa que sofreu a queda;
- Período do dia em que ocorreu o evento;
- Se o doente se encontrava em regime de isolamento;
- Risco de queda documentado;
- Identificação do score da última avaliação;
- Se a queda foi visualizada e por quem;
- Identificação do motivo da queda: relacionada com o estado de saúde do doente, com os tratamentos ou medicação, ou ainda se está relacionada com fatores ambientais;
- Local da queda;
- Circunstância em que ocorreu a queda;
- Consequências da queda - Lesões resultantes da queda, sua caracterização e respectivas intervenções;
- Identificação da necessidade da intervenção de uma conduta médica após a queda;
- Identificação do enfermeiro que efectuou os registos.

De seguida, foi implementado o registo electrónico, que se encontra na base de dados, “**As Notificações de queda**”, (Apêndice G), que nos pode fornecer dados fundamentais para determinar a possível causa da queda como por exemplo: a idade do doente e o dia da admissão. Para além desses dados são transcritos outros, designadamente: N^o da queda desse mês; Nome do doente; Resultado do *score* obtido na última EM; Data da ocorrência; Turno; Motivos; Local; Circunstâncias; Lesões resultantes; Intervenção médica após a queda (se presente); Reavaliação (caso tenha sido efectuado); e Atualização do status em resultado da reavaliação.

Esta base de dados proporciona uma visão global das quedas ocorridas durante um determinado período. Através da análise dos registos efectuados, poderemos fazer a confrontação entre os resultados esperados e os obtidos, extraindo desta comparação matéria para definir as carências

e deficiências deste trabalho, podendo deste modo orientar-me para as medidas corretivas a implementar de forma a complementar ou melhorar o trabalho.

Para Martins, como citado em Alves (2009) “ (...) Avaliar pressupõe conhecer rigorosamente o caminho que trilhamos e as realidades que temos, adequar os meios aos fins, prestar contas e poder corrigir a trajetória que seguimos a partir das lições da experiência “ (p.34).

O seu principal objetivo consiste em obter a melhoria dos elementos e serviços da organização, nomeadamente para os responsáveis desses serviços, motivando-os no desempenho das suas funções, proporcionando-lhes a possibilidade de prestar serviços/cuidados com qualidade. Para além disso, permitirá conhecer a situação real, efectuar uma comparação com o que pretendemos, indicando o rumo a seguir, mantendo, deste modo, o que está bem e alterando as zonas de ineficácias (Alves, 2009).

De acordo com Pires (2007), a avaliação de qualquer actividade compreende, sempre três partes, verificação se a actividade está suficientemente e adequadamente documentada; verificação se os documentos aplicáveis são compreendidos e seguidos e por fim avaliação se os procedimentos estabelecidos são eficazes. A monitorização é pois uma prática imprescindível para avaliar quanto do proposto está a ser alcançado. Pode ainda indicar a necessidade de alteração de algumas das metas ou actividades programadas. No entanto, para Johnston e Clark, como citado em Sá (2010), nunca é demais referir ou realçar que, “ (...) falhas existem e sempre irão surgir, o fundamental é saber de onde é que surgem estas mesmas falhas e o porquê para não voltarem a acontecer (...)” (p.28).

Os registos de quedas efectuados sistematicamente, após a sua ocorrência, nos documentos padronizados e referenciados durante as sessões de sensibilização, surgem como guias orientadores na promoção da qualidade dos cuidados, pelo que se recomenda uma constante revisão e atualização dos conhecimentos e documentos de orientação prática, no sentido de potenciar uma prática de cuidados com qualidade.

O conjunto de aspectos que foram negociados e alvo de intervenção serão abordados no âmbito da intervenção.

De modo a acompanhar/supervisar a implementação deste processo de gestão de quedas, foram desenvolvidos, como suporte orientador, instrumentos de registo onde documentei as dúvidas, as não conformidades do processo de monitorização de quedas, os motivos e as estratégias corretivas inicialmente sugeridas, assim como as que foram posteriormente implementadas (Apêndice H)

Na sequência do referido, foram efectuados, durante o período de Outubro de 2010 a Setembro de 2011, sete acompanhamentos, dos quais os três primeiros realizaram-se mensalmente e posteriormente bimensalmente. Paralelamente, efectuaram-se, duas auditorias internas²⁷ com o Enfermeiro Director, tendo utilizado um instrumento de registo desenvolvido para o efeito. (Apêndice I).

²⁷ São auditorias de diagnóstico realizadas por iniciativa da empresa. As verificações são feitas de forma aleatórias, objectiva, baseadas em evidências demonstráveis, os resultados são analisados no sentido de melhorar o produto e o sistema e as ações corretivas decorrentes têm seguimento adequado (Pires, 2007)

Durante estes acompanhamentos/supervisões e auditorias, foram observados alguns aspectos que mereciam ser esclarecidos, trabalhados e corrigidos.

Como tal, durante as primeiras semanas, verificaram-se 14,9% (7) não conformidades. Estas estiveram relacionadas com os momentos de reavaliação do RQ., ou seja, relativamente à reavaliação 24h após a queda. Situando-nos nas não conformidades, constata-se que 57,1% (4) dos enfermeiros procederam à reavaliação do RQ em momentos não conformes com o preconizado, efectuando-o no momento imediato à ocorrência e 42,9% (3) não efectuaram à referente avaliação. Em ambas as situações os enfermeiros explicaram a situação com base no excesso de trabalho ou no esquecimento.

Por fim a última estratégia desenvolvida no âmbito da uniformização de procedimentos, foi a elaboração/implementação de um “**Standard de Intervenções de Enfermagem de acordo com o risco de queda**” avaliada (Apêndice J). Através deste *standard* são implementadas medidas preventivas de queda e ou de protecção ou seja procedimentos associados às intervenções. Gostaria de ressaltar novamente que estas medidas devem ser adaptadas às características de cada pessoa. Este *standard* abrange, de acordo com o risco de queda, as seguintes intervenções:

Baixo risco de queda (score 0-24)

- Supervisionar a actividade da pessoa;
- Gerir o ambiente físico, nomeadamente:
 - Manter a cama na posição mais baixa e travada;
 - Assegurar que as grades laterais da cama, quando subidas, estejam bem fixas;
 - Garantir que todos os objectos e meios necessários estejam ao alcance do doente;
 - Calçar e vestir o doente de forma adequada;
 - No período nocturno, deixar ligada a iluminação da casa de banho e outros focos de luz que permitam a orientação do doente;
 - Assegurar o correcto funcionamento das luzes de presença;
 - Manter o pavimento seco;
 - Assegurar que as ajudas técnicas (bengalas, canadianas e andarilhos) são ajustadas à altura do doente e utilizadas adequadamente.

Médio risco de queda (score 25-50)

- Supervisionar a actividade da pessoa;
- Gerir o ambiente físico, nomeadamente os parâmetros anteriormente indicados;
- Limitar a actividade física ajustando-a ao problema desencadeador da queda e a cada pessoa, nomeadamente:
 - No cadeirão colocar a superfície de trabalho e cinto de segurança ou faixa imobilizadora. Os cintos do cadeirão deverão permitir o ajustamento ao corpo do doente e ao serem colocados deverão ficar bem ajustados, tendo no entanto o cuidado de não magoar o doente;

- Colocar campainha disponível para o doente;
- Na cama, colocar as grades da cama elevadas e se não for suficiente colocar faixa imobilizadora e/ou imobilizadores de pulso (a imobilização implica prescrição médica). Reavaliar periodicamente (semestralmente) a necessidade de contenção física.
- Providenciar capacete para os doentes epiléticos, que se mobilizam de forma autónoma de forma a servir de protecção e reduzir os danos provocados por uma queda causada por uma crise convulsiva.

Alto risco de queda (score > 50)

- Vigiar a acção do doente;
- Gerir o ambiente físico, nomeadamente os parâmetros anteriormente indicados;
- Limitar a actividade física ajustando-a ao problema desencadeador da queda e a cada pessoa, nomeadamente os parâmetros anteriormente indicados.

Esta proposta de *standard*, constitui-se como uma base de trabalho a debater/negociar com os enfermeiros. Para a sua elaboração, e como já referido anteriormente, foram determinantes a consulta bibliográfica, *Standards* implementados em diversos hospitais, assim como a especificidade da população. Sendo assim, as intervenções planeadas vão de encontro, não só às características da população, como deverão ser aplicadas em estreito respeito pela individualidade de cada uma das situações. Assim, as ações planeadas para cada grau de risco, deverão ser aplicadas de acordo com as características do doente e com a causa que originou a queda. Deste modo, o *Standard* de Intervenções, para além de se encontrar orientado para a prevenção de quedas fisiologicamente previsíveis, também abrange abordagens e meios de prevenção de quedas e de protecção do doente, que vão de encontro a situações ocorridas de forma acidental e imprevisível.

Neste contexto e como já referido, após o planeamento e desenvolvimento dos procedimentos padrões e do *standard* de intervenções de enfermagem, é fundamental, de forma a garantir a uniformização de actuação, partilhá-los e discuti-los com todos os actores intervenientes, de forma a promover um maior envolvimento e comprometimento na implementação deste processo de qualidade. Neste processo é relevante o trabalho em equipa.

▪ Formação na mudança

Numa segunda fase foram efetuadas ações de formação e de sensibilização dirigidas aos diversos actores intervenientes no processo de implementação deste projeto, como forma de implicar/envolver no processo de mudança na mudança.

A primeira acção de formação, com a equipa de enfermagem, foi efectuada em três (3) sessões e como tal os enfermeiros foram divididos, como planeado em três (3) grupos. Nela, foram abordados os aspectos referidos no planeamento da acção formativa.

Elaborei uma base de trabalho discutida em sala com todos os intervenientes, através da adopção de uma estratégia participativa activa, no qual os participantes foram estimulados a questionar,

interpretar e discutir os instrumentos a partir do reconhecimento e do confronto com a realidade. Após consensualização e incorporação de algumas alterações relacionadas com quedas resultantes de atitudes de agressividade de alguns doentes, decidiu-se que esta base de trabalho iria funcionar como uma orientação na implementação do processo de gestão de quedas (Apêndice K). Sendo assim, e relativamente ao registo de ocorrências de quedas, decidiu-se que as quedas resultantes de empurrões e de crises convulsivas seriam documentadas no domínio do Motivo da queda, sob o ponto D, outras causas. Além disso ficou reforçada a ideia que no *Standard* de intervenções de enfermagem seria aplicado de forma individualizada, ou seja de acordo com as características de cada doente. Outro aspecto abordado relacionou-se com as orientações/supervisões da implementação dos registos efectuados. Ficou decidido que efectuarei, inicialmente, acompanhamentos mensais e orientações sempre que for solicitado e considerado oportuno. Paralelamente serão efectuadas, por mim e pelo Enfermeiro Director, auditorias internas trimestralmente.

Não havendo mais dúvidas, foi efectuada a avaliação da formação. Nela englobo a avaliação do processo e a avaliação dos resultados. Quanto à avaliação do processo foi efectuada através de um questionário (Anexo II). Nesta avaliação 56% (13) dos participantes consideraram que os objetivos estavam muito claros e 44% (10) que estavam claros; 70% (17) consideraram o programa formativo como muito importante e 26% (6) como importante; a mesma percentagem, 48% (11), considerou que os conteúdos foram interessantes ou muito interessantes e que a estruturação foi correcta ou muito correcta; relativamente à actuação do formador, 52% (12), consideraram-na muito boa e 41% (9) boa; 59% (14) assinalaram que a documentação fornecida foi totalmente adequada e 30% (7) que foi adequada; uma grande percentagem, 48% (11), considera que as instalações eram boas e 41% (9) muito boas; o aspecto que foi mais merecedor de pontuação máxima foi o relacionamento entre os participantes, com 81% (19) que o consideraram muito relevantes e 19% (4) que o consideraram relevante (Apêndice L).

Na avaliação dos resultados, e apesar de não ter utilizado qualquer instrumento, ela foi realizada aquando da participação nas discussões e no treino para o preenchimento dos instrumentos previstos na implementação do processo de melhoria contínua. Nas discussões realizadas, os enfermeiros mostraram sempre uma grande participação, considerando que o projeto era de grande pertinência, dado o contexto da nossa prática, e mostraram vontade em participar na sua implementação. No treino de preenchimento dos impressos, após o esclarecimento de dúvidas relacionadas com conceitos, os enfermeiros demonstraram facilidade no seu preenchimento. Considero assim, que o objetivo geral foi alcançado.

Como tal, após apresentação, aplicação com exemplificações práticas dos procedimentos a utilizar na implementação do Processo de Gestão de Quedas, estabeleceu-se, durante a acção formativa, que iria, inicialmente, pelo menos uma vez por mês, acompanhar/supervisar a implementação dos procedimentos. Estes acompanhamentos tiveram por objetivo, esclarecer dúvidas que possam surgir e através do diálogo/entrevista informal e análises retrospectivas dos registos efectuados detectar, perceber e procurar com os colegas a melhor solução de modo a poder corrigir possíveis

não conformidades. Paralelamente ficou estabelecido que seriam efectuadas auditorias internas com o Enfermeiro Director, seguindo o Guião elaborado para o efeito (Apêndice I).

Relativamente à sessão de sensibilização e de esclarecimento dirigida à equipa de auxiliares, e efectuada durante a reunião, foram realçados diversos aspectos que considero fundamentais, nomeadamente a importância da adesão e contribuição, de forma eficiente e eficaz, de todos os elementos envolvidos no processo, que a valorização da queda é o início de um processo de resolução do problema, e que portanto, é fundamental que haja um trabalho em equipa entre os enfermeiros de outras unidades e os nossos colaboradores, a nível da monitorização e implementação de medidas para a prevenção de quedas e que é indispensável que todos compreendam que registo e respectiva comunicação não deverá ser vista como uma forma de controlo, mas sim como um meio de identificar em que circunstâncias ocorre a queda.

Estes profissionais, após um período de discussão, compreenderam a necessidade da sua participação e envolvimento no processo e mostraram interesse em colaborar.

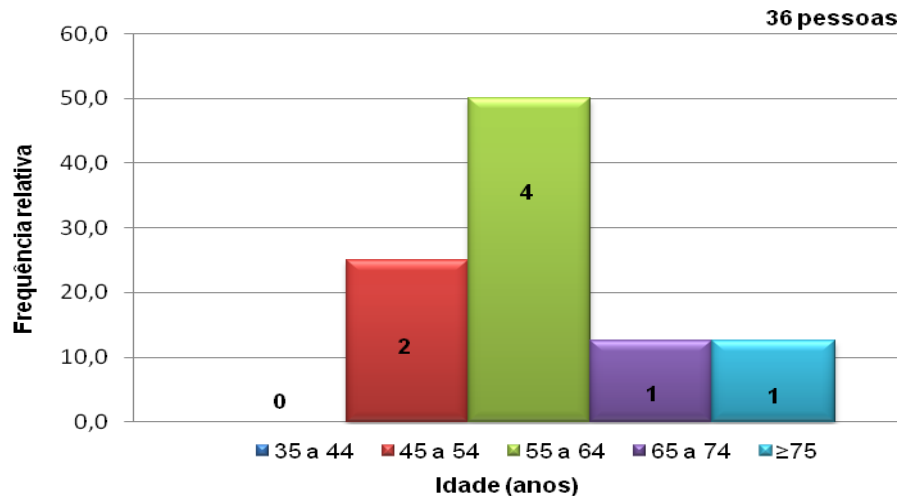
Como tal, considerou-se fundamental, actuarmos a nível da gestão do ambiente físico para a manutenção de um ambiente seguro, reduzindo ao máximo todo o tipo de obstáculos que possam induzir à ocorrência de quedas acidentais, considerado também essencial para diversos autores, nomeadamente Morse (2009).

O encaminhamento do doente à casa de banho, durante o período diurno e nocturno e num intervalo de tempo de 3/3 horas, foi uma medida que se considerou pertinente manter. Esta estratégia permitirá aumentar a vigilância do doente e diminuir o risco de ocorrência de queda no percurso até à casa de banho. Em alternativa, durante o período nocturno e para os doentes com capacidade cognitiva, também existe a possibilidade de utilizarem a campinha. Esse intervalo de tempo foi considerado ser o mais adequado para a nossa população.

▪ **Monitorização do risco e da queda**

Em Outubro de 2010 iniciou-se com o processo de avaliação de quedas, nos termos planeados. Relativamente aos resultados obtidos através da aplicação da Escala de Morse, e que se encontra anexada, verifica-se quanto ao “Historial de quedas imediato ou num período de 3 meses” que ocorreram na totalidade 22,2% (8) de quedas, sendo que dentro destas 50,0% (4) incidiram maioritariamente no grupo etário dos 55 aos 64 anos. Seguidamente, surge, com 25,0% (2), o grupo etário de 45 aos 54 anos. Por outro lado, os grupos etários dos 65 aos 74 anos e de superior ou igual a 75 anos apresentam ambos 12,5% (1) de ocorrência de queda. Por fim, os doentes com idades compreendidas entre os 35 e 44 anos, são aqueles que não apresentaram historial de quedas (Gráfico 3)

Gráfico 3 – Distribuição absoluta e percentual de doentes, por grupos etários e historial de quedas no imediato ou num período de 3 meses



Por outro lado, das 36 pessoas internadas, 88,9% (32) têm “Diagnósticos secundários”. Embora se verifique uma grande predominância deste parâmetro em todos os grupos etários, a totalidade dos doentes com idade superior ou igual a 75 anos e com 55 a 64 anos têm diagnósticos secundários (Apêndice M).

Quanto à “Ajuda na deambulação”, a maior parte dos doentes 86,1% (31), encontra-se na situação de acamado/com cadeira de rodas ou necessita de ajuda de terceiros. Sendo esta uma realidade para a totalidade dos doentes que se encontram nas faixas etárias 35-44 anos e 55-64 anos, com 6,5% (2) e 41,9% (13) respectivamente. Com mais reduzida expressão estão as pessoas cuja locomoção é realizada com a ajuda de canadianas, bengala ou andarrilho 8,3% (3) e apoiado no mobiliário 5,6% (2).

Relativamente ao item “Suporte de perfusão EV”, não houve qualquer referência.

No que concerne a “Deambulação e transferência”, verifica-se que 63,9% (23) da população não têm risco de queda, na medida que apresentam uma deambulação sem alterações, são acamados ou deslocam-se de cadeira de rodas.

No tocante ao “Estado Mental”, 52,8% (19) da população, está consciente das suas limitações, não sendo, portanto de descurar o facto de uma percentagem considerável de doentes 47,2% (17), não apresentar juízo crítico e encontrar-se desorientado/confuso, sendo os doentes mais afectados, com 35,3% (6), aqueles que apresentam uma idade compreendida entre os 55 e os 64 anos. Segue-se com igual percentagem, 29,4% (5), os doentes inseridos nos grupos etários dos 45 aos 54 anos e 65 aos 74 anos os mais afectados. Coincidindo em grande medida com os grupos etários onde ocorrem mais quedas.

Por fim, dos parâmetros avaliados, observa-se que a maioria da população, 44,5% (16) apresenta um médio risco de queda, seguindo-se o baixo risco com 33,3% (12) e o alto risco de queda com 22,2% (8). Relativamente à análise do risco de queda, segundo os grupos etários, verifica-se que, metade dos doentes dos 35 aos 44 anos têm médio risco; a maioria dos doentes dos grupos dos

45 aos 54 anos e dos 65 aos 74 anos regista risco médio com 25,0% (4) e 31,3% (5), respectivamente. Os doentes pertencentes ao grupo etários dos 55 aos 64 anos distribuem-se, maioritariamente, pelo baixo e médio risco; já a maioria, 25%, dos sujeitos com idade superior ou igual a 75 anos apresenta baixo risco. Pode-se concluir que os resultados diferem de outros estudos, na medida em que o grau de risco mais elevado se dispersa por todos os grupos etários, o que pode estar relacionado com a especificidade deste tipo de doentes.

Quanto às intervenções de enfermagem para além de se situarem, em 33,3% da população, no plano da supervisão, protecção e gestão do meio ambiente, em 66,7% (24) dos doentes as intervenções deverão também abranger outras actividades de prevenção de quedas, nomeadamente no âmbito das limitações da actividade física (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição absoluta e percentual da população por grupo etário, segundo o risco de queda

Grupo etário / Scores	35-44 anos		45-54 anos		55-64 anos		65-74 anos		≥ 75 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo risco: 0-24	1	8,3	1	8,3	5	41,7	2	25	3	25	12	33,3
Médio risco: 25-50	1	6,3	4	25	5	31,5	5	31,3	1	6,3	16	44,5
Alto risco: ≥ 50	0	0	3	37,5	3	37,5	1	12,5	1	12,5	8	22,2

De acordo com o *score* obtido e tendo como suporte não só o *Standard* de Intervenções de Enfermagem, como também as características individuais de cada doente, foram implementadas as devidas medidas preventivas assim como estratégias de protecção.

Posteriormente, e perante uma situação de queda, a primeira preocupação do enfermeiro deverá centrar-se, numa primeira fase, na avaliação detalhada do estado de saúde do doente, orientando a sua acção para prevenção de possíveis sequelas, ou agravamento do estado de saúde do mesmo, implementando medidas corretivas necessárias para o restabelecimento do padrão funcional da pessoa.

Para além desta intervenção, está preconizado o registo da queda em notas de enfermagem e na base de dados, onde se encontram os impressos de registo de Ocorrência de Queda e Base de Dados com as Notificações de Queda. Preconiza-se ainda o agendamento da reavaliação do Risco de Queda, 24 horas após a ocorrência da mesma.

Caso haja necessidade de transferência da pessoa devido à gravidade das lesões ou sequelas, com alteração do estado de consciência, para além do procedimento anteriormente descrito o enfermeiro deverá preencher a folha de informação clínica do doente e contactar a instituição. Durante a transferência, que será efectuada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o doente será acompanhado por um auxiliar de modo a este poder complementar a informação e acompanhar o doente durante a estadia no serviço de urgência.

O enfermeiro perante esta situação deverá informar, ao Enfermeiro Director, Director Administrativo, Serviço Administrativos e à Equipa da Pastoral da Saúde e Animação (PSA), via

correio electrónico, a transferência externa do doente Deverá ainda efectuar a atualização desta informação no sistema informático, através do programa Glintt.

Neste trabalho a congruência entre o grau de risco e a aplicação do *standard* ainda não foi analisado devido à falta de tempo, mas que importa ser analisado em trabalho futuro.

▪ Monitorização das quedas

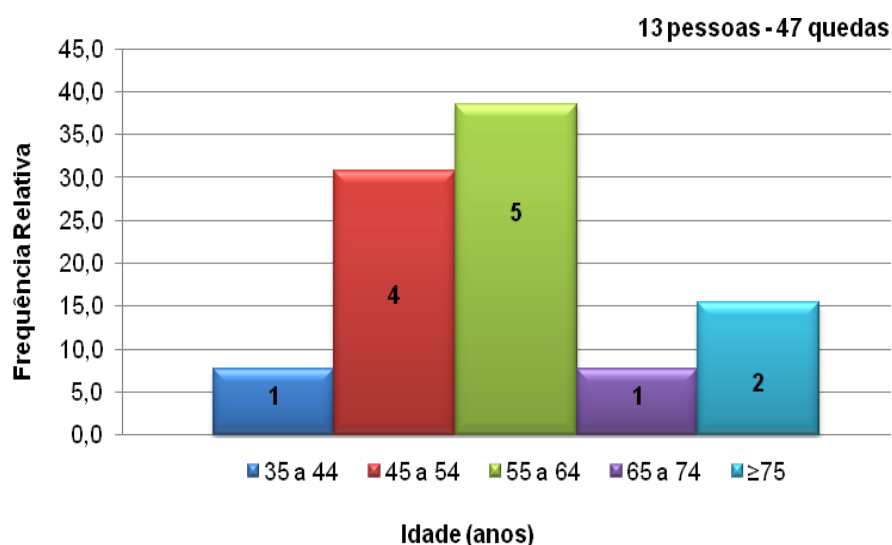
Os resultados referem-se, de acordo com Sousa (2010) ao impacto no estado de saúde atual ou futuro de um doente que possa ser atribuído a anterior prestação de cuidados ou na avaliação que este faz da qualidade dos serviços prestados.

Além disso, de acordo com o mesmo autor, fornece evidência acerca dos benefícios, riscos e resultados dos cuidados prestados, permitindo desta forma, aos profissionais de saúde, a tomada de decisões mais informadas, assim como permite, aos gestores de saúde e financiadores, “ (...) identificar estratégias potencialmente efectivas que devem ser implementadas no sentido de melhorar e manter a qualidade dos cuidados de saúde” (p. 29).

Durante o período estudado, Outubro de 2010 a Setembro de 2011, do total da população, 36 doentes, 63,9% (23) pessoas não registaram qualquer tipo de queda (acidental, fisiologicamente previsível e fisiologicamente imprevisível) e 36,1% (13) pessoas registaram 47 quedas, o que corresponde a uma taxa de ocorrência de queda 130,6% (nº de quedas registadas/ total de doentes internados x 100). Esta taxa de ocorrência de quedas explica-se pelo facto de haver diversas quedas por doente. No entanto, pelo facto de não estar documentada a quantificação de quedas ocorridas no período anterior a Outubro de 2010, não será possível efectuar uma análise da variação de quedas.

Como se pode constatar pelo Gráfico 4, do total da população em estudo, 36,1% (13) tiveram um total de 47 quedas, ou seja algumas pessoas tiveram diversas quedas.

Gráfico 4 - Distribuição absoluta e percentual de doentes que caíram por grupo etário

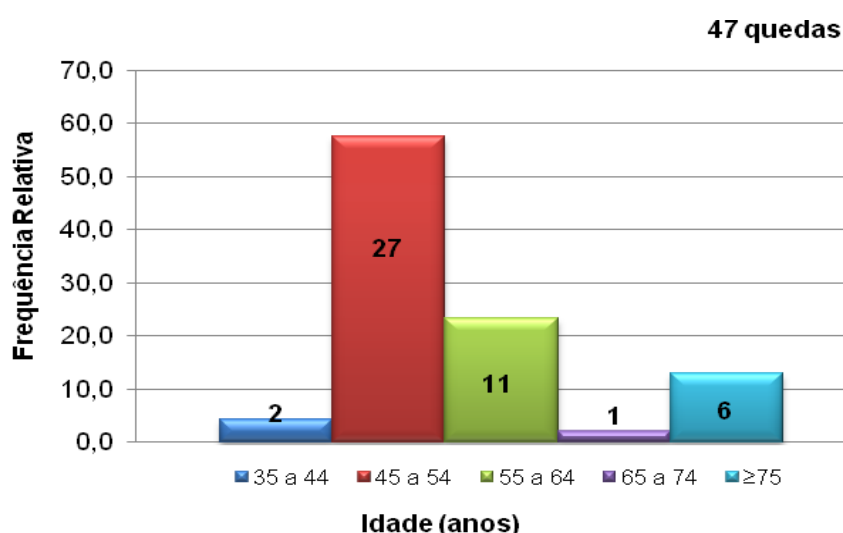


No que se reporta à ocorrência de quedas por grupo etário, (Gráfico 5), e como anteriormente referido, a maior percentagem, 57,4% (27), aconteceram nos grupos etários de 45 aos 54 anos, 23,4% (11) no grupo etário de 55-64 anos e 12,8% (6) no grupo etário superior ou igual a 75 anos; sendo que as mais baixas frequências de quedas verificam-se nas idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos e dos 35 aos 44 anos com 2,1% (1) e 4,3% (2) respectivamente.

Como tal, pode-se verificar que, contrariamente ao que diversos autores afirmam (Campbell, Borrie & Spears, 1989; Tinetti & Speechley, 1989; Ermida, 1999; Pereira, Buksman, Perracini, Barreto, & Leite, 2001; Saraiva et al., 2008; OMS, 2010), a ocorrência de quedas, por grupos etários, não é mais elevada nas idades extremas da vida.

No entanto é de ressaltar que dos 57,4% (27) de quedas que ocorreram no grupo etário dos 45 aos 54 anos, 38,3% (18), portanto mais do que metade, foram originadas por crises convulsivas ou empurrões (portanto quedas fisiologicamente imprevisíveis ou acidentais).

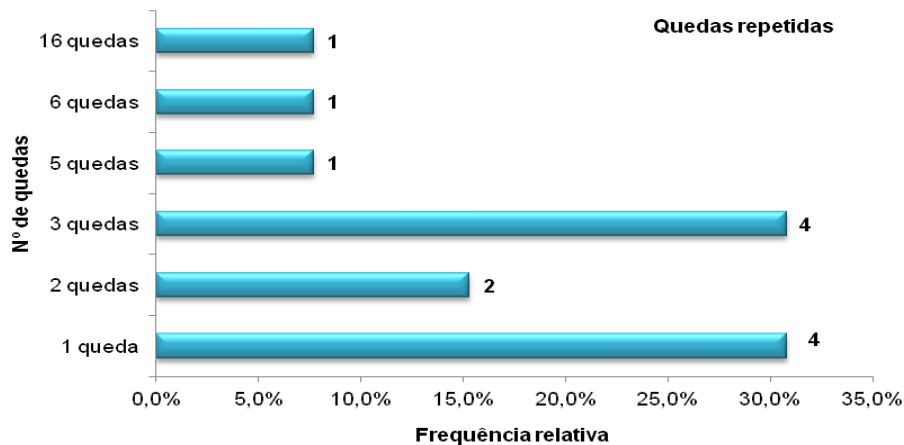
Gráfico 5 - Distribuição absoluta e percentual de quedas por grupo etário



Na sequência do que foi anteriormente referido, verifica-se no Gráfico 6 que, apenas 4 pessoas (30,8%) tiveram uma queda e 69,2% (9) da restante população teve diversas quedas. Sendo que o maior número de quedas por pessoa foi de 16.

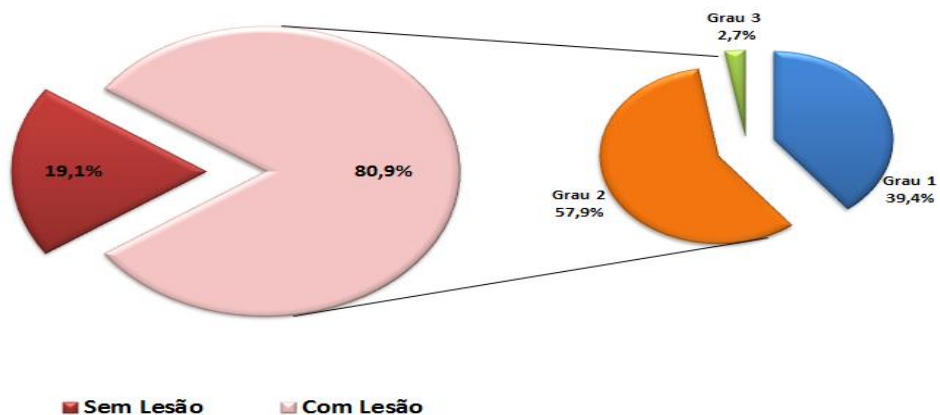
Estes resultados vão de encontro a diversos estudos efectuados, nomeadamente por Signorelli et al. (2009), que constataram, numa pesquisa sobre a prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Vale do Aço durante o período de 1 ano, que 21% dos 209 idosos apresentaram quedas, sendo que 47% tiveram diversas quedas. Também Tinetti e Speichle, (1989), em pesquisas realizadas em comunidades americanas, mostram que 30% das pessoas com idade superior a 65 anos caem pelo menos uma vez e que 50% dos idosos têm quedas repetidas. Por seu lado Tavares (2001) refere que um em cada três idosos sofre uma queda por ano, sendo 50% recorrentes neste tipo de acidentes. Além disso, acrescenta que a ocorrência de queda é maior nas pessoas institucionalizadas, estimando-a na ordem dos 50%

Gráfico 6 - Distribuição percentual de quedas por pessoas



No tocante à distribuição das lesões por grau de severidade e porque algumas destas quedas provocaram diversas lesões, optei, neste caso, em assumir/contabilizar, por doente, a lesão com severidade mais elevada. Sendo assim, constata-se no Gráfico 7 que, pelas notificações efectuadas durante o período mencionado, da totalidade das quedas, 19,1% (9) não resultaram em lesões, enquanto os restantes 80,9% (38) tiveram lesões. É de realçar que a maioria das situações referenciadas, 57,9% (22), foi considerada com uma severidade de grau 2. Seguidamente, observa-se ainda, que das restantes lesões, 2,7% (1) tiveram uma lesão de grau 3 e 39,4% (15) tiveram lesões de grau 1, e destas, cerca de metade, 23% (9), foram provocadas por crises convulsivas

Gráfico 7 - Distribuição percentual das lesões por grau de severidade



Em relação às lesões de grau 1, 66,7% (10) foram abrasões e 33,3% (5) contusões. No que se refere às 22 lesões de grau 2, pode-se constatar que 63,6% (14) foram lacerações cutâneas com necessidade de sutura, 27,3% (6) foram lesões com presença de contusão e laceração com necessidade de sutura e 9,1% (2) foram contusões mínimas. Por fim, no âmbito das lesões com uma severidade de grau 3, 2,7%, portanto um doente, teve uma fractura (Tabela 7).

Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa das lesões resultantes das quedas, segundo a gravidade e o tipo de lesão

Tipo de lesões resultantes das quedas	n	%
Grau 1		
▪ Abrasão	10	66,7
▪ Contusão	5	33,3
Total	15	100
Grau 2		
▪ Laceração cutânea com sutura	14	63,6
▪ Contusão mínima	2	9,1
▪ Contusão com laceração	6	27,3
Total	22	100
Grau 3		
▪ Fractura	1	2,7
▪ Alteração/perda do estado de consciência	0	0,0
Total	1	100
Total de lesões	38	100

Globalmente, os nossos resultados são consonantes com os dados publicados, nomeadamente por Diccini et al. (2008), que referem que de todas as quedas resultaram em algum tipo de lesão, sendo que 83% delas são abrasões, contusões e lacerações, e 9% são fracturas. Já Decesaro e Padilha (2001) referem que em média 63,3% de todas as quedas resultam em uma ou mais consequências para o doente.

Salienta-se, ainda, que das lesões de grau 2, cerca de um terço, 36% (8), foram originadas por causas fisiologicamente imprevisíveis, nomeadamente por crises convulsivas, nas quais o enfermeiro poderá actuar adoptando medidas de protecção assim como envolvendo o médico para um possível reajuste da terapêutica prescrita.

Relativamente aos procedimentos efectuados, constata-se na Tabela 8, que em 19,1% (9) foi necessária a aplicação tópica de gelo e em 4,3% (2) os doentes necessitaram de controlo da dor. Porém, para além dos cuidados prestados a nível da unidade de internamento, em 6,4% (3) das situações, os doentes tiveram necessidade de serem transferidos para outra instituição devido a suspeita de fractura, entorse, entre outros, e daí a realização de exames complementares de diagnóstico (MCDT). Paralelamente, e independentemente de ter havido ou não uma lesão, em 63,8% (30) das situações o doente esteve sob vigilância.

Tabela 8 - Frequência absoluta e relativa dos procedimentos realizados após ocorrência de queda

Tipo de cuidados realizados	Atendimento na instituição		Atendimento de saúde em instituição externa	
	n	%	n	%
▪ Vigilância	30	63,8	0	0
▪ Aplicação tópica de gelo	9	19,1	0	0
▪ Administração de terapêutica	2	4,3	0	0
▪ MCDT	0	0	3	6,4
▪ Transferência	0	0	3	6,4
Total	41	87,2	6	12,8

Em relação ao período da queda (Tabela 9) os registos referem que, da totalidade das quedas documentadas, a maioria, 51,1% (24), ocorreram durante o período da manhã, do qual 8,5% (4) não foram visualizadas. Seguidamente 29,8% (14) das quedas foram documentadas durante o turno da noite tendo sido cerca de metade, 10,7% (5) visualizadas. Durante o período da tarde registaram-se, com 19,1% (9), uma menor frequência de quedas. Destas 10,6% (5) foram visualizadas e 8,5% (4) não visualizadas. Como tal pode-se constatar que maioritariamente as quedas ocorreram durante o período diurno com 70,2% (33).

Também Signorelli et al. (2009), num estudo efectuado sobre a “Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Vale do Aço”, observou que 86% das quedas ocorreram durante o dia e 14% durante a noite, o que vai de encontro com os resultados obtidos.

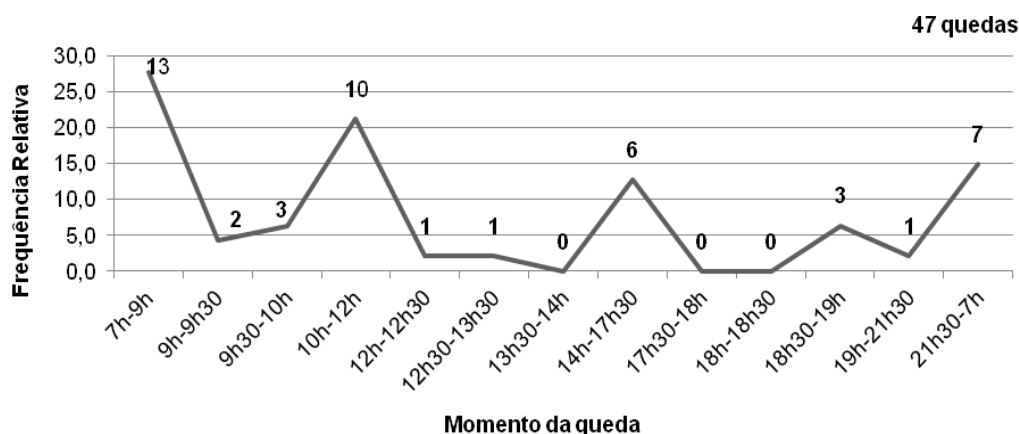
Contudo, outros autores referem que o número de quedas aumenta durante o período nocturno, como por exemplo Paiva, M., Paiva, S., Berti, e Campana (2010) que verificaram ao analisar 826 Boletins de Notificações de eventos adversos, durante um período de 30 meses, que a maior frequência de quedas foi verificado no período nocturno (63,7%).

Tabela 9 - Frequência absoluta e relativa das quedas ocorridas por turno segundo a sua visualização durante o período de Outubro de 2010 e Setembro de 2011

Período da queda	Queda visualizada					
			SIM		NÃO	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Manhã	24	51,1	20	42,6	4	8,5
Tarde	9	19,1	5	10,6	4	8,5
Noite	14	29,8	5	10,7	9	19,1
Total	47	100	30	63,8	17	36,2

No que concerne a distribuição das quedas pelas 24 horas, observa-se, no Gráfico 8, que maioritariamente, com 27,7% (13), estas ocorreram nos períodos compreendidos entre as 07h e as 09h, e as 10h e 12h com 21,3% (10), portanto num intervalo de duas horas. Por outro lado, constata-se que durante o período nocturno, entre as 21:30h e as 07h, num intervalo de tempo de 09:30h ocorreram 7 quedas (14,9%).

Gráfico 8 - Distribuição absoluta e percentual de quedas ao longo das 24 horas



O maior nº de quedas ocorre durante o período diurno, nomeadamente no início da manhã, entre as 07h e as 09h, intervalo de tempo durante o qual estão a ser prestados cuidados de higiene e portanto ficando o não existe um o acompanhamento permanente dos restantes doentes bastante comprometido. Também no período compreendido entre as 10h e 12h e as 14h e 17:30h, foram documentadas um acentuado nº de quedas. Durante estes períodos os doentes encontram-se no salão sob a vigilância de apenas um funcionário. Penso que não será demais lembrar que a maioria desta população é dependente na satisfação das suas necessidades, apresentam alterações da mobilidade relacionada com a patologia em causa, a idade e/ou ainda, com a presença de patologias associadas e que 30,6% são totalmente dependentes para a locomoção, deslocando-se em cadeira de rodas e deste modo necessitam de assistência permanente de terceiros para a realização das actividades básicas de vida diária. Com base no que foi referido, e de acordo com Pereira et al. (2001), os idosos que necessitam de ajuda nas actividades de vida diária, apresentam maior susceptibilidade para a queda, sendo a probabilidade de cair cerca de 14 vezes superior.

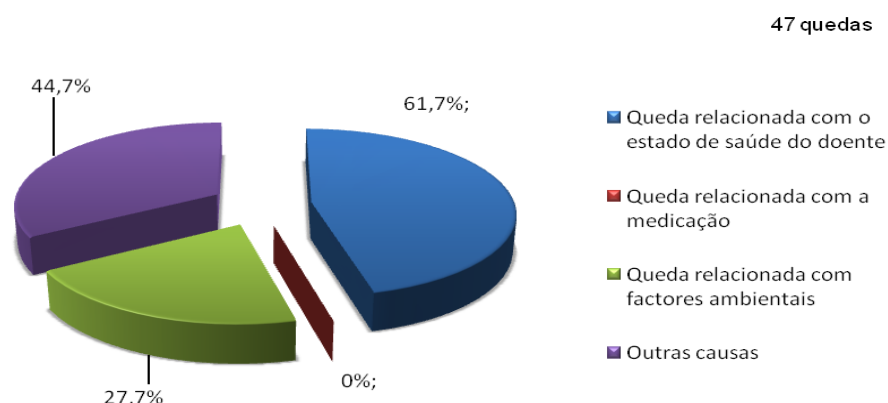
Relativamente ao facto de existir um menor número de quedas durante o período nocturno, poderá explicar-se não só pelas rondas periódicas (3/3h) que foram implementadas, que permitem: (i) supervisionar os doentes medicados com indutores de sono/ansiolíticos, na medida em que estes, sob o efeito dessa terapêutica passam, por um lado, a dormir bem, e por outro, perante qualquer situação que requeira o seu levante, correm o risco de queda; (ii) acompanhar alguns doentes durante as idas à casa de banho; e (iii) posicionar os doentes que necessitam.

No tocante ao motivo que ocasionou a queda, pode-se verificar no Gráfico 9, que em 61,7% (29) o estado de saúde do doente esteve na base da maior ocorrência de quedas. Neste ponto, observa-se que 25,5% (12) foram provocadas por uma instabilidade postural. Opostamente, com 2,1% (1), a causa que menos contribuiu para a queda foi a confusão e a agitação.

Quanto às quedas relacionadas com os fatores ambientais, que totalizaram 27,7% (13), as principais causas foram, com 25,5% (12), o estado do pavimento (pavimento húmido) e com 2,1% (1), as condicionantes físicas (mobiliário fora do local). As restantes opções, luminosidade e outros, não foram considerados fatores/fontes geradoras de quedas. Outras causas de queda não discriminadas registam com 44,7% (21) uma elevada prevalência, tendo sido a maioria originadas por crises convulsivas.

Estes resultados não vão de encontro a pesquisas efectuadas, nomeadamente por Fabrício et al. (2004), na qual constatou que a maioria das quedas (54%) esteve relacionada com problemas ambientais, provavelmente pela especificidade destes doentes.

Gráfico 9 - Distribuição percentual do motivo de ocorrência de queda



Relativamente ao local da queda constata-se, na Tabela 10, que 87,2% (41), ocorreram no interior da unidade de internamento, sendo o corredor ou salas de estar, com 61,0% onde ocorreu o nº maior de quedas. Seguem-se, com 19,5% (8) as quedas nas instalações sanitárias e com 17,1% (7), as quedas nas enfermarias. Por fim, temos uma queda (2,45) que ocorreu noutra local, nomeadamente no refeitório.

Quanto às quedas no exterior da unidade 12,8% (6), estas encontram-se distribuídas, pelos jardins do hospital, com 50,0% (3), pelo local dos serviços de apoio (bar, ateliers, etc.), com 33,3% (2) e pela área geográfica envolvente (rua, café, etc.), com 16,7% (1). Não foi relatado nenhum episódio de queda noutra local fora da unidade.

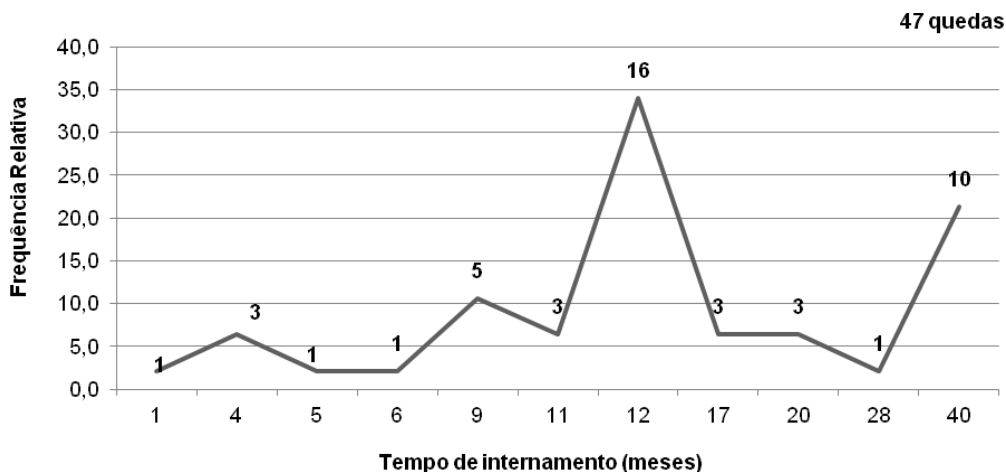
Tabela 10 - Distribuição absoluta e percentual das quedas segundo o local da ocorrência

Local da ocorrência da queda	n	%
Exterior da unidade de internamento		
• Jardins dentro do recinto do hospital	3	50,0
• Serviços de apoio (bar, ateliers, etc.)	2	33,3
• Comunidade (rua, café, etc.)	1	16,7
• Outro	0	0
Total	6	100
Interior da unidade de internamento		
• Enfermaria	7	17,1
• Corredor ou salas de estar	25	61,0
• Instalações sanitárias	8	19,5
• Outro	1	2,4
Total	41	100

No que se reporta à distribuição do nº de quedas, pelo tempo de internamento, pode-se verificar, no Gráfico 10, que o maior nº de quedas ocorreu, por ordem decrescente, nos períodos de 12, 40

e 9 meses de internamento, ou seja com 34,0% (16), 21,3% (10) e 10,7% (5), respectivamente. Paralelamente observa-se que durante os primeiros 6 meses de internamento ocorreu o menor número de quedas.

Gráfico 10 - Distribuição absoluta e percentual de quedas pelo tempo de internamento



Estes resultados não vão de encontro a estudos efectuados, que concluíram que a ocorrência de quedas em hospitais varia com a duração do período de internamento, verificando-se uma maior percentagem nos momentos imediatos ao período de internamento (Fabrício, Rodrigues & Junior, 2004; Paiva et al. 2010).

Este facto poder-se-á explicar com base nas medidas implementadas nos primeiros momentos de internamento, ou seja, sempre que um doente é admitido fica em OBS, de modo a que lhe seja proporcionada uma vigilância mais intensiva, com o objetivo de observar o seu comportamento e padrão de sono. No entanto, se, se constatar que não existe qualquer risco para o doente, este é transferido para a sua enfermaria. Além disso, caso se verifique alguma alteração significativa a nível comportamental ou o doente se encontre debilitado devido a um problema pontual de saúde, este também é transferido para OBS, de modo a se exercer uma vigilância 24h/24h.

5 – IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS CORRETIVAS

O sucesso da implementação de um processo de mudança depende fundamentalmente do envolvimento/empenho/motivação de cada um dos responsáveis por ela. Por isso a mudança, a avaliação, a qualidade e seus programas não podem ficar concentrados nas mãos de poucos. Quanto maior for os agentes envolvidos, maior será a probabilidade de êxito (Malik & Schiesari, 1998). Os acompanhamentos/monitorizações e as auditorias, são uma prática imprescindível para avaliar quanto do proposto está a ser alcançado e se existe a necessidade de efectuar alterações/ajustes de alguns dos procedimentos efectuados.

Dito isto, as não conformidades verificadas foram alvo de intervenção. De acordo com Pires (2007), a existência de medidas corretivas e de melhorias é a prova mais convincente do funcionamento do sistema. Como tal, relativamente à primeira não conformidade, momento de reavaliação do RQ, adoptaram-se como medidas corretivas a informação da ocorrência ao Enfermeiro de Referência assim como a sua sinalização na agenda da unidade, para que este proceda, no prazo estipulado, à respectiva reavaliação. Além disso, como este instrumento de registo se encontra informatizado, optamos também em abrir, por doente, uma pasta na qual fica documentada a avaliação efectuada. Desta forma obtém-se uma visualização rápida da última queda/registo efectuado.

Das auditorias internas realizadas, no dia 13.02.2011 e a 30.05.2011, ficou estabelecido que, de forma a prevenir as não conformidades relacionadas com a reavaliação do RQ após 24h, seria agendada esta reavaliação.

Além disso decidimos efectuar um lembrete que foi colocado no computador no qual escrevemos:

1. Agendar a reavaliação do RQ para 24h após a ocorrência da queda;
2. Alertar o Enfermeiro de referência.

Embora, nesta unidade de internamento de longa duração, onde a população se encontra muito debilitada, tanto pela idade como pela patologia psiquiátrica e patologias associadas, e cada turno seja assegurado apenas por um enfermeiro, é fundamental proceder à adequada documentação e respectiva caracterização da ocorrência de queda, porque só assim será possível contribuir para a implementação de medidas preventivas e melhoria dos cuidados (Caldevilla & Costa, 2009).

Tendo como ponto de partida que a melhoria contínua pressupõe uma evolução gradual do desempenho, todos estamos conscientes que a mudança nunca é fácil. Esta deverá ser feita de forma gradual e contínua. Estou convicta que, durante todo este processo, haverá sempre momentos durante os quais, ocorrerão erros, assim como possíveis “rotinas defensivas” ou “ciclos viciosos defensivos”. Deste modo, é fundamental, para atingir o objetivo pretendido, manter os prestadores de cuidados motivados e não deixar que haja uma interrupção dos esforços de melhoria, na medida que, para Lopes e Capricho (2007), “[a] aprendizagem “(...) é a única forma de esquecer o velho, substituindo-o, e este, ao ser normalizado e estandardizado, dá início a um novo ciclo de aprendizagem e renovação (...)” (p. 378). Os mesmos autores reforçam ainda que “[a] interacção das variáveis mudança, inovação, qualidade e aprendizagem dá origem ao

processo de renovação dos saberes das organizações, permitindo que estas se ajustem às necessidades do mercado, (...)” (Ibidem).

No entanto, Malik e Schiesari (1998), alertam para o facto de que, “[q]uando se fala em qualidade, dificilmente faz sentido empregar a palavra conclusão (...)”, pois, dadas as considerações tecidas ao longo deste trabalho, pode-se inferir que à implementação de um processo de melhoria contínua da qualidade, ou de qualquer tipo de mudança positiva, “(...) segue-se a necessidade inicial de manter as mudanças e conquistas alcançadas, antes de aprimorá-las” (p. 64).

Deste modo, e como “[a] divulgação dos resultados obtidos é fundamental para que as pessoas percam o medo da mudança e se empolguem com os possíveis efeitos de tal processo” (Ibidem, p.68) pretendemos proceder a essa divulgação.

Paralelamente, pretendo efectuar um acompanhamento semestral dos procedimentos implementados, assim como auditorias internas, com o Enfermeiro Director, com o objetivo de determinar se os requisitos estão a ser cumpridos e portanto verificar as conformidades e implementar medidas corretivas, caso seja necessário.

6 - SUGESTÕES DECORRENTES DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

No decorrer da implementação do projeto de trabalho, verificou-se a inexistência de uma instrução concreta relativamente à reavaliação do RQ após o período da primeira reavaliação. Tal situação gerou/levantou na equipa, diferentes formas de proceder, pelo que consideramos, nesta altura, fundamental, sugerir/instituir uma instrução específica relativamente a esta avaliação. Neste contexto sugiro que se proceda à reavaliação, com uma periodicidade trimestral, apenas a doentes nos quais se verificou uma queda. Esta periodicidade é justificada pela análise do item da EM "Historial de quedas imediata ou num período de 3 meses", pois verificou-se que após 3 meses, caso não existam alterações nos outros itens existirá uma alteração do score final.

Outros aspectos considerados oportunos para a implementação e manutenção deste processo de gestão de quedas, relacionam-se com: (i) o acompanhamento/supervisão da consonância entre a documentação e as práticas efectuadas; (ii) a realização de periódica de auditorias; (iii) a introdução de medidas corretivas; (iv) a comunicação anual dos resultados decorrentes da implementação do processo de gestão de quedas; e (v) a elaboração de um Procedimento de actuação para a gestão do risco de quedas para a instituição.

Relativamente ao instrumento de registo "Ocorrência de Queda", urge que se efectuem algumas alterações no ponto "Lesões resultantes das quedas", nomeadamente separar a caracterização das lesões resultantes das quedas, das intervenções efectuadas, em âmbito institucional e em âmbito hospitalar. Como tal, num primeiro ponto as lesões seriam subdivididas/caracterizadas de acordo com a sua gravidade e num segundo ponto estariam as intervenções realizadas no meio institucional (Controlo da dor, aplicação de gelo, aplicação de imobilização, ligadura, tala, entre outros) e as realizadas em meio hospitalar (MCDT, transferência, entre outros). Em relação ao cuidado "Doente sob vigilância" parece-me importante e de acordo com os dados obtidos nos registos de enfermagem, que este deveria ser retirado da gravidade 2 porque é um cuidado transversal a todos os tipos de gravidade, independentemente de haver lesão ou não. Ainda relacionado com o instrumento de registo e no que se refere às "Circunstâncias da queda", parece-me haver uma sobreposição de dados com o motivo da queda, pelo que sugiro a sua reformulação de acordo com o que induziu a queda, ou seja por tropeçar, por escorregar, por perda de equilíbrio ou por lipotímia (OMS, 2011).

No que concerne ao aumento percentual de quedas ocorridas durante o período diurno, e de modo a intervir na sua redução, pretendo implementar alterações no âmbito do plano de trabalho dos auxiliares, nomeadamente: (i) das 7h às 9h, os doentes independentes e os que necessitam de ajuda na deambulação serão os primeiros a ser transferidos, após a prestação dos cuidados de higiene, para o salão; (ii) após o pequeno-almoço os doentes, que se deslocam em cadeira de rodas, deverão ser encaminhados, para o salão, por um auxiliar, o segundo auxiliar acompanhará, até à casa de banho os doentes que necessitam de ajuda parcial na deambulação, e deste modo poderá dar apoio na eliminação e na higienização das mãos, assim como colaborar com o colega nas transferências e/ou posicionamentos dos doentes nos sofás; o terceiro auxiliar cooperará com

o enfermeiro, na higiene oral e das mãos dos restantes doentes, encaminhando-os de seguida para o salão; (iii) após o almoço os acompanhamentos serão efectuados da mesma forma à excepção que, serão dois os auxiliares que encaminharão os doentes de cadeira de rodas para o salão e que procederão à higienização, transferências e posicionamentos dos mesmos; o terceiro auxiliar será responsável pelo encaminhamento dos doentes que necessitam de ajuda parcial na deambulação; o auxiliar que inicia o turno às 13h juntamente com o enfermeiro realizam a higiene oral e das mão orientando os utentes no final; (iv) após o jantar os acompanhamentos serão realizados da mesma forma como após o pequeno-almoço, na medida que estarão novamente três funcionários na unidade; (v) relativamente aos acompanhamentos para o refeitório, estes deverão ser efectuados pela equipa de auxiliares, ao pequeno-almoço e almoço e por dois elementos ao jantar, de modo a permitir que haja uma maior supervisão dos doentes, enquanto os restantes elementos vão almoçar/jantar; (vi) outro aspecto que considero pertinente implementar relaciona-se com a integração de um segundo auxiliar, durante a prestação de cuidados de higiene aos doentes pelas 10:30h e 16:30h.

Por fim, espero que o presente estudo constitua ponto de partida para o desenvolvimento de uma investigação do tipo correlacional numa amostra significativa (a nível nacional) de forma a identificar os fatores predictores das quedas em doentes do foro psiquiátrico.

CONCLUSÃO

Ao chegar a esta fase importa lembrar que este Trabalho de Projeto, realizado num contexto formativo a nível de mestrado, implica mudanças nas práticas dos cuidados, na medida em que pretendi implementar um Processo de Gestão de Quedas, como contributo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Antes de abordar a importância e pertinência da implementação deste processo de melhoria contínua, convém lembrar que o conceito de qualidade, devido às influências de diversos investigadores, às constantes preocupações e exigências de cada época, foi evoluindo e a sua abrangência alargou-se para as instituições e serviço/cuidados de saúde, onde a sua aplicação ganhou cada vez maior expressão, transformando-se numa ferramenta essencial da nova estratégia para a saúde. Com o objetivo de promover, difundir, assegurar e sedimentar a segurança do doente e a qualidade organizacional dos serviços de saúde e conseqüentemente a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, o desenvolvimento de estratégias, orientadas para estes objetivos, passaram a ser o passo decisivo.

Como tal, para que se possa falar de melhoria contínua da qualidade, foi necessário que os procedimentos organizacionais, inerentes à implementação do processo de gestão de quedas, fossem convenientemente estabelecidos, documentados, conhecidos, compreendidos e mantidos em toda a instituição. Foi imprescindível pois, a criação e desenvolvimento de processos e padrões partilhados pelos intervenientes na instituição, pois só assim, conseguiria garantir uma uniformização de modo a responder com o máximo de segurança e equidade mediante situações que podem variar de doente para doente.

Neste sentido, e na medida em que as quedas, como ocorrência adversa, são ainda um problema frequente no dia-a-dia de trabalho das organizações de saúde, elas assumem particular destaque pelas conseqüências individuais, que originam, nomeadamente físicas, psicológicas e sociais, mas também pelo agravamento da situação do doente, designadamente o sofrimento causado.

Como verificado no trabalho desenvolvido, as pessoas institucionalizadas no âmbito da psiquiatria, estão expostas a diversos fatores de risco que as predispõem à ocorrência de quedas e suas complicações. Pelo que evitar a queda e/ou minimizar as suas conseqüências é uma conduta de boa prática profissional e um indicador de qualidade dos serviços. Desta forma, tornou-se indispensável planejar, implementar e avaliar um conjunto de actividades formais de melhoria contínua da qualidade, que irão, abarcar todos os níveis de cuidados e permitir uma monitorização dos processos utilizados para a sua obtenção e conseqüentemente fornecer evidência objectiva de que a qualidade foi alcançada nos níveis desejados. Neste contexto, na segunda parte deste trabalho foi apresentada a operacionalização das diferentes fases da implementação do processo de gestão de quedas. A metodologia utilizada, neste processo de melhoria contínua da qualidade, assenta no princípio do Ciclo PDCA (planificação, implementação, monitorização e avaliação). Por seu lado, na primeira fase, foi efectuada uma análise da situação que pretendo melhorar. Deste modo, foram caracterizados os procedimentos utilizados em situação de queda. Constatei que não existia, na unidade e na Instituição, uma uniformização de procedimentos, não só, no âmbito do processo de gestão de quedas e de actuação perante as mesmas, como também nos registos a

efectuar. Assim, e tendo como ponto de partida esta análise, planeei um conjunto de estratégias que visam actuar a nível de três vertentes, que considero fundamentais na medida que irão influenciar os resultados pretendidos: equipar a unidade de internamento com ferramentas, nomeadamente, instrumentos de registo estandardizados relacionados com a avaliação do RQ, registo de Ocorrência e de Notificação de quedas e de um *Standard* de Intervenções de Enfermagem de acordo com o risco avaliado através da aplicação da EM; envolver os prestadores de cuidados através da formação na mudança, na medida que estes são a “alavanca” de todo este processo de melhoria contínua; e monitorização do risco e das quedas ocorridas. Paralelamente, para o sucesso da implementação deste processo de melhoria contínua da qualidade, é fulcral o envolvimento da gestão de topo.

Após este minucioso planeamento, as estratégias foram implementadas. Durante esta fase foi fundamental efectuar a monitorização e o acompanhamento deste processo de mudança, não só como forma de prestar ajuda e dar orientações quando solicitadas, mas também aproveitaram-se esses momentos para elogiar e estimular o trabalho efectuado. Nele observaram-se algumas não conformidades relacionadas com o momento de reavaliação do RQ, algumas medidas corretivas foram sugeridas e posteriormente implementadas.

No decurso deste processo, verificou-se ser fundamental, a utilização de instrumentos de registo uniformizados que permitissem uma monitorização do risco e das quedas, uma caracterização dos doentes de risco, uma adequação física do ambiente e do mobiliário com vista à segurança do doente, assim como é essencial existir um protocolo de actuação. Porém, verificou-se que o sucesso, não só deste processo, como também da implementação de uma cultura de segurança e de qualidade, deve estar alicerçado por um conjunto de factores fundamentais: a abertura à mudança, o empenho e motivação de toda uma equipa, que vai desde a gestão de topo até à equipa prestadora de cuidados, a divulgação dos resultados e o entendimento do erro como uma situação de aprendizagem.

Este trabalho foi desde sempre e no decorrer da sua elaboração, um factor estimulante, por ser inovador na área da psiquiatria e constituir uma das primeiras medidas de melhoria contínua, no âmbito concreto da prestação directa dos cuidados. Simultaneamente pelas razões já mencionadas, não será de subvalorizar a resistência encontrada. Contudo, também, este foi um factor que foi vivido favoravelmente porque me permitiu adquirir competências na área da gestão e gestão da mudança

Sinto-me gratificada por o ter realizado, superando todos os constrangimentos de ordem pessoal e temporal. Considero este trabalho um contributo para a minha valorização pessoal e profissional, tendo permitido uma melhor e mais completa compreensão deste problema.

Desta exposição, posso afirmar que foram atingidos os objetivos estabelecidos, consubstanciando esse resultado aos conteúdos teórico/práticos abordados ao longo do mestrado, nomeadamente no âmbito da Qualidade em saúde. Paralelamente funcionou como “alavanca” para a adopção de medidas de melhoria contínua da qualidade, na medida em que, adquirir competências, no âmbito da gestão da Qualidade, fiquei mais sensibilizada para problemas desta ordem e consequentemente devolvi um sentido mais crítico das situações.

Não gostaria de terminar sem antes assegurar que, a construção e implementação deste Processo de Gestão de Quedas não termina nesta unidade, na medida que abrangerá progressivamente toda as unidades da instituição.

Garantir ao utente um serviço concebido conforme padrões, procedimentos e normas, numa procura crescente de consolidação de uma cultura da qualidade, constitui o pressuposto subjacente à concepção, implementação e avaliação deste projeto.

Bibliografia

- Almeida, R., Abreu, C., & Mendes, A. (Dezembro de 2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção, (2). *Revista de Enfermagem Referência*, III série. , pp. 163-172.
- Alves, P. (2009). *Avaliação e Qualidade das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora.
- Bohomol, E., D.Innocenzo, M., & Cunha, I. (2005). Indicadores de qualidade: Conceitos e Sistemas de Monitoramento. *Cad. Centro Universitário S. Camilo*, 11 (2) , pp. 75-81.
- Boutinet, J. (1996). *Antropologia do Projecto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Buksman, S., Vilela, A., Pereira, S., Lino, V., & Santos, V. (26 de Outubro de 2008). *Quedas em Idosos: Prevenção*. Obtido em 11 de Janeiro de 2011, de Quedas em Idosos: http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
- Caldevilla, M., & Costa, M. (n.d de Fevereiro de 2009). Quedas dos idosos em Internamento Hospitalar: Que passos para a Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem* , pp. 25-28.
- Campbell, A., Borrie, M., & Spears, G. (1989). Risk Factors for Fall in a Community-Based - Prospective Study of People 70 Years and Older. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44 (4) , pp. 112-117.
- Campbell, A., Borrie, M., Spears, G., Jackson, S., & Fitzgerald, J. (1990). Circumstances and consequences of Falls experienced by a Community Population 70 years and over during a prospective Study. *Age Aging* 19 , pp. 136-141.
- Campos, L., Portugal, R., & Borges, M. (2009). *A Governação dos Hospitais*. Lisboa: DGS.
- Canário, R. et. al (1998). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto editora, Lda.
- Capezuti, E. (1998). Quedas. In M. Forciea, & R. Lavizzo-Mourey, *Segredos em Geriatria: Respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na cclínica, em exames orais e escritos* (pp. 135-142). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carthey, J., Reason, J., & Leval, M. (2001). Diagnosing "vulnerable system syndrom: an essential prerequisite to effective risk management". *Quality in Health Care*, 10 (Suppl.II), pp. 21-25.
- Contreiras, T., Rodrigues, E., & Nunes, B. (2010). *ADELIA 2006-2008 - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada*. Lisboa: n.d.
- Cortesão, L. (1990). Projecto, Interface de Expectativa e de Intervenção. In E. Leite, M. Malpique, & M. R. Santos, *Trabalho de Projecto - Leituras comentadas*. (pp. 81-89). Porto: Afrontamento Lda.
- Cruz, C., & Carvalho, O. (1998). *Qualidade, uma Filosofia de Gestão* (5ª edição). Lisboa: Texto Editora.
- Decesaro, M., & Padilha, K. (Mai./ago. de 2001). Queda: Comportamentos negativos de Enfermagem e consequências para o Paciente durante o período de Internamento em UTI. *Arquivo Ciénce. Saúde Unipar* 5 (2) , pp. 115-125.
- DeGoede, K., & Ashton-Miller, J. (2002). Fall arrest strategy affects peak hand impact force in forward fall, (Vol. 35). *Journal of Biomechanics* , pp. 843-848.

- Diccini, S., Pinho, P., & Silva, F. (Julho-Agosto de 2008). Avaliação de risco e incidência de que em pacientes neurocirúrgicos. *Rev. Latino em Enfermagem*, 16 (4).
- Diniz, A. (03 de Outubro de 2010). *Qualidade em saúde - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*. Obtido em 21 de Dezembro de 2010, de Qualidade em Saúde: http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/Alexandre_Diniz1.pdf
- D'Innocenzo, M., Adami, N.P., & Cunha, I. (n.d de Janeiro-Fevereiro de 2006). O Movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem Reben*, 59 (1) , pp. 84-88.
- Direcção-Geral da Saúde. (n.d de n.d de 2009a). Segurança do Doente. Obtido em 21 de Outubro de 2010, de Departamento da Qualidade Saúde: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>
- Direcção Geral de Saúde. (n.d de n.d de 2009b). Sistema de Registo e Notificação de Incidentes de Eventos Adversos. Obtido em 2010 de Outubro de 21, de Departamento da Qualidade na Saúde: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>
- Direcção Geral de Saúde. (2010a). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A Qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: n.d.
- Direcção Geral de Saúde. (2010b). PNS 2011-2016 - A Qualidade no PNS 2011-2016: Caracterização da situação Internacional e Nacional em algumas áreas da qualidade (Anexo). Lisboa.
- Donabedian, A. (1980, June 1). Definition of quality and approaches to assessment. *Explorations in quality assessment and monitoring*, 1 , p. 5.
- Donabedian, A. (1969). *Medical Care Appraisal - Quality and Utilization*, 11. Nova Iorque: American Public Health Association.
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. (Outubro-Dezembro de 2004). Uma abordagem em Rede à Avaliação da qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3 (4) , pp. 20-28.
- Ermida, J. (1999). Os idosos: Problemas e realidades. *Sinais Vitais* , pp. 41-50.
- European Network for Safety Among Elderly. (2006). *Ficha de Factos: Prevenção de Quedas nos Idosos. Segurança nos Idosos - Lesões Acidentais*. Athen: Center for Research and Prevention of Injuries-CEREPRI. Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, School of Medicine, Athens University.
- Fabício, S., Rodrigues, R., & Junior, M. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público . *Revista Saúde Pública* , 38 (1) , pp. 93-99.
- Fazenda, I. (2006). Saúde Mental: do Hospital à Comunidade, dos cuidados à Cidadania. In Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania (56)* (pp. 6-15). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas Deficientes.
- Florentim, R., & Franco, M. (Fevereiro de 2006). A Qualidade dos Cuidados de Saúde prestados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Beira: um estudo empírico. *Revista Investigação em Enfermagem - Ed. Sinais Vitais* , (13) , pp. 15-26.

- Fonseca, A., Yamanaka, N., & Barison, T. L. (2005). Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na actividade hospitalar. *Mundo saúde*, 29 , pp. 27-38.
- Fragata, J. (26 de Dezembro de 2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Rev Port Clin Geral*, 26 , pp. 564-570.
- Harrington, L., Luquire, R., Vish, N., Winter, M., Wilder, C., Houser, B., et al. (2010, November, nd). Meta-analysis of Fall-Risk tools in Hospitalized Adults. *Journal of Nursing Administration*, 40 , pp. 483-488.
- Hendrich, A. (2006, May/June, nd). In patient falls: Lessons from the Field. *Patient Safety & Quality Healthcare* , pp. 26-30.
- Hendrich, A., Bender, P., & Nyhuis, A. (2003, February, nd). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A Large Concurrent Case/Control study of Hospitalized Patients. *Applied Nursing Research*, 16 (1) , pp. 9-21.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Huang, H., Gau, M., Lin, W., & Kernohan, G. (2003, September/October). Assessing Risk of Falling in Older Adults, 20 (5). *Public Health* , pp. 399-411.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (2ª edição)*. Lisboa: Editorial do M.E.C. - Algueirão.
- Institut of Medicine. (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance*. Washington: National Academy Press.
- Institut of Medicine. (2001). *The Chasm of Quality*. Washington: National Academy Press.
- Jeffries, D., Evans, B., & Reynolds, P. (1992). *Formar para a Gestão da Qualidade Total TQM*. Lisboa: Monitor - Projectos e Edições, Lda.
- Joint Commission International. (2008). *Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais (3ª ed.)*. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação.
- Jorge, I., & Simões, M. (1995). A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. *Servir* 43 (6) , pp. 290-296.
- Kluck, M., Guimarães, J., Ferreira, J., & Prompt, C. (2002). A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: Implementação e validação de indicadores. *Revista de Administração em Saúde*, 4 (16) , pp. 27-32.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Manual de Gestão da Qualidade*. Lisboa: RH, Lda.
- Machado, P. B., & Nunes, R. (2007). Diagnóstico da qualidade dos Serviços Públicos de Saúde. In R. Nunes, & C. Brandão, *Humanização da Saúde* (pp. 111 -150). Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.
- Mainz, J. (2003, December, nd). Defining and Classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Healht Care*, 15 (6) , pp. 523-530.
- Malik, A., & Schiesari, L. (1998). *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*, 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

- Marin, H., Bourie, P., & Safran, C. (Julho de 2000). Desenvolvimento de um sistema de alerta para a prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 8 (3) , pp. 27-32.
- Menezes, R., & Bachion, M. (n.d. de Julho-Agosto de 2008). Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. (Redalyc, Ed.) *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (004), pp. 1209-1218.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Manole, Ltda.
- Ministério da Saúde. (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Morse, J. (2009). *Preventing patient falls: a establishing a fall intervention program (2ª ed.)*. New York: Copyright Springer Publishing Company, LLC.
- Morse, J., Morse, R., & Tylko, S. (1989). Development of a Scala to Identify the Fall-Prone Patient, 8 (4). *Canadian Journal on Aging* , pp. 366-377.
- Mota, N., Melleiro, M., & Tronchin, D. (Jan.-Mar. de 2007). A construção de Indicadores de Qualidade de Enfermagem: Relato de experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. *Revista de Administração em Saúde*, 9 (34) , pp. 9-16.
- Mugaiar, K., Bordin, L., & Fonseca, A. (n.d de Junho de 2004). Risco de queda de Paciente: percepção do enfermeiro. *Nursing*, 73 (7) , pp. 30-35.
- Nunes, L. (n.d de Janeiro - Março de 2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos* (15) , pp. 4-37.
- Nunes, R., & Brandão, C. (2007). *Humanização da Saúde*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F., & McMurdo, E. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review, 3 (2). *Oxford Journals - Age and Ageing* , pp. 121-130.
- Ordem dos Enfermeiros. (n.d de Dezembro de 2001). *Ordem dos Enfermeiros - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar* , pp. 3-16.
- Ordem dos Enfermeiros. (n.d de Dezembro de 2010). *Segurança dos Cuidados de Saúde versus Sustentabilidade do Sistema de Saúde. Manifestação antecipada de vontade e exercício de Enfermagem* (36) , pp. 46-51.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Relatório global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice* (L.M Campos, Trad.) . São Paulo: Layout (Obra original publicada em 2007).
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final (Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Trad.)*. Lisboa (Obra original publicada, 2009): Direcção-Geral da Saúde.
- Paiva, M., Paiva, S., Berti, H., & Campana, A. (Março de 2010). Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (1) , pp. 134-138.
- Palmer, R., & Nesson, R. (1982, August, nd). A Review of Methods for Ambulatory Medical Care Evaluation. *Medical Care*, 20 (8) , pp. 758-781.

- Pereira, S. R., Buksman, S., Perracini, M. P., Barreto, K. M., & Leite, V. M. (2001). *Quedas em Idosos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1991). *La Planification de la Santé - Concepts, méthodes, stratégies* (6ª ed.). Montréal: Éditions Agence d'ARC.
- Pinheiro, M. (11 de Fevereiro de 2009). *O serviço Atendimento Permanente – Satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009*. Obtido em 28 de Novembro de 2010, de http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7148?mode=full&submit_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo
- Pinto, J. (n.d de Junho de 2009). *Melhoria Contínua - Compromisso a longo-prazo com a mudança*. Obtido em 03 de Março de 2011, de *Melhoria Contínua*: http://www.slideshare.net/Comunidade_Lean_Thinking/melhoria-contnua.
- Pires, A. (2007). *Qualidade - Sistemas de Gestão de Qualidade* (3ª ed.). Lisboa: Sílabo, Lda.
- Pisco, P., & Biscaia, J. (2001). *Qualidade de cuidados de saúde primários*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 43-51.
- Quintino, P., & Saraiva, M. (2010). *Qualidade e comunicação nas Organizações de Saúde: aplicação prática no HCIS*. In C. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas* (pp. 65-92). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Romano, P. (21 de Julho de 2005). *Improving the quality of hospital care in America*. *The New England Journal of Medicine* 353 (3) , 302-304.
- Rubenstein, L., Powers, C., & MacLean, C. (16 de Outubro de 2001). *Quality Indicators for the Management and Prevention of Falls and Mobility Problems in Vulnerable Elders*, 135 (8). *Annals of Internal Medicine* , pp. 686-693.
- Sá, C. (2010). *Avaliação da Monitorização do Sistema de Qualidade de um serviço de saúde. Dissertação de Mestrado não-publicado*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., & Pina, S. (Julho de 2008). *Quedas: indicador da qualidade assistencial*. *Nursing - Revista de formação contínua em Enfermagem* (235) , pp. 28-35.
1. Signorelli, G., Araújo, C., & Sawazki, G. (n.d de Dezembro de 2009). *Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Vale do Aço*. *Revista Funcional*, 2 (2) , pp. 11-20.
 2. Silva, C., Saraiva, M., & Teixeira, A. (2010). *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: Perspectivas e práticas*. Lisboa: Sílabo, Lda.
 3. Sousa, P. (2010). *Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados*. In C. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas* (pp. 19-31). Lisboa: Sílabo, Lda.
 4. Stanley, S., & Foer, R. (1996, May-June). *Preserving Patient safety and Quality Nursing Care*. *Nursing Policy Forum*, 2 (3) , pp. 18-21.

5. Tavares, V. (Maio-Junho de 2001). Prevenção das quedas. *Mundo Médico*. Ano 3, (16) , p. 74.
6. Teixeira, J., Camargo, F., Tronchin, D., & Melleiro, M. (Junho de 2006). A elaboração de Indicadores de Qualidade da Assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e Neonatal. *Revista de Enfermagem*, 14 (2) , pp. 2-13.
7. Tinetti, M., & Speechley, M. (20 de Abril de 1989). Prevention of falls among the elderly, 320 (16). *The New England Journal of Medicine*, pp. 1055-1059.
8. Tomás, A., & Gonçalves, R. (n.d de Setembro de 2010). Qualidade dos serviços de saúde - uma perspectiva integradora. *Ordem dos Enfermeiros - CNR e 24º Congresso Quadrienal do ICN 2009 - ACESSO*, 35 , pp. 68-69.
9. Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O., & Guisset, A. (09 de September de 2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europa PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (6) , pp. 487-496.
10. Vincent, C., Adams, S., Chapman, E., Hewett, D., Prior, S., Strange, P., et al. (2000, March 18). How to Investigate and Analyse Clinical Incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *British Medical Journal* 320 , 777-781.

ANEXOS

Anexo I - Escala de Morse

Anexo II – Instrumento de Avaliação da Formação

APÊNDICES

Apêndice A – Cronograma do Projeto de Trabalho

Apêndice B - Planificação esquemática das actividades a desenvolver

Apêndice C – Planificação da sessão formativa à Equipa de Enfermagem

Apêndice D – Planificação da sessão de sensibilização para os Auxiliares de Acção Médica

Apêndice E – Planificação esquemática da monitorização do risco e das quedas

Apêndice F – Instrumento de Registo de Ocorrência de Quedas

Apêndice G - Base de Dados de Notificações de Ocorrência de Quedas

Apêndice H – Instrumentos de registo dos acompanhamentos/supervisões efectuados

Apêndice I – Instrumento de Registo das Auditorias

Apêndice J – *Standard* de Intervenção de Enfermagem

Apêndice K – Formação na Mudança (Power point)

Apêndice L – Resultados da avaliação do programa formativo

Apêndice M – Tabela de frequência absoluta e relativa para cada opção de resposta na EM, para a população e por grupos etários

