INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Análise das causas das quedas em internamentos médico-cirúrgicos num hospital público português

Madalena Xavier Melo

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Professora Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Setembro 2024

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Análise das causas das quedas em internamentos médico-cirúrgicos num hospital público português

Madalena Xavier Melo

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Professora Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar, ISCTE-IUL

Setembro 2024

Agradecimentos

Este mestrado foi uma das experiências mais desafiantes, interessantes e difíceis a que já me propus. Durante muito tempo senti que a minha licenciatura em Enfermagem ia definir todo o percurso da minha vida profissional, hoje é com orgulho e felicidade que termino esta etapa que mudou a forma como me vejo a mim própria e ao mundo que me rodeia.

Gostaria em primeiro lugar de agradecer aos meus pais, Carla e João sem o vosso apoio incondicional não me teria proposto a este desafio e sem a vossa ajuda não o teria concluído desta forma. Tenho muita sorte em poder regressar a casa ao fim do dia, independentemente de quão longo seja. Obrigada por fomentarem em mim a vontade de ser melhor.

Ao Rogério e à Susana, por me ajudarem como se fosse vossa e pela paciência comigo mesmo no momento mais stressante.

Ao meu irmão, Francisco, por me incentivar a ser o melhor exemplo de estudante e profissional possível.

À Catarina e à Beatriz, por todo o apoio, consolo e amizade que me oferecem, e, em especial, à Madalena por todas as horas de estudo, de desabafo e de partilha, e por seres sempre a primeira a estender a mão quando preciso de ajuda. Obrigada por me fazerem acreditar em mim.

A todos os professores que me acompanharam ao longo deste mestrado, e em especial à minha orientadora, a Professora Doutora Sofia Lopes Portela, por ter despertado em mim o gosto pela análise de dados, e por me ter acompanhado durante todo o processo de desenvolvimento da tese. A Professora tem sempre uma palavra de conforto e de calma. Obrigada por todo o tempo que disponibilizou para o sucesso deste trabalho.

A quem conheci neste mestrado, a Lara, a Filipa e a Ana, sou muito feliz a partilhar o ISCTE com vocês.

Por último, às minhas amigas mais antigas, obrigada por partilharem comigo aquilo que mais gosto de fazer e serem o meu porto de abrigo em todas as tempestades.

Resumo

As quedas em doentes hospitalizados são um dos eventos adversos mais comuns e afetam a segurança destes, bem como, a qualidade dos cuidados prestados, pilares centrais de qualquer intuição de saúde.

Este estudo tem como objetivo analisar as causas das quedas em doentes internados nos serviços médico-cirúrgicos de um hospital público português, tendo em vista propor ações de melhoria. Para o efeito foram utilizados os dados de todas as quedas ocorridas durante o primeiro semestre de 2023.

Os doentes que caíram durante o primeiro semestre de 2023 naquele hospital são maioritariamente do sexo masculino, com idades entre os 68 e os 85 anos. São totalmente dependentes ou com grau de dependência grave. As quedas decorrem maioritariamente no período da manhã, não resultam em lesões para o doente e são classificadas como sendo prováveis de acontecer novamente.

A análise dos dados das auditorias internas permitiu perceber que o serviço com menor número de doentes com alto risco de queda é o serviço H e os serviços que apresentam piores resultados de conformidade são o serviço de medicina G. As medidas que apresentam piores resultados de conformidade são relativas à correta sinalização da cama e do doente para alto risco de queda.

As propostas de melhoria apresentada focam-se em três diferentes áreas que incluem as falhas processuais, as características dos doentes, e os resultados das auditorias. Estas incluem intervenções a curto, médio e longo prazo a ser implementadas pelos profissionais de saúde que trabalham nos serviços médico-cirúrgicos.

Palavras-chave: Quedas hospitalares; Segurança do doente; Risco de queda; Gestão de risco

JEL Classification: I15; I18

Abstract

Falls in hospitalized patients are one of the most common adverse events and affect their safety, as well as the quality of care provided, which are central pillars of any healthcare institution.

This study analyses the causes of falls in patients admitted to the medical-surgical services of a Portuguese public hospital, with the goal of proposing improvement actions. For this purpose, data from all falls that occurred during the first half of 2023 was used.

Patients who fell during the first half of 2023 are mostly male, aged between 68 and 85 years, fully dependent or having a severe degree of dependence. Falls occur mostly in the morning, do not result in injuries for the patient and are classified as likely to happen again.

The analysis of the internal audit data revealed that the inpatient service with the lowest number of patients at high risk of falling is service H, and the inpatient service with the worst compliance results is medicine G. The measures with the worst compliance results are related to the correct signaling of the bed and the patient for high risk of falling.

The improvement proposals presented focus on three different areas: procedural failures, patient characteristics and audit results. These include short, medium and long-term interventions to be implemented by healthcare professionals working in medical-surgical services.

Key Words: Falls in hospitalized patients; Patient safety; Portuguese Hospital; Fall risk; Risk management

JEL Classification: I15; I18

Índice:

Agradecimentos ..... *v*

Resumo ..... *i*

Abstract ..... *iii*

Índice de Figuras ..... *vii*

Índice de Tabelas ..... *ix*

Lista de Abreviaturas ..... *xi*

1. Introdução *1*

2. Revisão da Literatura *3*

2.1. As quedas como um evento adverso 3

2.2 Fatores de risco das quedas 4

2.3 Consequências das quedas hospitalares 6

2.4. Estratégias de Prevenção de quedas hospitalares 7

2.5. Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD) 10

2.6.Padrões de Acreditação Internacional da Joint Commission International para Hospitais 16

2.7. O que está a ser feito em Portugal relativamente às quedas hospitalares 19

3. Metodologia *23*

4. Resultados *25*

4.1 – O perfil do doente que sofreu uma queda 1º e 2º trimestre de 2023 25

4.1.1 – Dados Sociodemográficos 25

4.1.2 – Dados relativos à história de saúde do doente 26

4.1.2 – Dados relativos à queda 29

4.2 – Análise dos dados das auditorias à implementação de medidas de prevenção de quedas 37

4.2.1 – Dados relativos ao 1º trimestre de 2023 38

4.2.2 – Dados relativos ao 2º trimestre de 2023 41

4.3 Lista de Problemas encontrados 47

5. Plano para a melhoria *49*

5.1 Falhas processuais 49

5.2 Características dos doentes 50

5.3 Resultados das auditorias 51

6. Conclusão *53*

Referências Bibliográficas *57*

Anexos *61*

Anexo A – Escala de Morse *62*

Anexo B - Targeted Risk Factor Fall Prevention Bundle *63*

Anexo C – Escala de Barthel *65*

Índice de Figuras

Figura 1 - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente....12
Figura 2 - Percentagem de doentes que caíram por género....25
Figura 3 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023, por serviço de internamento médico-cirúrgico....25
Figura 4 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023, por motivo de internamento....26
Figura 5 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023, por grau de dependência....27
Figura 6 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 e que se apresentavam desorientados em todas as vertentes....28
Figura 7 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 e que apresentaram períodos de confusão....28
Figura 8 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023 e que se encontravam orientados no tempo, no espaço e na pessoa, respetivamente .28
Figura 9 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 com avaliação do risco através da escala de Morse prévio à queda....29
Figura 10 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 por score obtido do preenchimento da Escala de Morse antes da queda....29
Figura 11 - Número de quedas por mês durante o primeiro semestre de 2023....29
Figura 12 - Percentagem de quedas no 1º e 2º trimestre de 2023 por intervalo horário .30
Figura 13 - Percentagem de quedas ocorridas no 1º e 2º trimestre de 2023 por causa de queda....30
Figura 14 - Percentagem de quedas ocorridas no 1º e 2º trimestre de 2023 por motivo de queda....31
Figura 15 - Percentagem de quedas ocorridas por tipo de alterações do estado de saúde do doente no 1º e 2º trimestre de 2023 por tipo de alteração do estado de saúde....31
Figura 16 - Percentagem de quedas que ocorreram por fatores ambientais no 1º e 2º semestre de 2023 por tipo de fator ambiental....32
Figura 17 - Percentagem de quedas que ocorreram por fatores "Outros" no 1º e 2º trimestre de 2023 por tipo de fator da categoria "Outros"....32
Figura 18 - Percentagem de quedas ocorridas no 1º e 2º trimestre de 2023 por equipamento envolvido na queda....33
Figura 19 - Percentagem de quedas presenciadas no 1º e 2º trimestre de 2023....33
Figura 20 - Percentagem de quedas que resultaram em lesões para os doentes no 1º e 2º trimestre de 2023....34
Figura 21 - Percentagem de quedas que resultaram em lesões, no 1º e 2º trimestre de 2023, por tipo de lesão ocorrida....34
Figura 22 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 por tipo de dano....35
Figura 23 - Percentagem de quedas que resultaram em danos físicos, no 1º e 2º trimestre de 2023, por tipo de dano físico....35
Figura 24 - Percentagem de quedas que resultaram em dano psicológico, ocorridas no 1º e 2º trimestre de 2023, por tipo de dano psicológico....35

Figura 25 - Percentagem de quedas que resultaram em danos no 1º e 2º trimestre de 2023 por nível de gravidade 36
Figura 26 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023, por medida implementada.....36
Figura 27 - Percentagem de quedas ocorridas no 1º e 2º semestre de 2023, por probabilidade da queda se voltar a repetir 37

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023, por grau de dependência em cada serviço médico-cirúrgico 27
Tabela 2 - Média de % de conformidade e nº de categorias com 100% de conformidade por serviço relativa ao 1º trimestre 2023 40
Tabela 3 - Média de % de conformidade e nº de vezes com conformidade 100% por medida relativa ao 1º trimestre de 2023.....40
Tabela 4 - Medida com menor conformidade e a respetiva % por serviço de internamento no 1º trimestre de 2023 41
Tabela 5 - Média de % de conformidade e nº de medidas com 100% de conformidade por serviço relativa ao 1º e 2º trimestre 2023 44
Tabela 6 - Média de % de conformidade e nº de vezes com conformidade 100% por medida relativa ao 1º e 2º trimestre de 2023 45
Tabela 7 - Medida com menor conformidade e a respetiva % por serviço de internamento no 1º e 2º trimestre de 2023 46
Tabela 8 - Perfil do doente que caiu no 1º semestre de 2023 e as principais características das quedas ocorridas 47
Tabela 9 - Medidas que apresentaram melhorias de conformidade no 2º trimestre de 2023 relativamente ao 1º trimestre.....47
Tabela 10 - Principais conclusões no primeiro e segundo trimestre de 2023 Serviços...47
Tabela 11 –Lista de principais problemas encontrados, divididos em 3 categorias: Falhas processuais; Características dos doentes e Resultados das auditorias 48
Tabela 12 - Serviços que apresentam melhorias de conformidade no 2º trimestre de 2023 relativamente ao 1º trimestre.....48
Tabela 13 - Proposta de intervenção para a melhoria do preenchimento dos reportes na plataforma HER + ...49
Tabela 14 - Proposta de intervenção para a melhoria da qualidade das auditorias.....50
Tabela 15 - Proposta de intervenção para a diminuição do número de quedas 51
Tabela 16 - Proposta de intervenção para a melhoria dos resultados das auditorias 52

Lista de Abreviaturas

APR – Requisitos para Participação na Acreditação
AVAI – Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CISD – Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente
DGS – Direção Geral de Saúde
FES-I – Fall Efficacy Scale International
FOF – Fear of Falling
IPSG – Metas Internacionais de Segurança do Doente
JCI – Joint Commission International
OMS – Organização Mundial de Saúde
PPCIRA – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

1. Introdução

As quedas nos adultos hospitalizados são um tema que preocupa as instituições hospitalares de uma forma geral, uma vez que, são o evento adverso mais comum reportado dentro desta faixa etária (Lim et al., 2018). Torna-se, assim, definidor da cultura de cuidados, segurança e qualidade (Tung & Newman, 2014), o que coloca as instituições sobre grande pressão, transformando-se num desafio para qualquer uma delas (Lim et al., 2018).

Este é um problema que exige um esforço acrescido na gestão das organizações e, mais especificamente, na gestão de cada unidade de internamento. A Organização Mundial de Saúde tem apoiado o esforço de implementação, a nível europeu, de normas e *guidelines* e têm sido criados financiamentos para a melhoria da gestão deste tipo de evento adverso (DGS, 2022). Apesar disso, o problema não parece estar numa trajetória de resolução, já que o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento populacional implicam um aumento do número de doentes da faixa etária que mais risco corre de sofrer uma queda (Boffin et al., 2014). Torna-se, assim, relevante investigar as principais causas das quedas de doentes adultos em contexto de internamento hospitalar, em cada instituição.

A ocorrência de quedas de doentes em contexto de internamento hospitalar não só põe os doentes em risco devido às inúmeras consequências que pode trazer para os mesmos, como também tem consequências para o dia-a-dia dos profissionais de saúde. Estes devem realizar uma série de intervenções preconizadas e individualizadas a cada doente e tornam-se facilmente responsabilizáveis pelas quedas (DGS, 2019).

Em Portugal, existe a obrigatoriedade de implementação das normas elaboradas pela Direção Geral de Saúde para a prevenção de quedas, por forma a serem cumpridos os indicadores e objetivos previstos no Plano Nacional para a Segurança do Doente. Para isto, surgem muitas vezes dentro das instituições de saúde departamentos dedicados à gestão do risco do doente e que têm como responsabilidade garantir que os cuidados de saúde são prestados de forma a colocar a segurança do doente em primeiro lugar.

A organização em estudo é um hospital público português que tem como missão a prestação de cuidados de saúde à população alocada a esta região, tendo em mente o respeito pela individualidade e necessidade dos doentes, bem como, os princípios de eficácia, qualidade e eficiência. É neste contexto que surge o Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente, o qual desenvolveu um projeto intitulado “Quedas Zero”, que tem como objetivo principal trabalhar na diminuição do número de quedas de todo o hospital. Assim, o objetivo desta tese é investigar as quedas dos adultos em internamento médico-cirúrgico num hospital público português, nomeadamente definindo o perfil destes doentes e propondo novas medidas, que ao serem implementadas no Hospital possam reduzir o peso destes eventos na organização.

Tendo em vista atingir estes objetivos, foi definida como metodologia a análise dos processos dos doentes que sofreram um evento de queda nos dois primeiros trimestres de 2023. A população alvo do estudo são todos os doentes internados nos serviços médico-cirúrgicos de um hospital público português, que tiveram uma queda. O gabinete de gestão de risco forneceu, para que fosse possível responder ao objetivo geral definido anteriormente, dois conjuntos de dados. O primeiro correspondente à recolha de informação da plataforma de reporte de quedas, utilizada pelo hospital, *HER*+. Estes, incluem dados sociodemográficos dos doentes, dados sobre as características das quedas e dados sobre as consequências das mesmas. O segundo relativo às auditorias internas realizadas por enfermeiros à implementação das medidas preconizadas pelo gabinete, de forma a prevenir e minimizar o risco de queda. Através da análise desses dados foi possível definir um perfil característico dos doentes que caem, bem como as características mais comuns das quedas e perceber como é que as medidas estão a ser implementadas nos serviços e se existem áreas com maior défice. Estas conclusões permitem a proposta de recomendações a serem implementadas na instituição por forma a minorar este problema.

Por questões de confidencialidade relacionadas com a autorização de cedência dos dados por parte do hospital em questão não será mencionado o nome da instituição nem dos serviços de internamento em questão.

Esta tese encontra-se dividida em 6 capítulos. O Capítulo 1 apresenta a introdução. O Capítulo 2 apresenta a revisão de literatura, dividia em 5 secções que incluem, a definição e característica das quedas como um evento adverso, fatores de risco, consequências, estratégias de prevenção e as normas portuguesas relativas ao tema. O Capítulo 3 descreve a metodologia, onde são estabelecidos o objetivo geral e os objetivos específicos do trabalho, e é apresentado o método utilizado para a análise dos dados. O Capítulo 4 apresenta a análise de dados e subdivide-se na análise do perfil do doente que caiu no 1º e 2º trimestre de 2023 e na análise dos dados das auditorias internas à implementação das medidas preconizadas pelo hospital em questão. O Capítulo 5 apresenta as propostas de melhoria desenhadas de acordo com os resultados obtidos no capítulo anterior. Capítulo 6 é o último capítulo e é onde se apresentam as conclusões da análise, as limitações do estudo e as propostas de melhoria.

2. Revisão da Literatura

2.1. As quedas como um evento adverso

A queda é um evento definido como o momento em que um indivíduo acaba por ficar no chão ou a um nível mais baixo do que o em que se apresentava anteriormente, independentemente de a este evento poderem estar associados danos fatais ou não (World Health Organization, 2020).

No que toca às quedas na comunidade existem dois grandes fatores que influenciam o risco de lesão de um indivíduo, que são a idade e o género. Além disso, fatores como o estado de saúde também têm impacto relativamente à severidade da queda. As pessoas mais velhas devido às alterações cognitivas, neuro sensitivas, e físicas que decorrem do processo normal de envelhecimento, têm um risco largamente superior de morte ou de incorrerem em lesões severas após uma queda. Outro grupo vulnerável são as crianças, que pelas alterações características do desenvolvimento e pela curiosidade habitual da idade, facilmente incorrem em ações que as levam a cair. Ambos os géneros incorrem no risco de queda, apesar de os homens terem maior probabilidade de serem vítimas de quedas que se tornam fatais ou que os fazem perder anos de vida ajustados por incapacidade (AVAIs) (World Health Organization, 2020).

As quedas em meio hospitalar, particularmente em doentes internados, são ocorrências que definem a qualidade dos cuidados prestados na instituição e o nível de segurança do doente (Tung & Newman, 2014). Este é um evento relativamente comum, podendo variar entre 3 a 17,1 quedas para cada 1.000 dias internado (King et al., 2016). As quedas, apesar de serem um evento cuja incidência geral tem vindo a diminuir ao longo dos anos nos hospitais, têm continuado a verificar-se em maior número na faixa etária de adultos acima dos 65 anos. O número de ocorrências deste fenómeno tem vindo a crescer, uma vez que a população nesta faixa etária se encontra em crescimento, o que constitui uma preocupação significativa (King et al., 2016).

Assim, é possível perceber que, não só o risco de queda é mais alto em faixas etárias superiores, como, as consequências destas aumentam. Segundo a OMS (2021), 30% das quedas, quer ocorrem na comunidade ou em instituições de saúde, resultam em lesões que podem incluir, fraturas da anca, trauma cranioencefálico, hematomas ou feridas abertas. É possível dizer que quanto maior for o envelhecimento da população, mais esta situação se tornará um desafio para as instituições hospitalares (Woltsche, 2022).

A maior parte das quedas que são reportadas ocorrem em doentes geriátricos, e por isso em internamentos associados a este tipo de doentes, ou também em unidades de reabilitação e de Acidente Vascular Cerebral (King et al., 2016).

2.2 Fatores de risco das quedas

Existem perfis de pessoas com maior risco de queda, nomeadamente as pessoas que apresentam comorbilidades relacionadas com condições neurológicas ou cardíacas debilitantes, as pessoas que tomam medicação que apresenta efeitos secundários que podem estar associados à diminuição da atividade física ou perda de equilíbrio (sobretudo em pessoas mais velhas), indivíduos com pouca mobilidade, problemas de cognição ou visão (especialmente se estiverem institucionalizados em lares ou residências hospitalares) (World Health Organization, 2020).

Para além disto, os fatores de risco para a ocorrência de quedas são multifatoriais, mas podem ser classificados em três grandes grupos, nomeadamente fatores fisiológicos antecipáveis, fatores fisiológicos não antecipáveis e fatores ambientais (King et al., 2016).

Os fatores fisiológicos antecipáveis, são todos os que permitem fazer uma avaliação do risco de queda e são altamente condicionados por quedas anteriores, pelas comorbilidades do doente e por alterações funcionais ou cognitivas. Podem incluir-se ainda nesta categoria fatores como a idade (quanto mais velho, maior o risco e gravidade da queda), o género, a fraqueza muscular, tonturas, diminuição da visão, toma de medicação psicotrópica ou antiepilética, défices de vitamina D e casos anteriores de hipotensão ortostática.

Os fatores fisiológicos não antecipáveis são constituídos essencialmente por episódios de síncope e alterações súbitas do estado de consciência, que podem resultar em quedas severas (Lim et al., 2018).

Os fatores de risco ambientais referem-se a fatores que são completamente externos ao doente e que podem ser tão simples quanto o mau funcionamento de equipamentos ou quartos sem as condições necessárias para a promoção da segurança dos doentes (Lim et al., 2018).

Existem ainda dois grandes fatores que são relevantes mencionar. O primeiro é relativo à autopercepção do doente sobre o seu risco de queda. Sonnad et al. (2014) concluiu que 88% dos doentes não se vê a cair durante o internamento. Isto leva-os a participarem menos em atividades que previnam as quedas e a descartarem a importância das advertências e ensinamentos relacionados com este tipo de risco. Em consequência, vão expor-se mais ao risco e vão ter uma maior probabilidade de cair. Por outro lado, os doentes que têm medo excessivo de cair – *Fear of falling* (FOF) – ao terem uma preocupação excessiva com incorrer numa queda durante a realização das suas atividades de vida diárias e apresentarem falta de confiança no seu equilíbrio acabam a restringir a realização destas atividades, fomentando a dependência. O FOF está associado a adultos mais velhos que já caíram e por isso pode-se de dizer que este constitui uma consequência da queda (Lim et al., 2018).

Existe uma quantidade reduzida de informação sobre a experiência dos doentes internados, adultos idosos e independentes, relativamente à sua experiência com a queda e às sugestões que estes possam receber para prevenir a ocorrência deste tipo de evento (Carroll, Dykes, & Hurley, 2010). Segundo o estudo de Zecevic, Salmoni, Speechley & Vandervoort, (2006) quando questionada, esta população indica como principais causas para a queda, falta de equilíbrio, falta de atenção, condições médicas especificas, condições ambientais e relacionadas com as superfícies, como por exemplo, o chão, também são mencionadas, mas consideravelmente menos. Muitos destes adultos tem ainda a perceção de que os conselhos e informação sobre a prevenção de quedas e segurança fazem parte do senso comum e que não são se aplicam a eles (Yandley et. al., 2006). Relacionado com o mencionado anteriormente, também é possível verificar que sobretudo junto de mulheres mais velhas estes avisos são percecionados como ataques à sua identidade e autonomia (McInnes & Askie, 2004).

Doentes hospitalizados subestimam e sobrestimam o risco de queda, uma vez que, muitas vezes, não percebem de forma completa os riscos associados à queda (Carroll, Dykes, & Hurley, 2010). Os doentes que não entendem ou não se identificam com os riscos tendem a não colaborar com as estratégias de prevenção, por outro lado, os que entendem acabam maioritariamente a restringir as suas atividades por FOF (Lim et al., 2018). Entender o risco de queda percebido pelos doentes e a disparidade entre este e o risco fisiológico é importante para fazer uma avaliação realista do risco e assim melhorar as estratégias de mitigação das quedas (Lim et al., 2018).

Existem muitas alterações a acontecer aos indivíduos hospitalizados, o que cria uma dificuldade acrescida de manter a perceção das suas capacidades (Lim et al., 2018). Por isso, é possível verificar a existência de dificuldades evidentes nesta identificação, sendo que a maior parte dos inquiridos subestima ou sobrestima o seu risco, quando comparado com avaliações realizadas através da Escala de Morse (Anexo A) e da Fall Efficacy Scale - International (FES-I) (Lim et al., 2018). Se pudéssemos integrar em todas as avaliações a perceção do doente, poderíamos incorporar nas intervenções o comportamento do individuo, as suas ansiedades e preocupações, tornando-as mais eficazes (Lim et al., 2018).

Por último, a competências dos profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, pode ser um fator protetor da segurança do doente ou, por outro lado, agravador do risco de queda. Existe uma correlação direta entre o número de anos de experiência profissional dos enfermeiros e a competência para lidar com doentes com alto risco de queda. O nível de investimento em formação dos enfermeiros é um preditor do sucesso de implementação das medidas preconizadas para a proteção do doente. Para além disso, é possível investir em dispositivos como monitores e sensores de movimento que podem levar à diminuição deste risco. Apesar de poder reduzir o risco de queda, a relação custo/ benefício da utilização destes

equipamentos ainda não está completamente estabelecida, pelo que a utilização dos mesmos é ainda bastante reduzida (Kim et al., 2022).

Estes fatores são tidos em consideração quando se estabelecem normas e guidelines para a promoção da segurança do doente. Ainda assim, todos os serviços têm características diferentes, quer em termos de espaço, quer no modelo de cuidados aplicado, equipamento disponível e diferenças no rácio de *staff* por doente. Assim, é evidente a dificuldade de formular um método que se adapte a todas as unidades e a todos os doentes (Lim et al., 2018).

2.3 Consequências das quedas hospitalares

Existem dois grandes tipos de consequências da ocorrência de quedas, nomeadamente consequências para o doentes e consequências para a instituição.

Em primeiro lugar, vejamos as consequências associadas ao doente que sofre este evento adverso. Como mencionado anteriormente, estas podem variar no grau de severidade, podendo incluir: feridas, agravamento de alterações funcionais, ansiedade após queda e institucionalização prematura em lares ou instituições que prestam cuidados de longa duração (King et al., 2016). O medo de cair é um fator especialmente importante nesta questão, pois não só constitui uma consequência de uma primeira queda, tornando os indivíduos receosos com a ideia de cair enquanto realizam as suas atividades de vida diária, como também é um fator de risco preditivo para a queda, uma vez que, como mencionado anteriormente, cria, muitas vezes, falta de confiança para atingirem o equilíbrio necessário a evitar a queda (Lim et al., 2018).

As consequências das quedas nos doentes, não só incorrem obviamente em danos físicos, que podem em último caso resultar em morte, mas estão também associadas a danos na qualidade de vida a longo prazo, no aumento da estadia no hospital e na maior necessidade de recurso a cuidados de saúde (Lim et al., 2018).

Em segundo lugar, apresentam-se as consequências das quedas de doentes internados para a instituição. Por um lado, como anteriormente mencionado, a ocorrência de quedas é um fator usado para medir a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Assim, um número elevado de quedas conduz à perceção de que o nível de qualidade dos cuidados na instituição em causa é baixo. Por outro lado, também existem implicações importantes a nível do peso económico, da afetação do *staff* envolvido e dos planos de trabalho.

Quanto ao peso económico das quedas, um estudo realizado por Morello et al. (2015) concluiu que os doentes que caiam em internamento, têm, em média, um aumento de oito dias à sua estadia no hospital e o dobro dos custos de hospitalização. Esta informação, para

um sistema nacional de saúde, como o português, financiado pelo orçamento de estado, implica um aumento exponencial da despesa pública com a saúde, já que a média de dias de internamento em novembro de 2023 foi de 8,9 dias (Administração Central de Serviços de Saúde, 2024) concluindo-se assim que uma queda pode significar a quase duplicação do custo do internamento só por via do aumento do número de dias de internamento para além de outros custos com o tratamento.

No que toca à afetação do *staff* envolvido e do plano de trabalho, os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com o doente, sendo responsáveis por manter uma vigilância durante as vinte e quatro horas. Assim é esperado que estes integrem no seu plano de trabalho as intervenções preconizadas para a promoção da segurança do doente, sendo assim o grupo profissional que mais impacto pode ter na redução do número de quedas. Apesar de existir pouca literatura sobre a perceção e abordagem destes profissionais ao risco de queda, sabe-se que estes são muitas vezes as segundas vítimas deste evento, uma vez que são habitualmente considerados responsáveis pela queda, sofrendo assim de ansiedade, stress acrescido e aumento de dúvidas sobre a qualidade dos cuidados prestados (King et al., 2016).

2.4. Estratégias de Prevenção de quedas hospitalares

Os princípios básicos dos instrumentos utilizados para a definição do risco de queda, incluem a avaliação de fatores precipitantes externos e internos (Tung & Newman, 2014). Sendo esta avaliação complexa, implica a utilização de vários tipos de procedimentos para a mitigação de fatores de risco, que envolvem a intervenção em várias áreas. Acredita-se que só intervenções em várias frentes podem diminuir o risco de queda entre 18% e 31% e, por isso, essa é a estratégia recomendada (Tung & Newman, 2014). A evidência sobre a aplicação de intervenções de forma singular é escassa e existe dificuldade em atribuir sucesso a uma única intervenção, uma vez que, o custo de implementação é difícil de comparar com o ganho proveniente da ausência de quedas (Tung & Newman, 2014).

É convicção generalizada na literatura, que devido ao peso físico, económico e emocional das quedas, é mais importante o foco na prevenção, do que prever a sua gravidade e, caso ocorram, minorar os seus efeitos (Morello et al., 2015). Desta forma, considera-se necessária a revisão das intervenções e a implementação de novas estratégias. As intervenções já aplicadas são, a identificação dos doentes com maior risco, implementação de sistemas de alarme, de sensores de movimento, as modificações do ambiente e a realização de ações de ensino ao doente. Mas mais uma vez, a eficácia deste tipo de estratégias tem evidência limitada (Woltsche, 2022).

Para além da conclusão de que é necessária uma equipa multidisciplinar para conseguir a diminuição do risco de queda dos doentes, existe evidência sobre a aplicação de outros métodos que, apesar de não estarem totalmente compreendidos, podem ajudar a atingir esse objetivo (Spano-Szekely et al., 2018). Sand-Jecklin et al. (2019) estudaram a aplicação de vídeo monitorização nos internamentos como método de aumentar a vigilância ao doente. Apesar dos problemas que este tipo de mecanismo pode enfrentar, sobretudo no que toca à proteção de dados e da privacidade do doente, os resultados apontam para que, não só, estes são bem aceites pelos profissionais de saúde e pelos doentes, como reduzem o número de quedas de forma a compensar o custo da sua implementação.

O desenvolvimento de novas tecnologias tornou possível a criação de modelos preventivos destes eventos adversos. Apesar do impacto real deste tipo de algoritmos ser questionável, existem evidências de que aumenta, pelo menos, a atenção aos doentes identificados com o maior risco, e assim, provocar alterações positivas no comportamento dos enfermeiros (Cho, 2021).

A ocorrência de quedas foi identificada como um dos oito *never events* pelo Center for Medicare e pelo Medicaid Services. Um *never event* é definido como um incidente grave que pode ser totalmente prevenido, uma vez que, guidelines e recomendações de segurança que providenciam proteção contra esta ocorrência estão disponíveis a nível nacional e deviam ser implementadas por todos os profissionais de saúde (NHS, 2018). Assim, foram identificados como tendo um custo muito elevado, apesar de poderem ser diminuídos em larga escala através da aplicação de normas e protocolos de recomendação de intervenções (King et al., 2016). Por isso, aqueles sistemas de saúde deixaram de reembolsar as instituições de saúde pelo custo destes eventos (Tung & Newman, 2014). Contudo, esta política não teve qualquer efeito na ocorrência de quedas e nas suas consequências.

Este tema é complexo, tornando difícil o consenso sobre as intervenções a realizar, porque a prevenção de quedas implica uma avaliação individualizada, trabalhada doente a doente, internamento a internamento, sofrendo até alterações durante a estadia no hospital (Lim et al., 2018). Apesar disso, existem mais alguns fatores que podem ser tidos em conta, por exemplo, a autodeterminação de cada doente para participar em atividades que previnam a queda (Cerilo, 2022).

Por outro lado, é possível criar perfis dos doentes através de alterações características de certas doenças, como exemplo, nos doentes com artrite reumatoide. Estes com as suas alterações de postura e sensibilidade, têm um maior risco de queda que outras pessoas aparentemente saudáveis (Wiegmann et al., 2022). É certo que é difícil quantificar as alterações na motricidade, mas elas existem e são reconhecidas em várias patologias, pelo que o seu estudo pode ter um impacto positivo na criação de estratégias para a diminuição do risco (Mobbs et al., 2022). Por último, é ainda possível criar padrões sobre as quedas e o

tempo em que elas ocorrem. Neste caso, é notável que as quedas que ocorrem durante a noite são mais difíceis de prever e prevenir (Woltsche, 2022).

Titler et al, estudou em 2016 o efeito da aplicação de intervenções dirigidas aos fatores de risco específicos de cada doente. Como mencionado na secção anterior os fatores relacionados com o indivíduo que podem levar à queda são variados. De acordo com os autores, existem fatores de risco individuais que contribuem de forma constante para as quedas em adultos hospitalizados, tais como: falta de força nos membros, incontinência urinária, necessidade e frequência de ajuda para se deslocarem ao WC, história prévia de quedas, agitação, confusão ou desorientação, toma de medicação sedativa ou hipnótica (Titler et al, 2016). Para além das medidas de prevenção de quedas que podem ser aplicadas a todos os doentes, existem outras que podem ser aplicadas para estes fatores de risco específicos (Titler et al, 2016).

Assim, foi desenvolvido e aplicado o *Targeted Risk Factor Fall Prevention Bundle (Anexo B),* focado nas intervenções que podem reduzir ou modificar os fatores de risco específicos de cada doente (Titler et al, 2016). Neste, as intervenções foram agrupadas por categorias de risco: Queda prévia; Limitações de mobilidade; Eliminação; Medicação; Fatores que aumentam o risco de lesão grave decorrente da queda; Estado mental e cognitivo (Titler et al, 2016). Algumas das intervenções aplicadas aos doentes com alto risco de queda podem ser direcionadas a vários grupos, como por exemplo, a manutenção do ambiente seguro (Fischer et all, 2005). Outras, como por exemplo, as revisões da medicação prescrita pelo farmacêutico são dirigidas a fatores de risco específicos (Titler et al, 2016). A capacidade de dirigir as intervenções aos doentes que vão beneficiar mais da sua aplicação resultou numa diminuição de 22% das quedas na unidade de internamento estudada pelo autor (Titler et al, 2016).

2.5. Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD)

A 55ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou, em maio de 2002, a resolução WHA55.18 que apela aos Estados Membros que tomem mais atenção ao tema da segurança do doente, que reforcem a evidência científica necessária para melhorar a segurança do doente e, consequentemente, a qualidade dos cuidados (DGS, 2011). A resolução também incentivou a OMS a desenvolver normas e padrões para apoiar os Estados Membros no desenvolvimento e implementação dessas políticas e práticas de segurança do doente (DGS, 2011).

Surgiu então a Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), publicada pela OMS em janeiro de 2009. Uma classificação é um conjunto de conceitos ligados por relações semânticas, que fornece uma estrutura que permite organizar a informação e utilizá-la para diversos fins, como estudos, estatísticas e investigação (DGS, 2011). Diferencia-se de um sistema de notificação, na medida em este último permite apenas que os utilizadores reúnam dados de forma organizada (DGS, 2011). A CISD não é uma classificação completa, mas visa fornecer entendimento sobre alguns conceitos de segurança do doente, com os quais classificações nacionais e regionais se podem relacionar. Além disso, tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e melhoria continua (DGS, 2011).

A estrutura conceptual destaca a identificação do risco, a prevenção, a deteção, a redução do risco, a recuperação do incidente e a resiliência do sistema (DGS, 2011). Existem 10 classes, com as respetivas subdivisões hierárquicas e relações entre si. As classes são (DGS, 2011):

1. Tipo de incidente – termo descritivo para uma categoria que agrupa incidentes de natureza semelhante. Apesar de cada conceito de tipo de incidente ser diferente, um incidente pode ser classificado como mais que um tipo.
2. Consequências para o doente – conceitos que se relacionam ao impacto sobre o doente, atribuível a um incidente. Podem ser classificadas de acordo com o tipo de dano, o grau de dano, e impacto social e/ou económico.
3. Características do doente – referem-se a dados demográficas do doente, motivo do contacto com o serviço de saúde e diagnóstico clínico.
4. Características do incidente – agrupam informação relacionado com as circunstâncias associadas ao incidente.
5. Fatores/ Perigo Contribuintes – constituem circunstâncias, ações ou influências que podem ter contribuído para a origem, desenvolvimento ou aumento do risco de um incidente.
6. Consequências organizacionais – impacto sobre a organização à qual o incidente é atribuível.

7. Deteção – ação ou circunstância que resulta na descoberta de um incidente.
8. Fatores atenuantes – ações com capacidade de prevenir ou moderar a ocorrência de um incidente e do dano ao doente.
9. Ações de melhoria – ações empreendidas ou circunstâncias alteradas para mitigar ou compensar qualquer após um incidente, podendo aplicar-se ao doente ou à organização.
10. Ações empreendidas para reduzir o risco – medidas tomadas para prevenir a repetição do mesmo incidente ou de um semelhante, visando o doente e a melhoria da resiliência do sistema.

Em conjunto, as duas primeiras classes agrupam os incidentes de segurança do doente em categorias com significado clínico, enquanto as quatro seguintes reúnem informação descritiva pertinente (DGS, 2011). A relação entre o tipo de incidente e os fatores contribuintes é complexa, uma vez que um incidente tem sempre um conjunto de fatores contribuintes, mas também pode ser um fator contribuinte para a origem ou desenvolvimento de outros incidentes (DGS, 2011). As últimas quatro classes referem-se a informações relevantes para a prevenção, recuperação do incidente e resiliência do sistema (DGS, 2011). A deteção e os fatores atenuantes, em conjunto, permitem atenuar a progressão de um incidente para que não atinja/prejudique o doente (DGS, 2011). No caso de o incidente resultar em dano, devem ser introduzidas ações de melhoria. As ações empreendidas representam a aprendizagem coletiva a partir da informação reunida nas classes anteriores (DGS, 2011).

Os fatores contribuintes/perigos são informações descritivas e têm uma relação semântica com o tipo de incidente, que constitui uma categoria clinicamente significativa e é reconhecida para a identificação e recuperação de incidentes (DGS, 2011). Esse tipo de incidente é influenciado pelas características do doente e do incidente. Por sua vez, o tipo de incidente está relacionado com a deteção, que, por sua vez, está ligada aos fatores atenuantes, os quais constituem fatores de resiliência do sistema (DGS, 2011). Os fatores atenuantes estão relacionados com as consequências para o doente, enquanto categoria clinicamente significativa, e com as consequências organizações enquanto informação descritiva. Ambos se relacionam com as ações de melhoria, que também são um fator de resiliência do sistema (DGS, 2011). As ações empreendidas para reduzir o risco influenciam os fatores contribuintes/perigos, a deteção, os fatores atenuantes e as ações de melhoria, além de serem informadas pelas categorias anteriores, pelas consequências para o doente e

pelas consequências organizacionais, constituindo assim um fluxo de informação – ver Figura 1 (DGS, 2011).

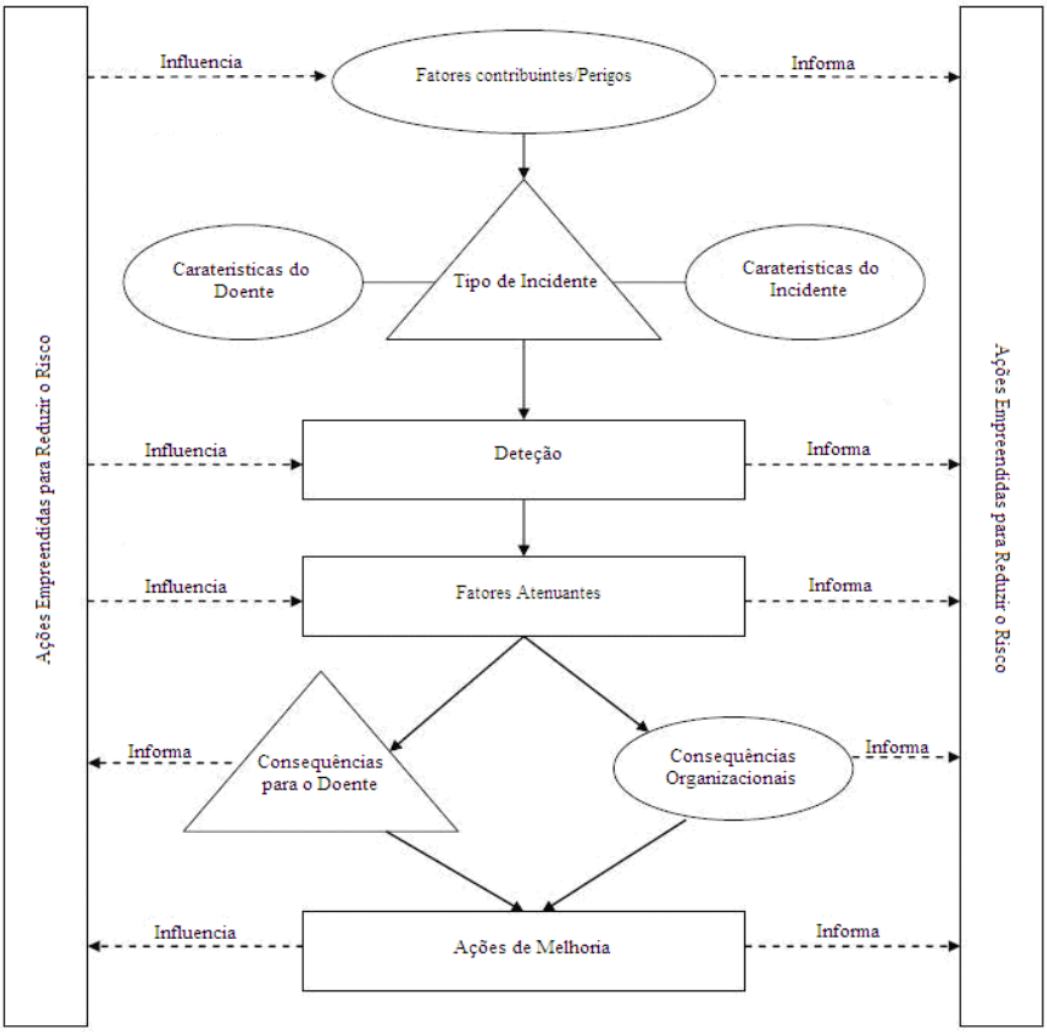

Figura 1 - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente

Fonte: DGS (2011)

O conceito de recuperação do incidente decorre da ciência industrial e da teoria dos erros, sendo essencial para permitir a aprendizagem a partir dos incidentes de segurança do doente. Neste processo, é identificado, compreendido e impedido que um fator ou perigo contribuinte se desenvolva, resultando num incidente de segurança do doente (DGS, 2011). A recuperação e a resiliência fornecem o contexto para a análise da deteção, atenuação do dano, melhoria e redução do risco (DGS, 2011).

Assim, a utilização de conceitos-chave com definições aceites e termos preferenciais de forma consistente facilita a compreensão dos trabalhos dos investigadores, permitindo a comparação entre organizações. Por isso, os conceitos e termos devem ser aplicáveis em todos os contextos da prestação de cuidados de saúde mesmo nos mais diferenciados. Foram

identificados quarenta e oito termos preferenciais e definições, com o objetivo de melhorar o estudo da segurança do doente e facilitar a transferência de informação (DGS, 2011).

Os conceitos-chave são (DGS, 2011):

1. Classificação: Organização de conceitos em classes de forma a exprimir as relações semânticas entre eles;
2. Conceito: Portadores de significado;
3. Classes: Grupos de elementos semelhantes;
4. Relações Semânticas: Forma como estão associados entre si conceitos e classes tendo por base o seu significado;
5. Doente: Indivíduo que recebe cuidados de saúde;
6. Cuidados de Saúde: Serviços recebidos por indivíduos e comunidades para promover, manter ou restabelecer a saúde. Incluem o autocuidado;
7. Saúde: Segundo a OMS para além da ausência de doença é o estado de bem estar físico, psicológico e social;
8. Segurança: Redução do risco de dano desnecessário ao mínimo possível. Medida pela noção coletiva relativa ao conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados;
9. Perigo: Ação ou circunstância que pode provocar danos;
10. Circunstância: situação ou fator que pode influenciar um acontecimento, agente ou pessoa;
11. Evento: Algo que acontece e implica um doente;
12. Agente: Substância, objeto ou sistema que produz uma alteração;
13. Segurança do Doente: Redução do risco de danos desnecessários relacionados com cuidados de saúde, para o mínimo aceitável.
14. Dano associado ao cuidado de Saúde: Dano resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde;
15. Incidente de segurança do doente: evento que pode resultar em dano desnecessário para o doente;
16. Erro: Falha na execução de uma ação planeada de acordo com o plano. Podem manifestar-se por prática de ação errada ou por não ser possível praticar a ação certa;
17. Infração: Desvio propositado de um processo ou procedimento. Aumenta o risco de incidente;
18. Risco: Probabilidade de ocorrência de incidente;
19. Incidente: Ocorrência comunicável pode envolver ou não danos;
20. Ocorrência comunicável: Situação com potencial para causar dano.

21. Quase evento: Incidente que não alcança o doente, uma vez que, o erro é detetado antes de chegar ao doente;
22. Incidente com danos: Incidente que resulta em dano para o doente;
23. Dano: Prejuízo ou efeito pernicioso, incluída doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, pode ser físico, social ou psicológico;
24. Doença: Disfunção fisiológica ou psicológica;
25. Lesão: Dano nos tecidos causado por um agente ou evento;
26. Sofrimento: Qualquer sensação de desconforto subjetivo;
27. Incapacidade: Qualquer diminuição da estrutura ou função corporal, limitação da atividade, associada a dano passado ou presente;
28. Fator contribuinte: Circunstância, ação ou influência que desempenha um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente ou aumentar o seu risco. Podem ser externos, organizacionais, relacionados como os profissionais ou relacionados com os doentes;
29. Tipo de incidente: Categoria composta por incidentes de natureza comum, agrupados por características;
30. Características do doente: Determinados atributos de um doente, como a demografia ou razão para o contacto dos serviços de saúde;
31. Atributos: Qualidades, propriedades ou características de alguém ou de algo;
32. Características do Incidente: Atributos de um incidente incluindo o cenário de cuidados, estado ou fase do cuidado, especialidades envolvidas e data;
33. Reação adversa: Dano inesperado que resulta de um tratamento justificado;
34. Efeito secundário: Efeito conhecido, mas que ocorre para além do principalmente desejado;
35. Evitável: aceite pela comunidade como escusável;
36. Deteção: ação ou circunstância que resulta na identificação de um incidente;
37. Fator atenuante: Ação ou circunstância que modera a progressão de um incidente que provocará dano;
38. Consequência para o doente: Impacto sobre um doente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente;
39. Grau de danos: Gravidade e duração de qualquer dano e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente. Para o CISD, o grau de dano é o seguinte:
    a. Nenhum – consequência do doente é assintomática e não necessita de tratamento;
    b. Ligeiro – consequência para o doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de função mínima ou intermédia de curta duração, sem intervenção ou com intervenção mínima;

c. Moderado – consequência para o doente é sintomática, requere intervenção, aumento da estadia ou causa danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções;
d. Grave – consequência para o doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança média de vida, causa danos permanentes ou a longo prazo perda de funções;
e. Morte – morte causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

40. Consequência organizacional – impacto sobre uma organização, total ou parcialmente atribuído ao incidente;
41. Ação de melhoria – ação empreendida para melhorar ou compensar qualquer dano após um incidente;
42. Ações para redução do risco – ações para reduzir, gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou probabilidade de dano, associado a um incidente;
43. Resiliência – grau com que um sistema continuamente impede, deteta, atenua o dano ou reduz perigos ou incidentes. Permite que a organização retome a sua capacidade original de prestar cuidados;
44. Responsável – ter de responder por algo;
45. Qualidade – grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados;
46. Falha do sistema – falha, avaria ou disfunção no método operacional, no processo ou infraestrutas da organização;
47. Melhoria do sistema – resultado ou produto de cultura, processos e estruturas que são dirigidos à prevenção das falhas do sistema e melhoria da segurança e qualidade;
48. Análise da causa raiz – forma reativa de avaliação do risco que contribui para o desenvolvimento de ações para a redução do risco. Reconstitui a sequência de acontecimentos até que sejam esclarecidas as causas raiz subjacentes.

Concluindo, a CISD, uma vez que fornece uma estrutura para organizar dados e informação, é a base de um sistema de relato. Este, se bem construído, proporciona uma interface para permitir aos utilizadores a recolha, armazenamento e recuperação de dados de forma organizada e fidedigna. Através da sua utilização é possível uma comparação entre experiências de várias organizações proporcionando uma aprendizagem que, não só é útil para as organizações, que podem ver as ações que outras tomaram quando passaram por experiências semelhantes, como também permite o desenvolvimento de políticas de saúde regionais, nacionais e internacionais adaptadas (DGS, 2011).

2.6.Padrões de Acreditação Internacional da Joint Commission International para Hospitais

A Joint Commission International (JCI) é a maior acreditadora de saúde do mundo com padrões desenhados para garantir um ambiente seguro para quem recebe cuidados e para os cuidadores. Esta oferece benchmarks quantificáveis para qualidade e segurança do doente, proporciona a melhoria continua e sustentada, melhora resultados e a experiência do doente, aumenta a eficácia e reduzir custos. A acreditadora beneficia as organizações uma vez que orienta a gestão da organização de saúde, melhora a formação dos profissionais, proporciona vantagem competitiva e ajuda a fortalecer a melhoria (JCI, 2021).

Para obter acreditação o hospital deve cumprir os Requisitos para Participação na Acreditação (APR). O cumprimento destes é primeiramente verificado na avaliação inicial e depois, em anos seguintes, são reavaliados ao longo do ciclo de acreditação, em avaliações *on-site*, através do Plano Estratégico de melhoria (SIP) e de atualizações de dados e informações específicas do hospital (JCI, 2021). O hospital pode então estar em conformidade ou não com os APRs. Quando este não está em conformidade com um APR pode ser pedido que apresente um SIP, ou então este incumprimento pode colocar em risco a perda ou negação de acreditação (JCI, 2021). A recusa à realização de atividades de avaliação no local e limitar ou negar acesso a profissionais autorizados da JCI leva à perda ou negação da acreditação (JCI, 2021).

Existem doze requisitos com as respetivas razões, métodos de avaliação e consequências de incumprimento. Estes incluem (JCI, 2021):

1. O hospital atende a todos os requisitos para envio de dados e informações à JCI;
2. O hospital fornece à JCI informações precisas e completas em todas as fases do processo de acreditação;
3. O hospital informa, no prazo de 30 dias, qualquer alteração no perfil do hospital ou informações fornecidas à JCI através do *E-App* antes e entre as avaliações;
4. O hospital permite avaliações no local de padrões de conformidade com as políticas, ou verificação de questões de qualidade e segurança, relatórios, sanções da autoridade reguladora, a critério da JCI;
5. O hospital permite que a JCI solicite e reveja um original ou uma cópia autenticada dos resultados e relatórios de avaliações externas de órgãos publicamente reconhecidos;
6. O APR número 6 não se encontra neste momento em vigor;
7. O hospital seleciona e utiliza medidas como parte do seu sistema de melhoria de qualidade;

8. O hospital apresenta com precisão o seu status de acreditação e os programas e serviços aos quais se aplica a acreditação JCI. Só os hospitais com esta acreditação podem exibir o Selo de Aprovação de Ouro;
9. Qualquer funcionário do hospital pode informar a JCI sobre questões relativas à segurança e qualidade do atendimento, sem retaliação do hospital. O hospital deve apoiar essa cultura de segurança e comunicar de forma clara aos seus profissionais que isto é possível, bem como deixar claro que nenhuma ação disciplinar lhes será aplicada nesta situação;
10. Os serviços de análise e interpretação organizados pelo hospital para avaliação de acreditação são fornecidos por profissionais qualificados que não tenham relação com o hospital;
11. O hospital deve notificar o público sobre como entrar em contacto com a Direção do Hospital e com a JCI para relatar questões sobre a segurança e qualidade;
12. O hospital opera num ambiente que não oferece risco de ameaça à segurança do doente, à saúde pública ou à segurança dos funcionários.

As Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG) são exigidas a todas as organizações acreditadas pela JCI desde 2011 sob os Padrões Internacionais para Hospitais (JCI,2021). Estas têm como objetivo promover melhorias na segurança do doente, sendo que, destacam áreas problemáticas na saúde e descrevem soluções baseadas na evidência e de especialistas. As metas reconhecem que a estruturação de sistemas de alerta é intrínseca à prestação de cuidados de alta qualidade e seguros e por isso definem, sempre que possível, soluções para sistemas amplos (JCI, 2021). A estrutura das metas é padronizada e inclui uma declaração de propósito e elementos de mensuração (Mês) e são pontuadas como “conforme”, “parcialmente conforme” ou “não conforme”. O cumprimento das metas faz parte das regras de acreditação (JCI, 2021). Nestas incluem-se as seguintes metas: “Identificar Pacientes Corretamente”, o hospital deve desenvolver e implementar um processo para melhorar a precisão na identificação dos pacientes; “Melhorar a Comunicação Eficaz”, o hospital deve desenvolver e implementar um processo para melhorar a eficácia da comunicação verbal e/ou telefónica entre os profissionais, tendo que incluir o desenvolvimento e implementação de um processo para descrever relatórios de exames de diagnósticos e a implementação de um processo de comunicação de transição de cuidados; “Reduzir o Risco de Danos ao Paciente Resultantes de Quedas”, o hospital deve desenvolver e implementar um processo para reduzir o risco de danos ao doente decorrentes de quedas para os doentes internados e em ambulatório (JCI, 2021).

As lesões em hospitais, tanto em doentes internados como em serviços externos decorrem muitas vezes de quedas. O risco de queda está diretamente relacionado ao doente, à situação e/ou à localização. Os fatores de risco associados ao doente podem incluir histórico

de quedas, uso de medicamentos, consumo de álcool, distúrbios de marcha ou equilíbrio, deficiências visuais ou alterações do estado mental. As alterações repentinas do estado do doente que ocorrem dentro do hospital podem alterar o risco de queda (JCI, 2021).

Os critérios de risco de queda identificam os tipos de doentes considerados de alto risco e devem ser documentados no processo do doente, bem como quaisquer intervenções aplicadas, isto facilita a continuidade do cuidado entre profissionais de saúde. O hospital tem a responsabilidade de identificar os doentes que, dentro da sua população tem este risco (JCI, 2021).

O hospital deve estabelecer um programa de redução do risco com base em políticas e/ou procedimentos adequados. Este programa inclui avaliação de risco e reavaliação periódica de uma determinada população de doentes ou do ambiente em que os serviços são prestados. Sabendo que situações específicas e locais específicos podem representar um risco para a queda, as medidas e intervenções implementadas devem ser dirigidas. Todos os doentes internados devem ser avaliados para risco de queda utilizando ferramentas de avaliação adequadas para a população em causa (JCI, 2021).

Para que se possa implementar estas medidas é necessário o desenvolvimento de um processo para melhorar a precisão na identificação dos doentes, bem como, a implementação de um processo para melhorar a eficácia da comunicação verbal e/ou telefónica entre os prestadores de cuidados, como mencionado anteriormente.

Os erros de identificação de doentes podem ocorrer em todas as fases do internamento, uma vez que, os doentes podem estar sedados, desorientados, ou não totalmente alerta, podem mudar de cama, de quarto ou de serviço no hospital. A identificação adequada é o começo do cuidado seguro. Este processo deve ser utilizado em todo o hospital e requer pelo menos duas maneiras de identificar o doente, como por exemplo: nome; número da identificação; data de nascimento; pulseira com código de barras (JCI, 2021).

A comunicação eficaz, precisa, completa, inequívoca e compreendida pelo recetor reduz erros e resulta no aumento da segurança do doente. As circunstâncias do cuidado do doente podem ser muito afetadas por má comunicação, quer verbal ou telefónica, e inclui ordens de cuidado, comunicação de resultados críticos de exames e comunicação de transição de cuidados. Falhas na comunicação podem acontecer durante qualquer transição do cuidado e podem resultar em eventos adversos (JCI, 2021).

Na visão da JCI é essencial que as organizações possuam uma estrutura que apoie a melhoria continua da qualidade e segurança do doente. Por isso, a acreditação certifica os hospitais de que a qualidade e segurança dos cuidados estão enraizados no trabalho diário dos profissionais (JCI, 2021).

2.7. O que está a ser feito em Portugal relativamente às quedas hospitalares

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes para os anos 2021-2026 foi elaborado em 2022 pela Direção-Geral de Saúde (DGS), substanciado pelo Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Este documento surge na perspetiva de melhoria clínica contínua e em seguimento das publicações anteriores do mesmo plano (DGS, 2022).

O tema da segurança do doente tem tomado uma relevância especial nos últimos vinte anos, tornando-se a questão central das agendas de vários países da Europa e, por isso, a OMS e a União Europeia definiram orientações e políticas, associadas a programas de financiamento, tornando esta preocupação global. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 setembro) na sua primeira base foca-se na importância do direito à proteção da saúde. A segurança do doente torna-se uma das preocupações fulcrais e sobretudo reforça a importância do papel do Estado enquanto prestador e promotor de cuidados de saúde seguros através das suas várias instituições (DGS, 2022).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 assenta em cinco grandes pilares, cada um com objetivos estratégicos associados. Nesta temática é especialmente importante ter em conta o pilar número um, relativo à cultura de segurança, o pilar número quatro, sobre a temática da prevenção e gestão de incidentes de segurança e, por último, o pilar número cinco, sobre práticas seguras em ambientes seguros.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança é essencial para se reduzir os incidentes que podem ocorrer na prestação de cuidados de saúde, conseguindo proporcionar um ambiente seguro, quer para os doentes como para os profissionais que nele trabalham. Para que esta mudança seja possível, é necessária a inclusão dos doentes, familiares e cuidadores nesta cultura. Isto é possível através do aumento da literacia em saúde. Este primeiro pilar tem como objetivos estratégicos a promoção da formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente (o que é possível através do desenvolvimento de cursos e a implementação de um plano de formação anual nesta área), a avaliação da cultura de segurança dos serviços e aumentar a literacia e a participação do doente e da sociedade na segurança da prestação de cuidados (DGS, 2022).

A prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança passa essencialmente pelo seu reporte, garantindo a verificação do princípio da não culpabilização dos profissionais notificadores. Tal processo permite uma aprendizagem evitando a repetição do erro. O NOTIFICA é um sistema de notificação, criado pela DGS em 2018, que visa melhorar a segurança do doente, e que proporciona, assim, a oportunidade da realização de uma gestão de incidentes ocorridos no sistema. O reporte neste sistema é voluntário, anónimo e confidencial. Assim, os objetivos do quarto pilar passam maioritariamente por melhorar a

cultura de notificação de incidentes de segurança e a promoção do estudo destes eventos (DGS, 2022).

As práticas seguras em ambientes seguros são a temática relativa ao último pilar deste programa. A forma de garantir ambientes seguros para a prestação de cuidados é um esforço que envolve todos os intervenientes de cuidados. Só estes podem assegurar condições físicas, técnicas e operacionais necessárias para o sucesso da implementação deste pilar. Neste âmbito, a DGS tem vindo a elaborar normas com a finalidade de melhorar a qualidade e segurança da prestação de cuidados. No âmbito de edições anteriores do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes já tinha sido implementada a realização de auditorias internas de forma a verificar a aplicação destas estratégias e o estudo dos resultados na segurança do doente. Programas como o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) integram este pilar (DGS, 2022).

A ocorrência de quedas e os esforços para as evitar integram, assim, o quinto pilar do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, no primeiro objetivo estratégico 5.1 (Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde). Este tem como ação a utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas à ocorrência de quedas. Aparece também contemplado no segundo objetivo que preconiza a auditoria anual da ocorrência de quedas (DGS, 2022).

Desta forma, as metas para 2026 relativas à ocorrência de quedas são as seguintes (DGS, 2022):

• 90% das instituições devem utilizar ferramentas de monitorização da ocorrência de quedas;

• 90% das instituições devem utilizar ferramentas para monitorização do risco de incidentes de segurança (como quedas);

• 90% das instituições devem ter estratégias para implementação de práticas seguras na área das quedas;

Tendo em vista controlar os objetivos, foram definidos os seguintes indicadores (DGS, 2022):

• Número de instituições com atividades no âmbito da prevenção de quedas;

• Número de notificações de quedas por instituição;

• Número de relatórios de auditorias internas relativas ao risco de queda.

As quedas em ambiente hospitalar tem sido, portanto, um tema já alvo de análise pela DGS ao longo dos anos. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 integrava o objetivo estratégico número seis, dedicado à prevenção de quedas, para o qual estava definido que, até ao final de 2020, noventa e cinco por cento das instituições deviam implementar práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas, e o número de

quedas nas instituições do SNS deviam reduzir em cinquenta por cento a cada ano, relativamente ao número verificado no ano anterior.

A DGS emitiu ainda em 2019, por proposta do Departamento de Qualidade e Segurança da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, uma norma associada à aplicação da Escala de Quedas de Morse, validada para Portugal (DGS, 2019).

Segundo a norma da DGS (2019), a avaliação do risco de queda deve ser realizada a todas as pessoas em internamento hospitalar e integrada nos registos eletrónicos (DGS, 2019). Essa avaliação faz-se, assim, através da utilização da Escala de Quedas de Morse (Anexo A), a qual pontua o risco de quedas dos doentes entre 0 e 125 pontos, encontrando-se este risco dividido em três categorias: Sem risco (dos 0 aos 24 pontos), Baixo risco (dos 25 aos 50 pontos) e Alto risco (mais do que 51 pontos). Esta avaliação deve ser feita no momento da admissão do doente e deve existir uma reavaliação sempre que ocorra alteração do estado, no momento da transferência intra ou inter-hospitalar e cada vez que o doente sofre uma queda. Esta avaliação é uma tarefa dos enfermeiros, mas pode ser realizada por um médico sempre que haja indicação para isso. (DGS, 2019).

Nos doentes com alto risco de queda, devem ainda ser assinaladas a história de quedas anteriores, comorbilidades que possam aumentar este risco, a adesão terapêutica e a revisão da mesma, em particular se incluir integração de medicação que aumente o risco de queda. O exame objetivo realizado pelo médico deve incluir a avaliação da marcha pelo teste Timed Up and Go Test, exame de avaliação neurológico através do Mini Mental State Examination, avaliação cardiovascular, avaliação da acuidade visual e avaliação da força muscular. Deve ainda ser aferida a incontinência urinária, avaliação do calçado e vestuário, avaliação do medo de cair percebido pelo doente e avaliação do estado nutricional. O doente e a sua família devem ser integrados neste processo (DGS, 2019).

Para além das questões descritas acima, devem ser expostas de seguida as precauções básicas que devem ser implementadas a todos os doentes, independentemente do seu risco de queda. Em unidades de internamento, estas passam por garantir iluminação e arrumação da unidade sem barreiras e obstáculos no percurso de marcha, manutenção do piso limpo e seco, sempre que necessário utilizar sinalética adequada de piso molhado, manter a campainha de chamada em fácil acesso, fornecimento de roupa e calçado adequado ao tamanho do doente, manutenção de equipamentos médicos fora do caminho, cadeiras e camas travadas e na posição mais baixa, bem como elevação das grades da cama e macas sempre que o doente esteja a ser transportado ou se encontre sem supervisão, garantia de que os dispositivos de apoio à marcha se encontram disponíveis e realização de formações para uma utilização segura. Todas estas precauções devem integrar o plano individualizado de cuidados do doente (DGS, 2019).

Relativamente às pessoas com alto risco de queda, é ainda preconizada a utilização de medidas específicas como a utilização de sinalética identificadora do risco de queda, vigilância frequente, colocação da pessoa em áreas com vigilância permanente, disponibilização de equipamentos ou idas ao sanitário frequentes, utilização de almofadas com gel nas cadeiras para evitar que o doente escorregue e utilização de tecnologia adicional, como alarmes na cama ou na pessoa (DGS, 2019).

Na eventual ocorrência de uma queda, existem intervenções realizadas pelo médico e pelo enfermeiro que devem incluir avaliação do estado de consciência, avaliação dos parâmetros vitais, saturação de oxigénio periférico e glicémia capilar, avaliação de danos associados à queda. Em caso de suspeita de contusão cervical, a pessoa não deve ser movida e deve-se imobilizar a coluna cervical, verificar a prescrição de terapêutica anticoagulante, proceder à monitorização da situação clínica e registo e descrição da queda.

A plataforma utilizada para a notificação da queda denomina-se de NOTIFICA, mas esta deve ser ainda descrita no sistema de registo próprio adotado pela instituição. A análise do incidente e fatores contribuintes deve ser realizada pelo Gabinete de Gestão de Risco/ Segurança. A monitorização dos indicadores e avaliação das medidas implementadas deve ser feita pela Comissão de Qualidade e Segurança (DGS, 2019).

Por último, estas intercorrências devem ser integradas nas notas de alta ou de transferência, bem como nos momentos de transição de cuidados. Deve ser realizada formação no serviço dirigida aos profissionais de saúde sobre esta temática na integração e atualizada segundo o plano de formação. Devem ainda, ser designados profissionais de saúde para a realização semestral de auditorias sobre as práticas para a prevenção e redução de quedas (DGS, 2019).

No caso da instituição em questão o sistema de notificação utilizado pelo hospital é o HER+. Esta aplicação permite também o registo de incidentes e a sua gestão podendo identificar riscos e implementar ações que mitigam o risco. A aplicação funciona através da *WEB* e os dados produzidos podem ser exportados para o *Microsoft Excel* ou para o *Microsoft Word* (RISI, 2021)

3. Metodologia

A ocorrência de eventos adversos que concernem à temática da segurança, independentemente do ramo de ação da instituição, é indesejável e merece o tratamento e estudo adequados. Na área da saúde, isto torna-se ainda mais relevante porque os doentes se deslocam às instituições com o intuito de melhorar o seu estado de saúde e, por isso, é contrário à natureza da instituição que possam ocorrer situações, alheias ao decurso natural da doença, que prejudiquem o doente.

As quedas que ocorrem em doentes internados têm um impacto profundo, visto que (i) qualquer tipo de evento adverso que ponha em causa o bem-estar e segurança do doente invalida a missão e a prestação de cuidados de valor acrescentado por parte da instituição de saúde, afetando a reputação do hospital e satisfação dos doentes,(ii) aumenta os custos relativos à hospitalização, e (iii) aumenta o tempo de estadia do doente como consequência direta da ocorrência da queda.

A literatura aponta para que a ocorrência de quedas, e de todas as suas consequências, é evitável se forem adotadas as medidas preconizadas para a minimização do risco de quedas.

O objetivo geral do estudo é analisar as causas das quedas dos doentes internados em serviços médico-cirúrgicos num hospital público português. Adicionalmente, este estudo tem os seguintes objetivos específicos:

• Definição do perfil do doente com maior risco de queda, durante este período;

• Definição do perfil da queda mais comum, durante este período;

• Definição e aplicação de um método de análise da informação recolhida através da plataforma HER+ e do gabinete de gestão de risco;

• Análise dos dados obtidos das auditorias realizadas à aplicação das medidas preconizadas pelo gabinete de risco do hospital;

• Proposta de novas ações de forma a mitigar as causas mais frequentes e minimizar o número de quedas devido às mesmas.

A população alvo deste estudo são todos os doentes internados em serviços médico-cirúrgicos num hospital público português, que sofrem uma queda durante o internamento. A amostra do estudo são todos os doentes internados em serviços médico-cirúrgicos que sofreram uma queda, durante o internamento, no primeiro e segundo trimestre de 2023, perfazendo um total de 72 doentes.

Para dar resposta aos objetivos definidos, foram recolhidos dados sociodemográficos (nomeadamente a idade e o sexo), dados relativos à história de saúde dos doentes que integram a amostra acima mencionada e dados relativos às quedas que sucederam a estes doentes no período temporal definido. Estes dados foram obtidos através da consulta e

análise dos processos clínicos e das bases de dados relativas ao reporte de quedas retiradas da aplicação “HER+”. Para além destes, foram ainda consultados e analisados os resultados das auditorias realizadas aos serviços de internamento médico-cirúrgicos sobre a aplicação das medidas preconizadas pelo hospital para mitigação de quedas. Esta consulta obedecerá às normas preconizadas pela *Guideline de Boas Práticas*, sendo todos os dados foram anonimizados após a sua recolha.

O presente estudo teve aprovação da direção clínica dos serviços médico-cirúrgicos, do Conselho de Administração do Hospital e da Comissão de Ética. Os dados utilizados para a realização da análise do estudo foram facultados pela Coordenação do Gabinete de Gestão do Risco. Os dados foram todos anonimizados para efeitos de proteção de dados.

Para o tratamento dos dados do presente estudo, recorreu-se à folha de cálculo Microsoft Excel 2024 e ao IBM SPSS Statistics 29. A consulta dos dados que constam nas bases de dados obtidos da aplicação HER+ não permite determinar com exatidão se todas as quedas pertencem a doentes diferentes ou se existem quedas recorrentes, e quais; assim, foi também definido para efeitos do estudo que as quedas reportadas corresponderiam a doentes diferentes.

Para determinação do perfil do doente com maior risco de queda e do perfil de queda mais comum durante o primeiro semestre de 2023 foram analisadas as variáveis correspondentes aos dados sociodemográficos, dados relativos à história de saúde do doente e os dados relativos às quedas.

A análise dos resultados das auditorias realizadas foi baseada na comparação de taxas de conformidade, entre as medidas aplicadas, os serviços e os respetivos trimestres.

Os resultados são apresentados utilizando a nomenclatura definida pela CISD.

4. Resultados

4.1 – O perfil do doente que sofreu uma queda 1º e 2º trimestre de 2023

4.1.1 – Dados Sociodemográficos

A média de idades dos 72 doentes que sofreram uma queda no 1º e 2º semestre de 2023 é de 75,4 anos. Isto revela um perfil etário avançado. O resultado da mediana de idades sugere o mesmo perfil, uma vez que, metade dos doentes que caíram neste período temporal têm pelo menos 78 anos. Os percentis corroboram com esta análise, já que apenas 25% dos doentes apresenta idades inferiores a 68 anos. Metade dos doentes encontra-se na faixa etária dos 68 aos 85 anos. O desvio padrão relativo da idade é de 11,4 anos.

Relativamente ao género dos indivíduos, 62,5% dos doentes que caíram durante este período são homens (Figura 2).

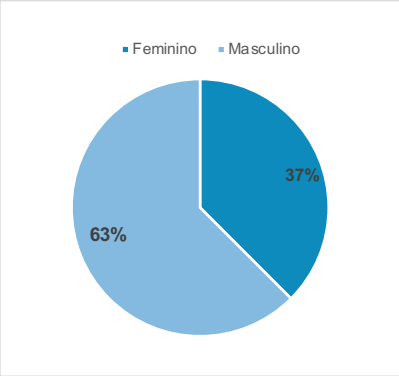

Figura 2 - Percentagem de doentes que caíram por género

Os únicos internamentos que não apresentaram quedas neste período foram a Cirurgia C e o serviço H. Ao observar a Figura 3, é possível concluir que o serviço de cirurgia A e o serviço de medicina C são onde se encontravam internados mais doentes pertencentes à amostra – 17%. O serviço de medicina D é o serviço onde se encontravam internados menos doentes pertencentes à amostra.

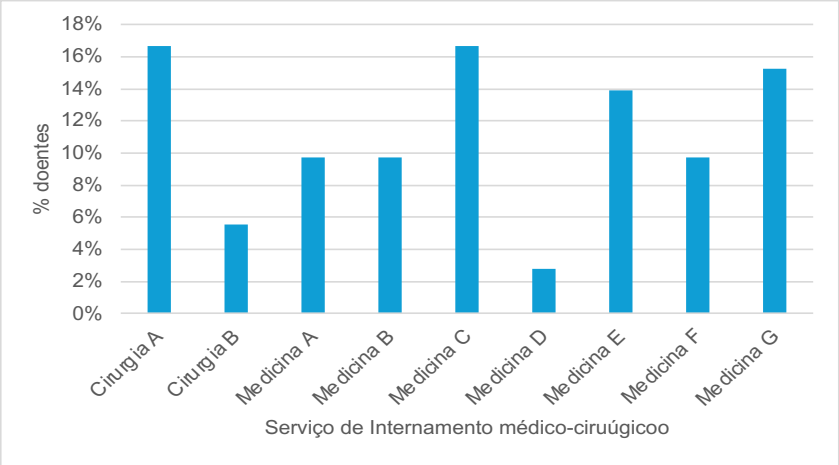

Figura 3 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023, por serviço de internamento médico-cirúrgico

4.1.2 – Dados relativos à história de saúde do doente

Os doentes integrantes da amostra apresentam diversos motivos para se encontrarem internados. que podem ser agrupados em onze categorias diferentes.

Através da análise da Figura 4 é possível verificar que 19% dos doentes pertencentes à amostra em estudo têm como motivo para internamento no hospital uma doença crónica em processo de agudização. As infeções são o segundo motivo mais frequente representando 18% destes doentes. Os Acidentes Vasculares Cerebrais e as Neoplasias também têm bastante peso, correspondendo a 15% e 14% dos doentes da amostra. As restantes categorias representam menos de 10% dos doentes que caíram durante este período temporal, sendo que "caso social", "outras patologias de pneumologia" e "outros" apenas representam 3% destes doentes.

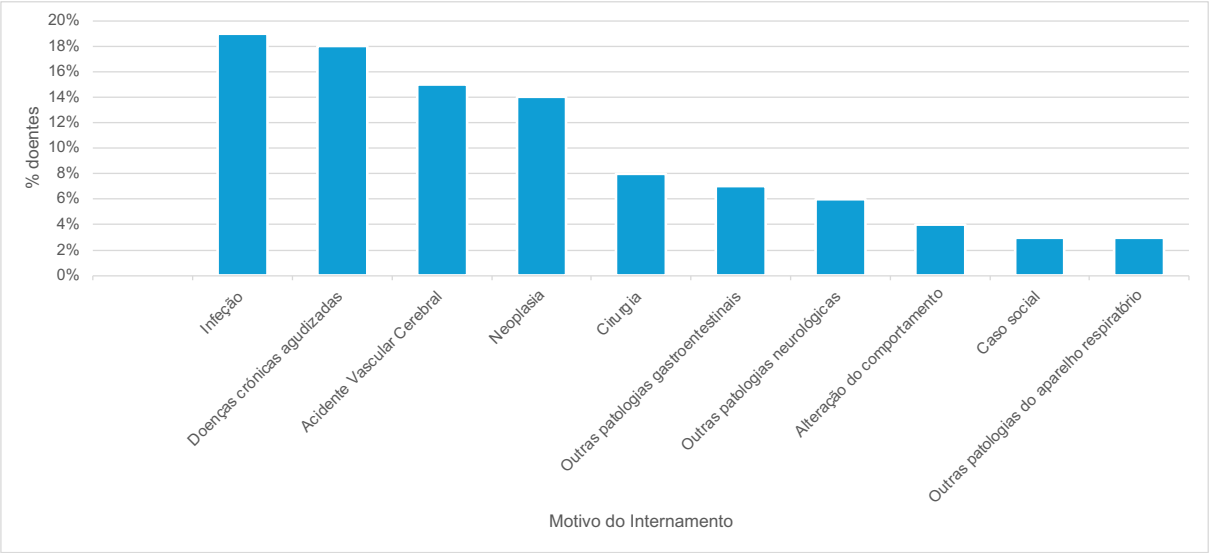

Figura 4 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023, por motivo de internamento

O grau de dependência para a realização das atividades de vida diária é um aspeto que ajuda os profissionais de saúde a quantificarem a necessidade que o doente tem de apoio no seu autocuidado. Este parâmetro é medido através da aplicação do Índice de Barthel (Anexo C). Relativamente à amostra em estudo, 40% dos doentes apresenta "grau de dependência grave", como pode ser observado através da Figura 5. As categorias relativas a maior independência são as que apresentam menor percentagem de doentes que caíram, sendo a categoria "grau de dependência leve" a que apresenta a menor percentagem de doentes pertencentes à amostra (4%).

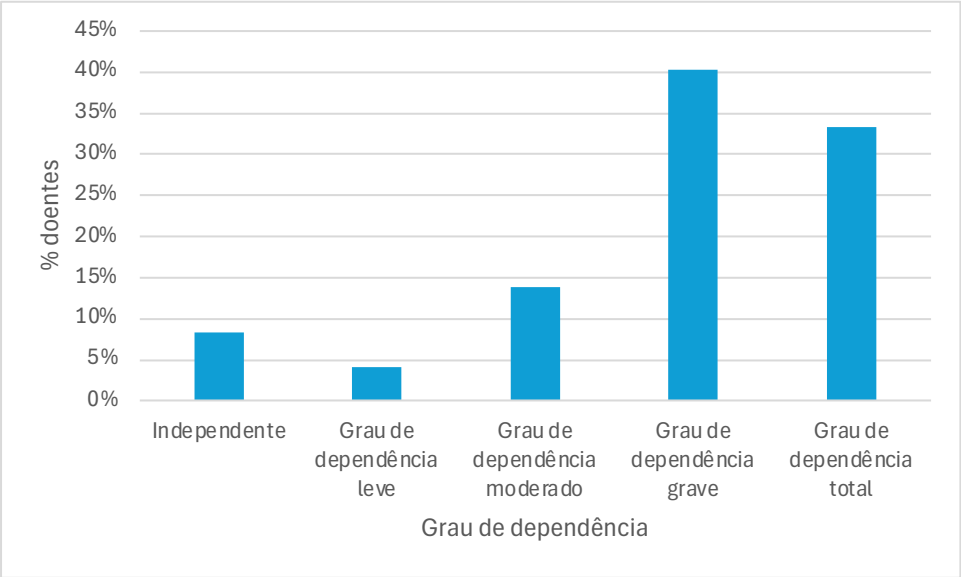

Figura 5 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023, por grau de dependência

Ao analisar a Tabela 1 é de destacar que, o serviço de medicina E é o serviço que apresenta maior percentagem de doentes que caíram com "grau de dependência total", sendo que a medicina B e D não apresentaram nenhum doente que caiu com "grau de dependência total". O serviço com mais doentes independentes que caíram é a cirurgia B com 50%, seguida da cirurgia A com 25%. Mais nenhum outro serviço apresenta doentes independentes que caíram.

Serviço de Internamento	Grau de dependencia grave	Grau de dependencia leve	Grau de dependencia moderado	Grau de dependencia total	Independente
Cirurgia 2.1	25%	8%	17%	25%	25%
Cirurgia 2.2.	25%	0%	0%	25%	50%
Medicina 3.1	43%	0%	29%	29%	0%
Medicina 3.2	86%	0%	14%	0%	0%
Medicina 3.3	58%	0%	8%	25%	8%
Medicina 3.4	50%	0%	50%	0%	0%
Medicina 4.1	50%	10%	0%	40%	0%
Medicina 4.2	29%	14%	29%	29%	0%
Medicina 4.3	9%	0%	9%	82%	0%

Tabela 1 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023, por grau de dependência em cada serviço médico-cirúrgico

Outro fator importante relativo ao estado de saúde do doente é o seu grau de orientação espaço-temporal. Existem três vertentes de orientação: Pessoa, Espaço e Tempo. Um indivíduo orientado na pessoa é capaz de responder a perguntas como "como se chama?" de forma correta. Indivíduos orientados no tempo são capazes de responder à sua idade corretamente e, pelo menos, ao ano em que se encontram. A desorientação temporal pode variar entre não saber o dia em que se encontra, até, confusão no que toca, por exemplo, à hora do dia e às refeições. O doente deve ser capaz de responder a questões sobre onde está, ou em que tipo de edifício se encontra. A orientação dos doentes é definidora, muitas

vezes, do nível de cuidados que estes indivíduos necessitam e deve ser tida em consideração quando é elaborado o plano de cuidados.

A avaliação da existência de períodos de confusão é tão importante quanto a avaliação do grau de orientação. Os doentes que apresentam períodos de confusão, apesar de, muitas vezes, se encontrarem orientados em todas as vertentes, acabam por, por períodos limitados, apresentar comportamentos confusos e desorganizados. No caso da amostra, a maioria dos doentes apresenta períodos de confusão (54%), como é possível verificar na Figura 7. Este número é bastante superior à percentagem de doentes totalmente desorientados representado na Figura 6 (11%).

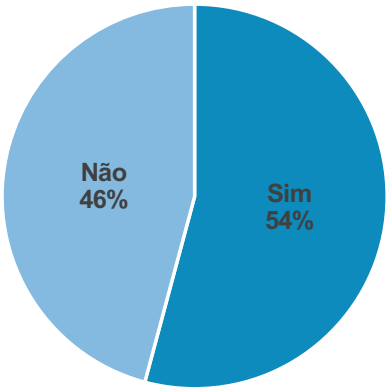

Figura 7 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 e que apresentaram períodos de confusão

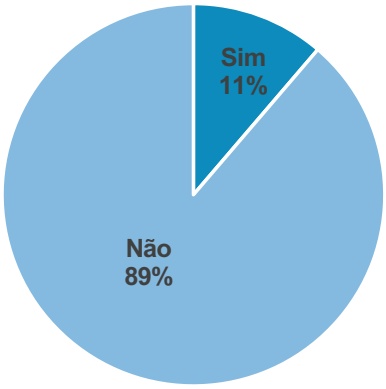

Figura 6 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 e que se apresentavam desorientados em todas as vertentes

No caso dos doentes integrantes da amostra, apenas 1 não se encontrava orientado na pessoa. Nas demais vertentes 44% dos utentes da amostra não se encontrava orientado no tempo. No que se refere à orientação no espaço, 26% dos doentes encontram-se desorientados (Figura 8).

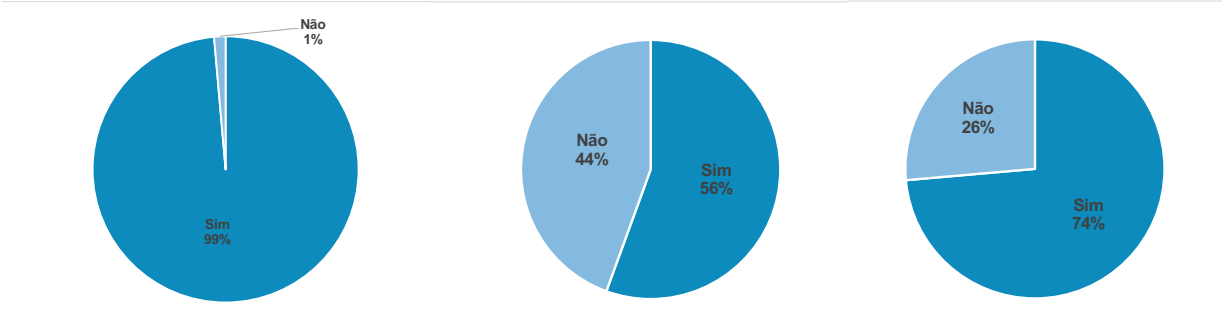

Figura 8 - Percentagem de doentes que caíram no primeiro e segundo trimestre de 2023 e que se encontravam orientados no tempo, no espaço e na pessoa, respetivamente

A escala de Morse (Anexo A) é o instrumento de avaliação do risco de queda preconizado pela DGS, como mencionado em capítulos anteriores. Na amostra em estudo, 10% dos doentes não apresentava avaliação de risco prévia à queda (Figura 9). Este valor

apesar de baixo, ainda representa um grupo significativo da população que caiu. É ainda relevante mencionar que, existe um reporte de queda que não apresentava este campo preenchido.

Relativamente aos scores obtidos na Escala de Morse, antes da queda (Figura 10), cerca de metade dos doentes da amostra apresentavam alto risco de queda (51%). O facto de o número de doentes com baixo risco de queda ainda representar um grupo significativo de doentes (28%) pode sugerir uma necessidade de revisão do modo de preenchimento das escalas. Alguns dos reportes não foram preenchidos de forma completa e, por isso, em 13% dos doentes que caíram, não é possível identificar o score obtido.

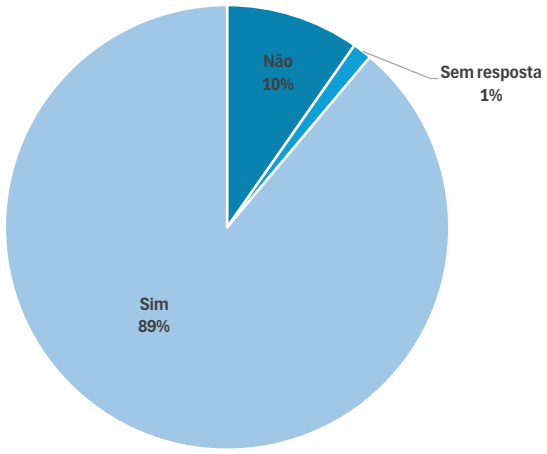

Figura 9 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 com avaliação do risco através da escala de Morse prévio à queda

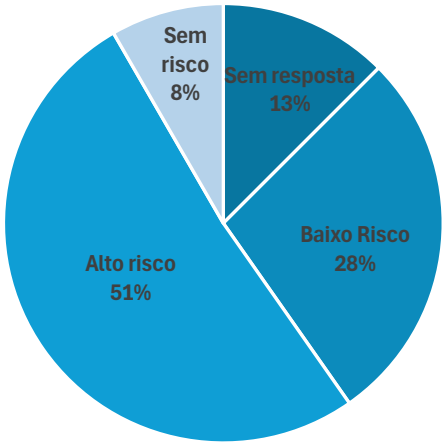

Figura 10 - Percentagem *de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 por score obtido do preenchimento da Escala de Morse antes da queda*

4.1.2 – Dados relativos à queda

A distribuição das quedas reportadas ao longo dos dois trimestres em análise não é uniforme. O mês em que caíram mais doentes foi Março com 19 quedas (Figura 11). Sendo que, a maioria das quedas ocorreu no primeiro trimestre de 2023. O mês em que ocorreram menos quedas foi Maio, apenas com 4.

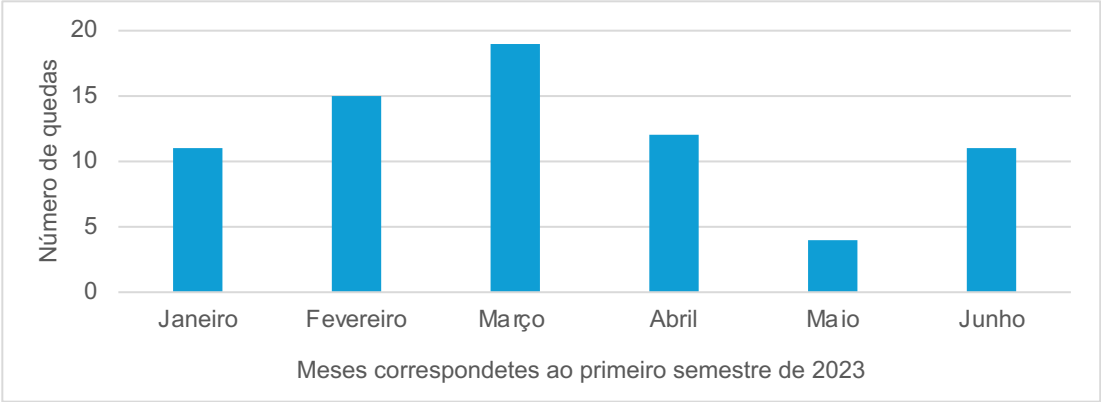

Figura 11 - Número de quedas por mês durante o primeiro semestre de 2023

Relativamente ao horário em que as quedas decorreram existe uma grande insuficiência de dados, sendo que 36% dos reportes não apresenta esta informação. Dos dados possíveis de analisar, o intervalo horário correspondente à manhã (7:00-14:00) destaca-se com 29% das quedas (Figura 12). O horário noturno é o que apresenta menor número de quedas (14%).

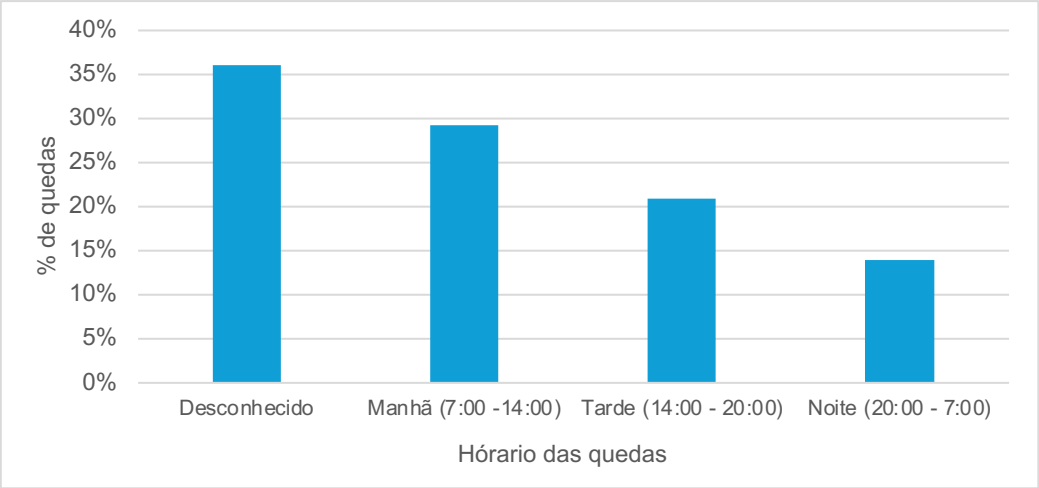

Figura 12 - Percentagem de quedas no 1º e 2º trimestre de 2023 por intervalo horário

Relativamente à categoria do profissional declarante da queda, 99% das quedas são reportadas por enfermeiros, existindo apenas uma queda declarada por um técnico de diagnóstico e terapêutica.

As quedas podem ser divididas em quatro categorias de causas diferentes: por perda de equilíbrio do doente, doente escorregou, doente cai de um sítio (por exemplo, uma cama), e doente tropeçou. A principal causa das quedas dos doentes da amostra em estudo é “Por escorregar” (com 36% das quedas ocorridas) (Figura 13), seguido de “por perda de equilíbrio do doente” (24% das quedas). O driver de queda menos frequente é “por tropeçar”, tendo apenas ocorrido uma queda por este motivo. À semelhança do já visto em variáveis anteriores, o preenchimento do reporte foi incompleto, sendo que em 31% dos casos o driver de queda é desconhecido.

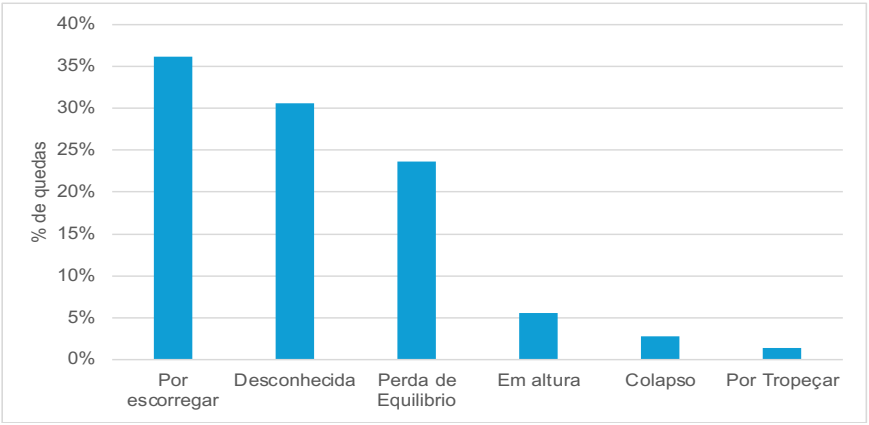

Figura 13 - Percentagem de quedas ocorridas no 1º e 2º trimestre de 2023 por causa de queda

As quedas podem ainda ocorrer por diversos motivos, sendo estes: Estado de saúde do doente, Fatores ambientais e Outros motivos. No caso das quedas correspondentes ao período em estudo, 67% devem-se ao estado de saúde do doente. Os fatores ambientais são os que parecem ter menos impacto, apenas como motivo de 11% das quedas. A análise da Figura 14 apresenta-nos algumas informações contraditórias à análise realizada à figura anterior, já que, o doente escorregar (a categoria com maior percentagem) está diretamente relacionado a fatores ambientais, que não têm tanta expressão nesta variável.

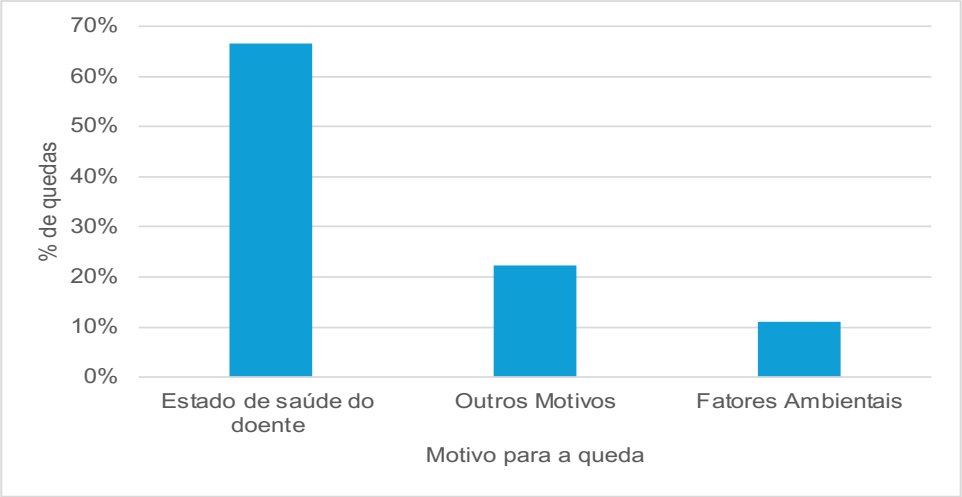

Figura 14 - Percentagem de quedas ocorridas no 1º e 2º trimestre de 2023 por motivo de queda

O registo contém também informação sobre os tipos de alterações do estado de saúde do doente que provocaram a queda. Como é possível observar pela Figura 15, em 41% das quedas, a desorientação dos doentes foi avaliada pelo profissional como um fator motivador. Esta é a alteração que tem maior peso na amostra. A diminuição da força muscular também se destaca como fator motivador da queda em 25% dos eventos. A hipotensão e a categoria "outros" representam apenas 3% e são as categorias com menor significância. A cateogria "outros" permite ao profissional introduzir de forma manual fatores que considerou relevantes e inclui "cegueira do olho esquerdo" e "diminuição da força nos membros inferiores", sugerindo, este último, o preenchimento errado do reporte, já que essa opção se encontra especificada.

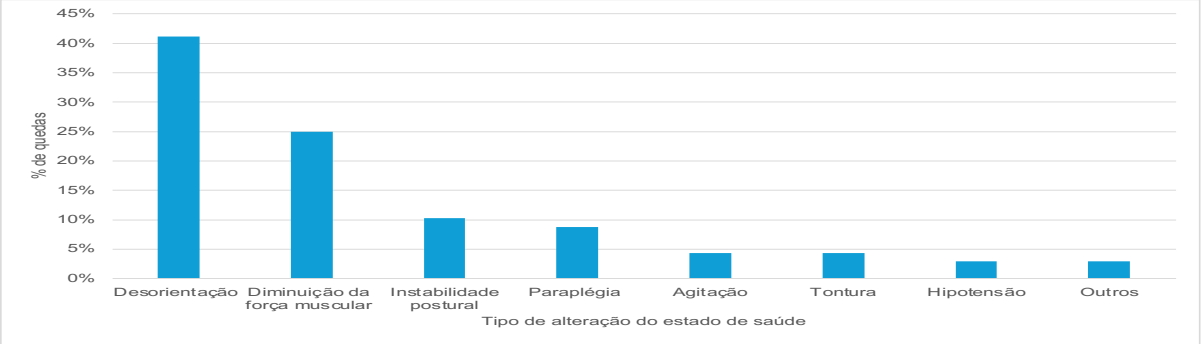

Figura 15 - Percentagem de quedas ocorridas por tipo de alterações do estado de saúde do doente no 1º e 2º trimestre de 2023 por tipo de alteração do estado de saúde

O mesmo processo acontece relativamente aos fatores ambientais. Neste caso o fator ambiental que motiva mais vezes a queda é “tentar alcançar um objeto” correspondendo a 43% dos casos. O pavimento/instalações e o calçado inapropriado surgem com 29%, uma percentagem bastante significativa dentro da amostra. O equipamento e ligaduras/ pensos no pé nunca foram apontados como causas de quedas nestes dois trimestres (Figura 16). É de notar mais uma vez o preenchimento incompleto dos reportes, havendo uma situação que apresenta como motivo para a queda “fatores ambientais”, e que não específica qual o fator a que se refere

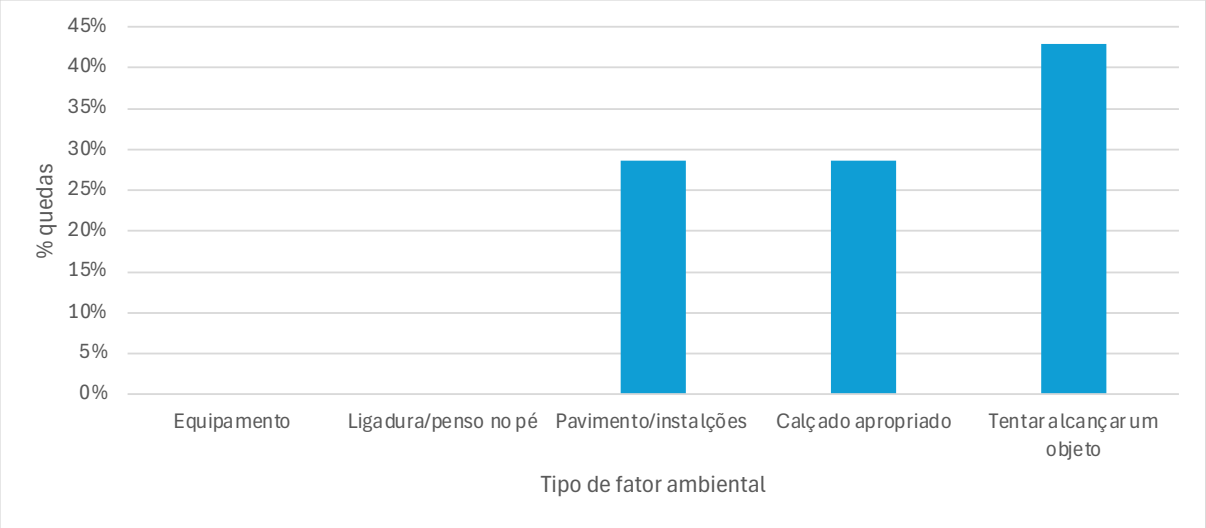

Figura 16 - Percentagem de quedas que ocorreram por fatores ambientais no 1º e 2º semestre de 2023 por tipo de fator ambiental

Por último, relativamente aos fatores da categoria “outros”, o fator mais vezes apontado como causa de queda é o levante sem supervisão (59%), destacando-se, como é possível observar na Figura 17, das restantes, já que “durante o sono/sonolência” surge apenas em 6% das quedas e “desconhecido” em 35%.

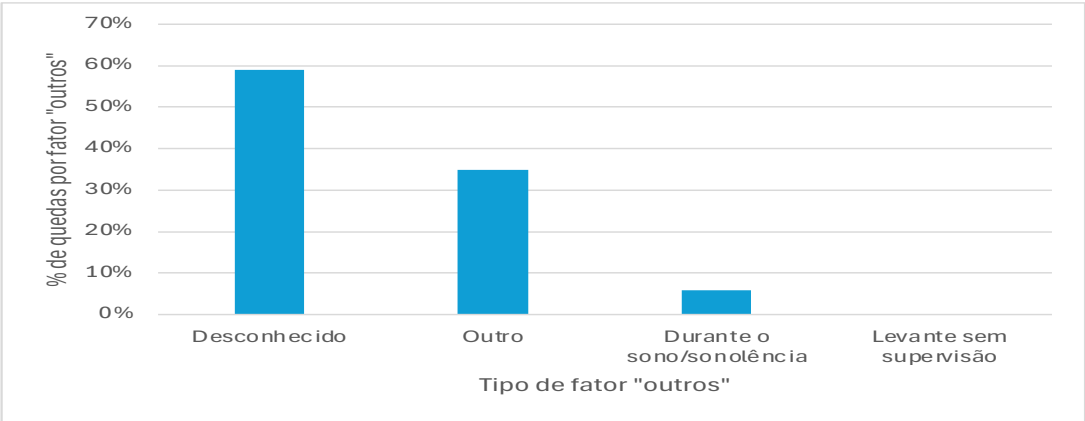

Figura 17 - Percentagem de quedas que ocorreram por fatores "Outros" no 1º e 2º trimestre de 2023 por tipo de fator da categoria "Outros"

As quedas, podem envolver objetivos, como é possível verificar na Figura 18. Através da figura percebemos que o grupo mais significativo de quedas ocorre envolvendo o cadeirão (44%). Os outros dois grupos que representam maior impacto nesta população são, a cama com 18% das quedas e as instalações sanitárias com 15%. O equipamento clínico é envolvido em 7% das quedas. Os demais grupos representam entre 1% a 3% das quedas, sendo importante destacar que houve apenas uma queda que não envolveu qualquer objeto ou local. À semelhança do já verificado anteriormente, há 2 reportes de queda sem resposta a esta variável.

Os dados observados são bastante contraditórios aos apresentados na Figura 14 onde fatores ambientais, onde se incluem os equipamentos, aparecem com a percentagem mais baixa para o motivo da queda.

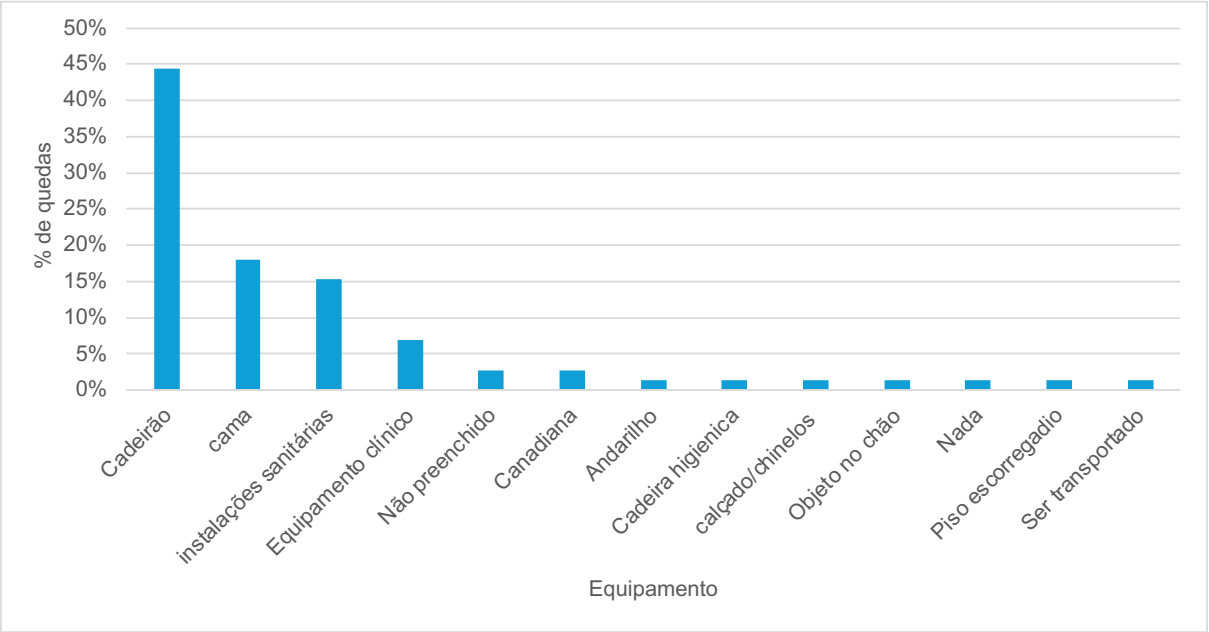

Figura 18 - Percentagem de quedas ocorridas no 1º e 2º trimestre de 2023 por equipamento envolvido na queda

É possível observar na Figura 19 se a queda foi presenciada ou não, mas em 80% dos casos esta informação não foi preenchida.

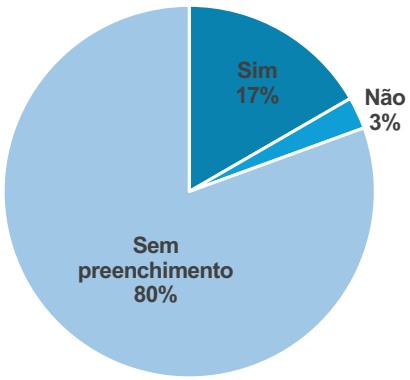

Figura 19 - Percentagem de quedas presenciadas no 1º e 2º trimestre de 2023

A consequência mais óbvia que pode suceder a uma queda é a existência de uma lesão ou dano resultante do evento. No caso desta amostra, como descrito na Figura 20, a maioria das quedas (76%) não resultou em nenhum género de lesão para o doente. A percentagem de lesões é de 20%, sendo que à semelhança de variáveis anteriores em 4% dos reportes analisados não foi respondida esta questão.

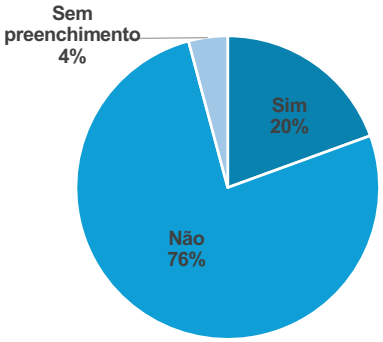

Figura 20 - Percentagem de quedas que resultaram em lesões para os doentes no 1º e 2º trimestre de 2023

Das quedas que apresentaram lesão, 40% resultou em lesões da face, sendo este o tipo de lesão com maior representação na amostra. A lesão menos significativa na amostra corresponde a lesões na região dorsal (7%) – ver Figura 21.

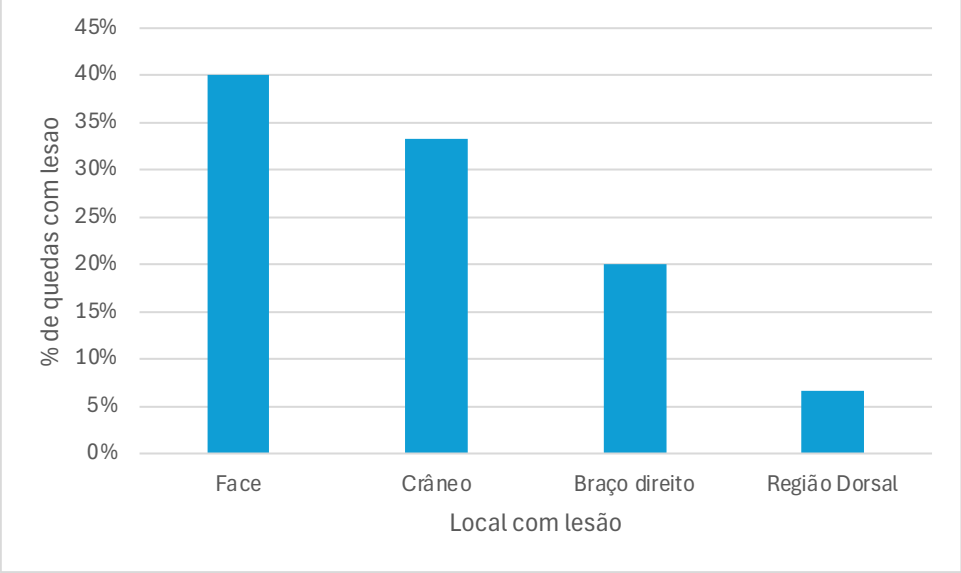

Figura 21 - Percentagem de quedas que resultaram em lesões, no 1º e 2º trimestre de 2023, por tipo de lesão ocorrida

Relativamente ao tipo de dano causado, as respostas não são concordantes com as respostas à variável anteriormente analisada, já que na Figura 20, 76% das quedas não resultaram em lesão, e quando questionadas sobre o tipo de dano, apenas 70% das quedas foi classificada como "sem dano" – ver Figura 22. O tipo de dano mais comum é o dano físico resultante de 22% das quedas. Os danos psicológicos apenas ocorreram em 8%.

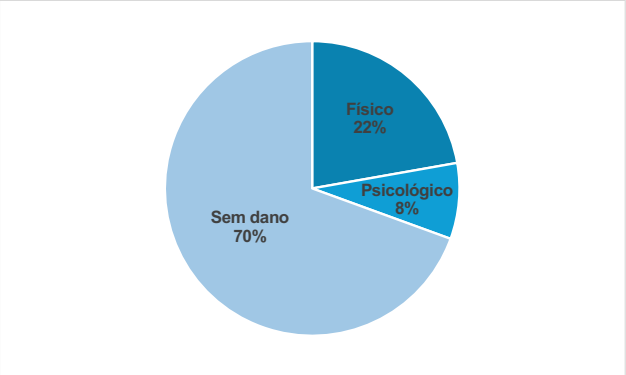

Figura 22 - Percentagem *de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023 por tipo de dano*

Existem vários tipos de danos físicos que podem ocorrer derivados de uma queda. No caso da amostra em estudo, os tipos de danos mais frequentes são escoriações e hematomas com 33% das quedas. Os tipos de danos menos comuns são a erosão dos tecidos e lacerações, apenas com 6% (Figura 23).

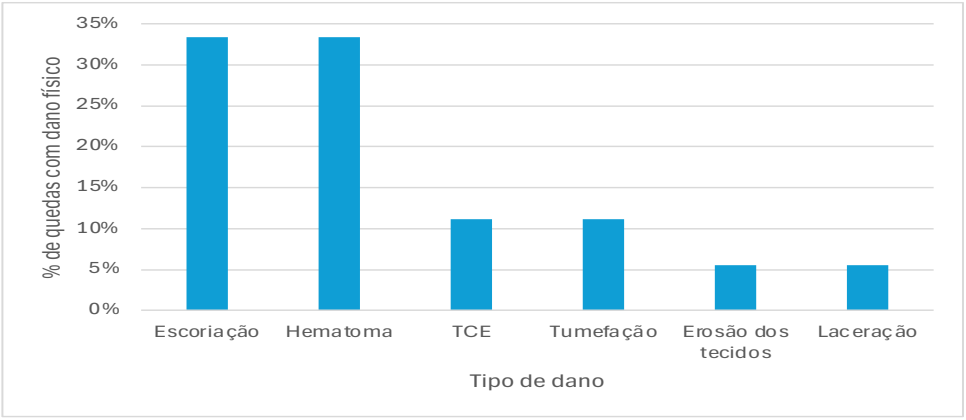

Figura 23 - Percentagem de quedas que resultaram em danos físicos, no 1º e 2º trimestre de 2023, por tipo de dano físico

Para além dos tipos de danos físicos, existem ainda vários tipos de danos psicológicos. No que toca à amostra apresentada, como é possível observar na Figura 24, o tipo de dano com mais representação é o medo (64%), as demais categorias representam todos 9% das consequências nos doentes com dano psicológico.

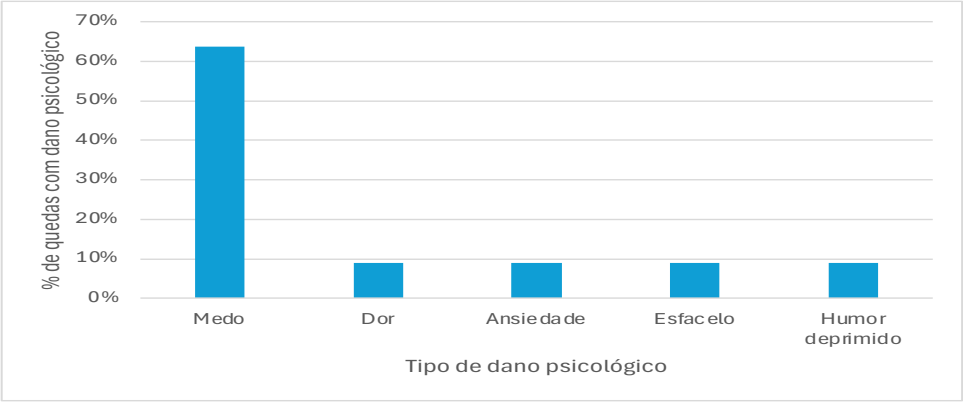

Figura 24 - Percentagem de quedas que resultaram em dano psicológico, ocorridas no 1º e 2º trimestre de 2023, por tipo de dano psicológico

A gravidade é outro fator importante a avaliar quando se analisa uma ocorrência de queda num doente internado. Relativamente à amostra em estudo, e como pode ser observado na Figura 25, a maioria das quedas resultam em gravidade ligeira ou em nenhuma gravidade (44% e 47%, respetivamente). O tipo de gravidade mais elevada ocorrido neste período é "moderada". À semelhança de variáveis anteriores houve 2 reportes que não apresentavam resposta a esta variável (3%).

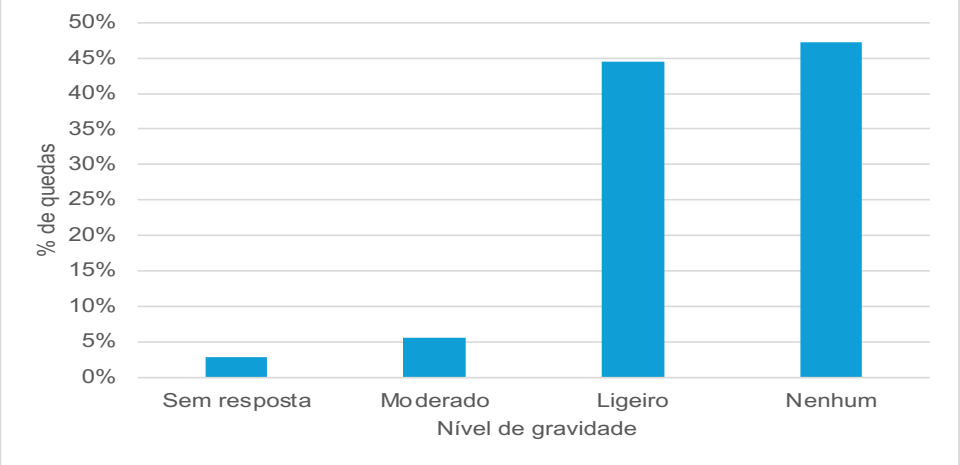

Figura 25 - Percentagem de quedas que resultaram em danos no 1º e 2º trimestre de 2023 por nível de gravidade

A ocorrência de um evento que põe em risco a saúde do doente, como as quedas, mobiliza intervenções a serem implementadas pelos profissionais de saúde presentes e que variam conforme as características da queda, os danos ou lesões provocadas e o diagnóstico dos doentes. No caso da amostra alvo de estudo, segundo os dados apresentados na Figura 26 as intervenções realizadas com mais frequência foram "vigilância do estado de consciência" e "comunicação com o médico", aplicadas em 23% dos casos. As menos comuns são "aplicação de ligadura" e "RX", que representam 1% e 3% dos casos, respetivamente. A implementação de contenção física e a elevação das grades de proteção verificam-se em 17% dos casos.

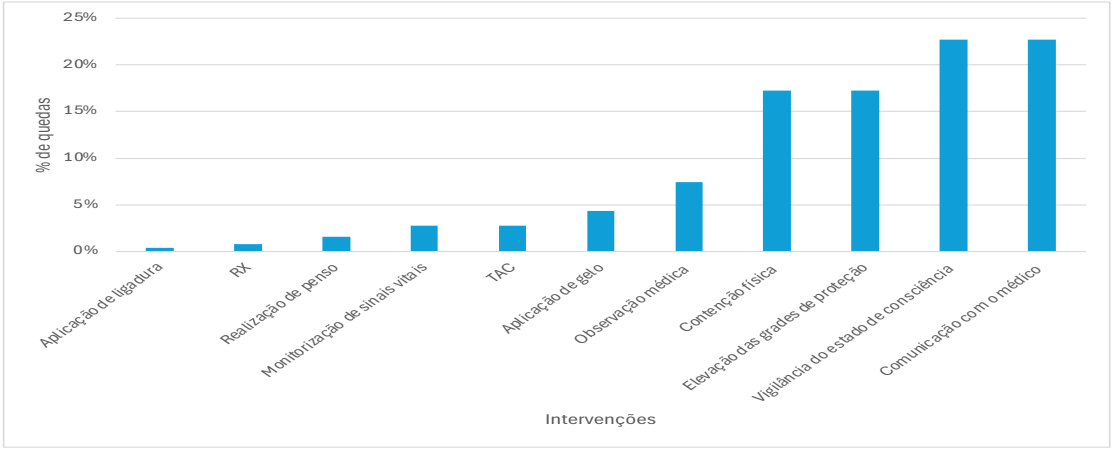

Figura 26 - Percentagem de doentes que caíram no 1º e 2º trimestre de 2023, por medida implementada

Por último, relativamente à probabilidade de a queda ocorrer novamente, segundo os dados apresentados na Figura 27, em 42% dos casos é provável que tal venha a acontecer, sendo "improvável" 35% dos casos.

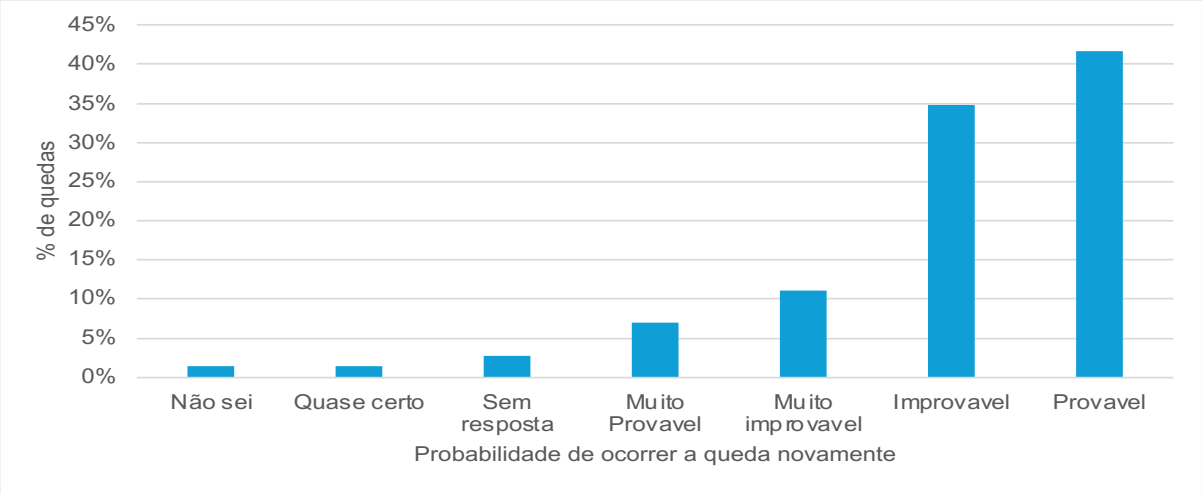

Figura 27 - Percentagem de quedas ocorridas no 1º e 2º semestre de 2023, por probabilidade da queda se voltar a repetir

4.2 – Análise dos dados das auditorias à implementação de medidas de prevenção de quedas

Os dados em análise foram fornecidos pelo gabinete de gestão de risco do hospital alvo de estudo. Estes, contemplam a informação recolhida por auditorias realizadas por enfermeiros que, para além de prestarem cuidados nas enfermarias médico-cirúrgicas do hospital em questão, integram o projeto da prevenção de quedas e são alocados a um serviço, diferente do que trabalham, para verificar se as medidas preconizadas estão a ser aplicadas.

Existem onze serviços médico-cirúrgicos que contemplam este estudo:

- Serviço H
- cirurgia A;
- cirurgia B;
- cirurgia C;
- medicina A;
- medicina B;
- medicina C;
- medicina D;
- medicina E;

- medicina F;
- medicina G.

Cada um dos serviços apresentados é composto por características específicas e populações de doentes diferenciadas que condicionam a análise dos resultados obtidos. São realizadas duas observações por mês em cada serviço, sendo que a taxa de conformidade é avaliada individualmente para cada uma das medidas.

As medidas aplicadas em avaliação são:

- Sinalização do doente;
- Sinalização da cama;
- Grades da cama elevadas;
- Cama travada;
- Cama baixa;
- Campainha acessível;
- Chão seco;
- Ambiente seguro;
- Cadeirão travado;
- Mesa travada.

4.2.1 – Dados relativos ao 1º trimestre de 2023

No serviço H, houve três doentes com alto risco de queda nos primeiros três meses de 2023. A percentagem de doentes com alto risco de queda neste serviço é de 10,4% dos internados. Nas avaliações realizadas, o serviço apresentou 100% de conformidade em todas as medidas recomendadas, exceto na medida "cama baixa" em março. Assim, a percentagem de conformidade geral do serviço é de 96,7%.

O serviço de cirurgia A teve, nesse período, 63 doentes internados com alto risco de queda, correspondendo a 32,3% dos internados no serviço. Neste serviço, as medidas "grades elevadas", "cama travada", "chão seco" e "ambiente seguro" apresentaram 100% de conformidade. A "mesa travada" foi a medida com menor taxa de conformidade com apenas 76,2%. A percentagem de conformidade geral do serviço foi de 94,1%.

O serviço de cirurgia B apresentou 49 doentes internados com alto risco de queda. Estes, representam 100% dos doentes internados no serviço. Destes, apenas 47 estavam corretamente sinalizados com a pulseira de alto risco de queda (95,9%). No entanto, todas as camas estavam bem assinaladas. Todas as outras medidas apresentaram 100% de conformidade, resultando em uma percentagem total de 99,6%.

O serviço de cirurgia C apresentou 68 doentes internados com alto risco de queda, estes, representam 74% dos doentes internados no serviço. A media com conformidade mais baixa é a sinalização correta dos doentes com alto (83,8%). Todas as restantes medidas apresentam conformidade superior a 85%. Assim, a percentagem de conformidade geral foi de 95,6%.

O serviço de medicina A teve 70 doentes internados com alto risco de queda, dos quais apenas 33 estavam sinalizados (47,1%) e 39 tinham a cama corretamente sinalizada (55,7%), estas são as medidas com pior taxa de conformidade. Neste serviço a percentagem de doentes com alto risco de queda é de 37,5%. Assim, a percentagem de conformidade geral foi de 88%.

No serviço de medicina B, verificou-se que os 48 doentes internados com alto risco de queda estavam corretamente sinalizados (100%). Estes correspondem a 100% dos doentes internados no serviço. Este serviço apresenta todas as medidas com taxa de conformidade superior a 93%, sendo as mais baixas "ambiente seguro" e "cama baixa". Resultando numa conformidade geral de 97,9%.

O serviço de medicina C apresentou 75 doentes internados com alto risco de queda, dos quais 67 tinham a cama sinalizada (89,3%), sendo esta a medida com pior resultado de conformidade. Os doentes com alto risco de queda são 49,3% dos doentes internados neste serviço durante o 1º trimestre de 2023. A conformidade geral foi de 97,3%.

No serviço de medicina D, estiveram internados 35 doentes com alto risco de queda, dos quais 32 estavam bem sinalizados e 31 tinham a cama sinalizada (91,4% e 88,6%), sendo estas as piores taxas de conformidade. Neste serviço, durante o primeiro trimestre de 2023, 50% dos doentes apresentava alto risco de queda. A percentagem de conformidade geral foi de 97,1%.

O serviço de medicina E apresentou 29 doentes internados com alto risco de queda. Os doentes com alto risco de queda são 25% dos doentes internados neste serviço durante o 1º trimestre de 2023. Destes, 23 estavam sinalizados de forma adequada (79,3%) e 24 tinham a cama sinalizada (82,8%), sendo estas as medidas com piores taxas de conformidade. A percentagem de conformidade geral foi de 93,4%.

O serviço de medicina F apresentou 21 doentes internados com alto risco de queda. Não foram fornecidos dados sobre a representação do número de doentes com alto risco de queda no número total de doentes internados durante este período. A medida "mesa travada" é a que apresenta pior taxa de conformidade (76,2%). A percentagem de conformidade geral foi 95,2%.

No serviço de medicina G, 19 doentes foram internados com alto risco de queda, dos quais 13 estavam sinalizados (68,4%) e apenas 5 tinham a cama sinalizada (26,3%), sendo

a última a medida com pior taxa de conformidade. Estes doentes representam 28,8% dos internados. A percentagem de conformidade geral foi de 81,6%.

Após análise dos dados, conclui-se que o serviço com maior taxa de conformidade geral é o de cirurgia B. Por outro lado, o serviço com piores resultados é o de medicina G. Os serviços com mais categorias com 100% de conformidade são o serviço H e cirurgia B. A medicina B, apesar de apresentar uma conformidade global elevada (97,9%), tem o menor número de medidas com 100% de conformidade (apenas três) (Tabela 2).

Internamento	Média de Conformidade (%)	Nº de categorias com conformidade 100%
Serviço H	96,70%	9
Cirurgia A	94,10%	5
Cirurgia B	99,60%	9
Cirurgia C	95,60%	5
Medicina A	88%	5
Medicina B	97,90%	3
Medicina C	97,30%	4
Medicina D	97,10%	5
Medicina E	93,40%	6
Medicina F	95,20%	6
Medicina G	81,60%	5

Tabela 2 - Média de % de conformidade e nº de categorias com 100% de conformidade por serviço relativa ao 1º trimestre 2023

Como pode ser observado na Tabela 3, as medidas que apresentam 100% de conformidade mais frequentemente são "ambiente seguro", "chão seco" e "cama travada", com 100% de conformidade em 10 dos 11 serviços. Por outro lado, a medida com menor frequência de conformidade total é a "sinalização do doente", com conformidade total em apenas dois serviços: H e medicina B. A medida com maior percentagem de conformidade é a "manutenção do chão seco" (99,9%). Todas as medidas apresentam, em média, conformidade superior a 90%, exceto a sinalização do doente e da cama, que apresentam, respetivamente, uma conformidade média de 86,1% e 83,6%.

Medida	Média de Conformidade (%)	Nº de vezes com conformidade 100%
Sinalização do doente	86,10%	2
Sinalização da cama	83,60%	4
Grades elevadas	99%	7
Cama travada	99,80%	10
Cama baixa	92,60%	5
Campaínha acessível	93,90%	6
Chão seco	99,90%	10
Ambiente seguro	99,60%	10
Cadeirão travado	93,90%	4
Mesa travada	93,90%	5

Tabela 3 - Média de % de conformidade e nº de vezes com conformidade 100% por medida relativa ao 1º trimestre de 2023

A Tabela 4 compila as piores classificações de cada serviço de internamento médico-cirúrgico, permitindo verificar em que intervenção recomendada a equipa deve focar-se para melhorar. Através da análise dos dados da Tabela 4, podemos concluir que apenas três serviços apresentam medidas com taxas de conformidade inferiores a 75%: o serviço H, medicina A e medicina G. Apesar de os serviços de medicina A e G serem os dois com a pior média de conformidade (Tabela 1), o serviço H é o segundo com a melhor média, o que permite perceber que a falha é específica a este parâmetro e não reflete um incumprimento geral. A menor taxa de conformidade do trimestre foi observada na medicina G. O serviço que apresenta a maior das piores taxas de conformidade é a cirurgia B, que também é o serviço com a média global mais elevada, revelando uniformidade no cumprimento de todas as medidas.

Internamento	Medida com menor conformidade	% de conformidade da medida
Serviço H	Cama baixa	66,70%
Cirurgia A	Mesa travada	76,20%
Cirurgia B	Sinalização do doente	95,90%
Cirurgia C	Sinalização do doente	83,80%
Medicina A	Sinalização do doente	47,10%
Medicina B	Cama baixa	93,80%
Medicina C	Sinalização da cama	89,30%
Medicina D	Sinalização da cama	88,60%
Medicina E	Campaínha acessível	79,30%
Medicina F	Mesa travada	76,20%
Medicina G	Sinalização da cama	26,30%

Tabela 4 - Medida com menor conformidade e a respetiva % por serviço de internamento no 1º trimestre de 2023

4.2.2 – Dados relativos ao 2º trimestre de 2023

No serviço H, foram totalizados 4 doentes com alto risco de queda no segundo trimestre de 2023. Estes doentes representam 13,7% dos doentes do serviço. Nas avaliações realizadas, o serviço apresentou 100% de conformidade em todas as medidas recomendadas, havendo uma evolução positiva na aplicação da medida "cama baixa" em relação ao primeiro trimestre, além da manutenção da aplicação de todas as outras medidas. Assim, a percentagem de conformidade geral do serviço foi de 100%.

O serviço de cirurgia A teve, nesse período, 44 doentes internados com alto risco de queda. Estes doentes representam 34,9% dos doentes internados no serviço. A "mesa travada" continuou a ser a medida com a menor taxa de conformidade, com apenas 16 doentes (36,4%), um valor significativamente mais baixo em comparação com os meses anteriores. A percentagem de conformidade média do serviço foi de 89,1%.

O serviço de cirurgia B apresentou 72 doentes internados com alto risco de queda. Estes, representam 100% dos doentes internados no serviço. Nas avaliações realizadas, o serviço apresentou 100% de conformidade em todas as medidas recomendadas, com uma melhoria na sinalização dos doentes em comparação com o primeiro trimestre, e a manutenção da aplicação de todas as outras medidas. Assim, a percentagem total de conformidade foi de 100%.

O serviço de cirurgia C apresentou 131 doentes internados com alto risco de queda. Estes representam 70,8% dos doentes do serviço. Destes, apenas 90 estavam devidamente identificados (68,7%), representando um grande declínio em relação à conformidade apresentada no mês anterior. Quanto à identificação das camas, ao contrário do primeiro semestre, em que todas estavam bem identificadas, apenas 82,4% estavam corretamente sinalizadas. A "mesa travada" mostrou também diminuição significativa de aplicação, com 79,4% de conformidade. Estas medidas representam as piores taxas de conformidade do serviço. Assim, a percentagem de conformidade geral foi de 91%.

O serviço de medicina A teve 66 doentes internados com alto risco de queda. Os doentes com alto risco de queda representam, neste trimestre, 35,4% do total de doentes internados. Destes, apenas 45 estavam sinalizados (68,2%) e 42 tinham a cama corretamente sinalizada (63,6%). Houve uma ligeira melhoria em relação ao trimestre anterior, mas os valores continuam distantes do desejável. Assim, a percentagem de conformidade geral foi de 92,6%.

No serviço de medicina B, verificaram-se 53 doentes internados com alto risco de queda, sendo 100% dos doentes internados no serviço. A medida "cama baixa" manteve valores semelhantes (94,3%). As medidas "campainha acessível" e "mesa travada" foram as recomendações que apresentaram decréscimos acentuados de aplicação, descendo de 100% e 97,9% para 96,2% e 75,5%, respetivamente. As restantes medidas apresentam melhorias de conformidade. Posto isto, a conformidade geral foi de 96,2%.

O serviço de medicina C apresentou 94 doentes internados com alto risco de queda. Estes doentes representam 51,2% dos doentes internados neste trimestre. Destes, 79 estavam corretamente sinalizados (84%) e 74 tinham a cama sinalizada (78,7%), o que representa um decréscimo significativo na aplicação destas medidas em comparação com o primeiro trimestre. As demais medidas apresentaram manutenção/aumento da conformidade. A conformidade geral foi de 95,2%.

No serviço de medicina D, estiveram internados 42 doentes com alto risco de queda, dos quais 35 estavam corretamente sinalizados e com a cama sinalizada (83,3%), um valor mais baixo em comparação com o primeiro semestre de 2023. Os 42 doentes com alto risco de queda constituem 50% dos doentes internados neste período. A medida "cadeirão travado"

foi a que apresentou o maior decréscimo, passando de 100% de conformidade para 95,2%. A percentagem de conformidade geral foi de 95,2%.

O serviço de medicina E apresentou 37 doentes internados com alto risco de queda. Estes constituem 24,8% dos doentes internados no serviço. Destes, 28 estavam sinalizados de forma adequada (75,7%) e 24 tinham a cama sinalizada (64,9%). As "grades elevadas", "cama travada" e "campainha acessível" apresentaram decréscimos de aplicação, apresentando, respetivamente, 97,3%, 97,3% e 75,7%. As demais medidas apresentaram manutenção/ aumento de conformidade. A percentagem de conformidade geral foi de 91,1%.

O serviço de medicina F apresentou 31 doentes internados com alto risco de queda. Estes são 31,75% dos doentes internados no serviço neste trimestre. Destes, 27 estavam corretamente sinalizados (87,1%) e 30 tinham a cama sinalizada (96,8%), havendo um declínio na implementação dessas medidas em comparação com o trimestre anterior. As medidas "cadeirão travado" e "mesa travada" mostraram 77,4% e 58,1% de conformidade, respetivamente, evidenciando uma clara redução na aplicação. As demais medidas apresentaram manutenção/ aumento de conformidade. A percentagem de conformidade geral foi de 91,9%.

No serviço de medicina G, estiveram internados 30 doentes com alto risco de queda. Estes são 35% dos doentes internados neste trimestre. Destes, 28 estavam corretamente sinalizados (93,3%) e apenas 2 tinham a cama sinalizada (6,7%), indicando não só uma diminuição na aplicação dessas medidas, mas também que a conformidade relativa à sinalização da cama é a mais baixa em comparação com qualquer outra medida ou serviço nestes dois trimestres. A conformidade relativa às medidas "grades elevadas" e "ambiente seguro" caiu de 100% para 96,7% e 90%, respetivamente. As demais medidas apresentaram manutenção/ aumento de conformidade. A percentagem de conformidade geral foi de 82,7%.

Após a análise dos dados apresentados na Tabela 5, é possível concluir que a maior taxa de conformidade média corresponde aos serviços H e Cirurgia B, sendo que este último já havia apresentado a média mais alta no trimestre anterior. Ambos os serviços apresentaram médias de 100%, tendo sido, por isso, também os serviços com o maior número de medidas com 100% de conformidade. A Cirurgia B, apesar de já ter tido a melhor conformidade média no trimestre anterior, ainda conseguiu melhorar os seus resultados. O serviço H, que já era um dos serviços com mais categorias com 100% de conformidade, ao melhorar a aplicação da medida “cama baixa” de 66,7% para 100%, obteve um resultado médio de 100% de conformidade global.

O serviço que apresenta a pior média de conformidade é a Medicina G, que, apesar de ter melhorado o valor médio de conformidade (82,9%), reduziu o número de categorias com conformidade de 100%, passando de 5 para 3. Assim, faz parte dos três serviços com menos categorias com conformidade total (Cirurgia A, Cirurgia C e Medicina G). A Medicina

B, anteriormente o serviço com menos medidas com conformidade de 100%, agora tem 5 medidas nessas condições, mas a média global caiu para 96,2%, uma diminuição de 1,7% em relação ao trimestre passado.

Outros serviços que apresentaram uma diminuição significativa no número de medidas com conformidade total incluem Cirurgia A, Cirurgia C, Medicina E e Medicina G. Nestes casos, a média de conformidade também diminuiu, exceto na Medicina G, cuja média subiu. Além dos serviços H e Cirurgia B, já descritos anteriormente, a Medicina A, a Medicina B e a Medicina D apresentaram um aumento no número de medidas com 100% de conformidade. No entanto, a Medicina A teve um aumento na média, enquanto as demais categorias, apesar do aumento no número de medidas com conformidade total, apresentaram uma diminuição na média. A Medicina C e a Medicina F mantiveram o número de medidas com 100% de conformidade, mas ambas apresentaram uma diminuição na média.

Por fim, não é possível afirmar que houve uma melhoria significativa nos resultados observados de um trimestre para o seguinte. A Tabela a baixo sinaliza a verde os resultados em que correu melhoria, a vermelho os resultados em que houve um decréscimo no valor e a amarelo, os em que se manteve igual.

Internamento	Média de Conformidade (%) 2º trimestre	Nº de medidas com conformidade 100% 2º trimestre	Média de Conformidade (%) 1º trimestre	Nº de categorias com conformidade 100% 1º trimestre
Serviço H	100%	10	96,70%	9
Cirurgia A	89,10%	3	94,10%	5
Cirurgia B	100%	10	99,60%	9
Cirurgia C	91%	3	95,60%	5
Medicina A	92,60%	6	88%	5
Medicina B	96,20%	5	97,90%	3
Medicina C	95,20%	4	97,30%	4
Medicina D	95,90%	6	97,10%	5
Medicina E	91,10%	5	93,40%	6
Medicina F	91,90%	6	95,20%	6
Medicina G	82,90%	3	81,60%	5

Tabela 5 - Média de % de conformidade e nº de medidas com 100% de conformidade por serviço relativa ao 1º e 2º trimestre 2023

Através da análise da Tabela 6, é possível perceber que a medida “cama travada” continua a ser a medida que apresenta a melhor conformidade média e ocorre mais vezes com conformidade de 100%, mantendo a mesma média e o mesmo número de vezes com conformidade total do trimestre anterior.

A medida que apresenta a pior média também não se altera de um semestre para o outro; a “sinalização da cama” não só continua a ter a pior média, como também apresenta uma diminuição de 5,8% no valor da conformidade. A “sinalização do doente”, embora tenha melhorado em termos de média e de número de vezes com conformidade de 100%, continua, juntamente com a “sinalização da cama”, a ser a medida com o pior resultado em relação ao número de vezes que atinge 100% de conformidade, com apenas 3 ocorrências.

A única medida que apresenta melhorias em ambos os valores é a “cama baixa”. Além desta, a medida “cadeirão travado” apresentou melhoria no valor de conformidade média, e a medida “mesa travada” no número de vezes que atinge 100% de conformidade. As demais medidas mostraram decréscimos nos valores anteriormente apresentados.

Concluindo, não é possível afirmar que houve uma melhoria nos parâmetros observados do primeiro trimestre para o segundo. A Tabela a baixo sinaliza a verde os resultados em que correu melhoria, a vermelho os resultados em que houve um decréscimo no valor e a amarelo, os em que se manteve igual.

Medida	Média de Conformidade (%) 2º trimestre	Nº de vezes com conformidade 100% 2º trimestre	Média de Conformidade (%) 1º trimestre	Nº de vezes com conformidade 100% 1º trimestre
Sinalização do doente	86,90%	3	86,10%	2
Sinalização da cama	77,80%	3	83,60%	4
Grades elevadas	98,60%	6	99%	7
Cama travada	99,80%	10	99,80%	10
Cama baixa	96,90%	6	92,60%	5
Campainha acessível	92,90%	5	93,90%	6
Chão seco	99%	9	99,90%	10
Ambiente seguro	98,90%	9	99,60%	10
Cadeirão travado	95,50%	4	93,90%	4
Mesa travada	86,20%	6	93,90%	5

Tabela 6 - Média de % de conformidade e nº de vezes com conformidade 100% por medida relativa ao 1º e 2º trimestre de 2023

Os dados apresentados na Tabela 7 mostram um claro declínio nos valores de conformidade das medidas em grande parte dos serviços. Com exceção do serviço H e do serviço de cirurgia B, que apresentam 100% de conformidade em todas as medidas e, portanto, ficam excluídos desta análise, 6 dos restantes 9 serviços — cirurgia A, cirurgia C, medicina C, medicina D, medicina F e medicina G — apresentam resultados piores para as mesmas medidas. Quanto aos demais serviços, a medicina A, apesar de ter apresentado melhorias na sinalização do doente, acabou por ter um prejuízo na medida “sinalização da cama”. O mesmo ocorreu com a medicina B, que no trimestre anterior tinha a “cama baixa” como a medida com pior aplicação, com 93,8% de conformidade, um valor bastante elevado; neste trimestre, a medida “mesa travada” apresenta uma conformidade de 75,5%. A medicina D, apesar de manter a medida com menor conformidade, acrescenta a “sinalização do doente” à lista. No caso da medicina E, não só a medida com menor conformidade passou a ser a “sinalização da cama”, como isso ocorreu sem que houvesse uma melhoria na medida que anteriormente apresentava piores resultados.

Comparativamente ao trimestre anterior, 6 serviços apresentam pelo menos uma medida com taxa de conformidade inferior a 75%, sendo a “sinalização da cama” a medida

que apresenta mais vezes o pior resultado de conformidade. O serviço que tem a medida com o pior resultado de conformidade continua a ser a medicina G, embora com um valor mais baixo do que no trimestre anterior.

Internamento	Medida com menor conformidade 2º trimestre	% de conformidade da medida 2º trimestre	Medida com menor conformidade 1º trimestre	% de conformidade da medida 1º trimestre
Serviço H	N/A	N/A	Cama baixa	66,70%
Cirurgia A	Mesa travada	36,40%	Mesa travada	76,20%
Cirurgia B	N/A	N/A	Sinalização do doente	95,90%
Cirurgia C	Sinalização do doente	68,70%	Sinalização do doente	83,80%
Medicina A	Sinalização da cama	63,60%	Sinalização do doente	47,10%
Medicina B	Mesa travada	75,50%	Cama baixa	93,80%
Medicina C	Sinalização da cama	78,70%	Sinalização da cama	89,30%
Medicina D	Sinalização da cama e do doente	83,30%	Sinalização da cama	88,60%
Medicina E	Sinalização da cama	64,90%	Campainha acessível	79,30%
Medicina F	Mesa travada	58,10%	Mesa travada	76,20%
Medicina G	Sinalização da cama	6,70%	Sinalização da cama	26,30%

Tabela 7 - Medida com menor conformidade e a respetiva % por serviço de internamento no 1º e 2º trimestre de 2023

Assim, parece haver um declínio de resultados na maior parte dos serviços no que se refere a este parâmetro. A Tabela abaixo apresenta a amarelo as medias que se mantiveram as mesmas de um trimestre para o seguinte, a vermelho as medidas que mudaram de um trimestre para o seguinte e as taxas de conformidade que desceram entre os trimestres, e por último a verde os serviços em que ocorreu melhoria.

4.3 Lista de Problemas encontrados

A definição do perfil do doente que caiu no primeiro trimestre de 2023, das caraterísticas mais comuns das quedas que ocorreram neste período e a análise dos resultados das auditorias aos serviços médico-cirúrgicos permitem a apresentação de uma lista de problemas encontrados nos quais o hospital deve focar as suas intervenções de melhoria.

Perfil doente que caiu no 1º semestre de 2023	Principais características das quedas
Idade: 68-85 anos	Ocorridas em março
Internado na cirurgia A, Medicina C E e G	Ocorridas durante o período da manhã
Homem	Causadas pelo doente escorregar
Motivo de internamento: Infeção; Doença crónica agudizada; AVC ou Neoplasia	Motivadas por alterações do estado de saúde do doente (desorientação)
Dependente grave ou total	Envolvendo o cadeirão
Com períodos de confusão	Sem dano ou lesão
Préviamente com alto risco de queda	Provável de voltar a acontecer

Tabela 8 - Perfil do doente que caiu no 1º semestre de 2023 e as principais características das quedas ocorridas

Assim, a Tabela 8 apresenta o perfil do doente e das quedas ocorridas nesta amostra. As Tabela 9, 10 e 11 reúnem as principais conclusões retiradas da análise das auditorias aos serviços médico-cirúrgicos.

Medida	Apresentou melhoria no 2º trimestre?
Sinalização do doente	Sim
Sinalização da cama	Não
Grades elevadas	Não
Cama travada	Manteve-se igual
Cama baixa	Sim
Campainha acessível	Não
Chão seco	Não
Ambiente seguro	Não
Cadeirão travado	Manteve-se igual
Mesa travada	Sim

Tabela 9 - Medidas que apresentaram melhorias de conformidade no 2º trimestre de 2023 relativamente ao 1º trimestre

Conclusões	1º trimestre 2023	2º trimestre 2023
Serviço com melhores resultados	Cirurgia B	Cirurgia B e Serviço H
Serviço com piores resultados	Medicina G	Medicina G
Medida com melhor conformidade	Chão seco	Grades elevadas
Medida com pior conformidade	Sinalização da cama	Sinalização da cama

Tabela 10 - Principais conclusões no primeiro e segundo trimestre de 2023 Serviços

Serviço médico-cirúrgico	Apresentou melhoria no 2º trimestre?
Serviço H	Sim
Cirurgia A	Não
Cirurgia B	Sim
Cirurgia C	Não
Medicina A	Sim
Medicina B	Não
Medicina C	Não
Medicina D	Não
Medicina E	Não
Medicina F	Não
Medicina G	Sim

Tabela 12 - Serviços que apresentam melhorias de conformidade no 2º trimestre de 2023 relativamente ao 1º trimestre

Desta maneira e após análise de todos os dados apresentados no capítulo anterior e a definição das principais conclusões foi possível reunir uma lista de problemas encontrados que devem ser alvo de intervenção através de um plano de melhoria (Tabela 12).

Falhas processuais	Características dos doentes	Resultados das auditorias
Mau preenchimento do reporte de quedas na plataforma HER+ (reportes incompletos e/ou respostas incongruentes)	Maioria dos doentes que caem já tinham avaliação de alto risco de queda	Serviços de internamento com taxas de conformidade a baixo dos 95%
As auditorias não foram realizadas com a periodicidade desejada e por isso há dados incompletos	Os doentes que mais caíram eram totalmente dependentes ou dependentes graves	Serviços de internamento com menos de 5 categorias com de 100%
	Maior causa de queda é o doente escorregar	Medidas com médias de conformidade abaixo dos 95%
	Doentes com necessidade de alcançar objetos que estão longe e por isso acabam por cair	Apenas 5 medidas apresentarem médias de conformidade de 100% em mais de 5 serviços
	Cadeirão estar envolvido em grande parte das quedas	Serviços com médias de conformidade para algumas medidas abaixo dos 50% no 1ºtrimestre
	17% das quedas foram presenciadas e mesmo assim não conseguiram ser evitadas	Média de conformidade ter diminuido em 7 serviços entre trimestres
	20% das quedas resultar em lesão	Média de conformidade ter diminuido em 6 medidas entre trimestres
	30% das quedas resultar em dano	Média de conformidade ter aumentado em apenas 4 serviços entre trimestres
	64% dos doentes que sofrem danos psicologicos ficam com medo de cair novamente	Média de conformidade ter aumentado em apenas 3 medidas entre trimestres
	5% de quedas com gravidade moderada	Serviços com médias de conformidade para algumas medidas abaixo dos 10% no 2ºtrimestre
	17% das quedas resultam na necessidade de contenção física dos doentes	Sinalização da cama e do doente como as medidas com piores taxas de conformidade em ambos os trimestres
	42% das quedas ser descrita como provável de voltar a acontecer	
	Quedas em maior número no período da manhã	

Tabela 11 –Lista de principais problemas encontrados, divididos em 3 categorias: Falhas processuais; Características dos doentes e Resultados das auditorias

5. Plano para a melhoria

Através da análise dos problemas levantados na Tabela 12, sugere-se que seja elaborado um plano de intervenção e melhoria para a implementação durante 1 ano neste hospital. Este inclui intervenções a curto, médio e longo prazo que devem depois ser utilizadas como meio para a manutenção da excelência. Este plano deve ter então três grandes áreas de intervenção definidas de acordo com as áreas onde se encontraram os problemas.

As propostas de melhoria apresentadas foram elaboradas com base nas medidas e diretrizes definidas pela DGS, na linguagem da CISD e nos princípios definidos pelos Padrões de Acreditação Internacional da JCI para hospitais.

5.1 Falhas processuais

As falhas processuais ocorrem principalmente em duas grandes áreas e são evidenciadas sobretudo pela falta de dados completos e claros sobre as quedas dos doentes neste semestre e sobre a implementação das medidas definidas pelo hospital.

Relativamente às falhas no preenchimento completo, claro e correto do reporte de quedas na plataforma HER+, estas têm um impacto muito grande na gestão deste evento porque condicionam uma grande fonte de dados. Neste momento, e como mencionado diversas vezes durante a análise dos dados relativos às quedas, existem alguns parâmetros em que as "não respostas" representam a maior fatia percentual da amostra. Isto torna bastante difícil que se consigam realizar relatórios completos, compreender onde existem falhas e criar padrões que sirvam de base para a melhoria. Assim, apresento na Tabela 13 a seguinte proposta de intervenção:

População alvo	Medidas a implementar	Indicadores chave de desempenho	Metas	Duração
Todos os profissionais de saúde dos serviços médico-ciúrgicos que podem declarar quedas através da plataforma, sobretudo aos enfermeiros já que estes representam, nesta amostra a maior percentagem	Questionário obriigatório sobre o preenhcimento do reporte de quedas. Avalia: conhecimentos prévios e dúvidas	Taxa de profissionais de saúde que trabalha em serviços médico-cirúrgicos do hospital em questão e pode realizar o reporte de quedas preencheu o questionário	95% dos profisisonais preencheu o questionário	1 ano
	Formação obrigatória. Contéudos baseados em: questionários implementados, erros já vistos nos reportes. Devem ser realizadas 1 sessão por serviço	Taxa de profissionais de saúde que trabalha em serviços médico-cirúrgicos do hospital em questão assistiu à formação	95% dos profisisonais assistiu à formação	
	Aplicação de teste depois da formação em que o profissional devem preencher um reporte de quedas com base num exemplo fornecido	Taxa profissionais de saúde que trabalha em serviços médico-cirúrgicos do hospital em questão que obteve mais de 90% no teste final	95% dos profissionais obteve score superior a 90%	
		Taxa de aumento no número de reportes completo e claro	Taxa de aumento de pelo menos 50%	

Tabela 13 - Proposta de intervenção para a melhoria do preenchimento dos reportes na plataforma HER +

Os resultados das auditorias aos serviços servem para que o chefe de serviço possa perceber onde estão a ocorrer as falhas na implementação das medidas e intervenções preconizadas pelo hospital. Quando ocorrem falhas como as observadas ao longo desta análise na realização de auditorias é colocada em causa a fiabilidade de todos os dados, tornando-os bastante inúteis, uma vez que não se conseguem tirar conclusões fiáveis sobre a qualidade dos cuidados a partir deles. Desta maneira, apresento na Tabela 14 a proposta de intervenção que visa melhorar este parâmetro:

População alvo	Medidas a implementar	Indicadores chave de desempenho	Metas	Duração
Todos os enfermeiros que realizam auditorias	Reuniões individuais entre o responsável pelas auditorias e os enfermeiros que as realizam de forma trimestral	Taxa de participação nas reuniões e frequência das mesmas	Taxa de participação de 95% e reuniões realizadas de 3 em 3 meses	1 ano
	Realização de formação anual aos enfermeiros destacados para esta função. No final desta formação os enfermeiros devem ser capazes de demonstrar conhecimento sobre a importancia desta tarefa e sobre a sua forma de execução	Taxa de conclusão da formação	95% dos profisisonais assistiu à formação	
	Avaliação do modo como as auditorias são realizadas, fornecendo feedback personalizado a cada profissional	Percentagem de enfermeiros que implementa as sugestões dadas nas auditorias seguintes	95% dos enfermeiros implementa	
		Percentagem de auditorias realizadas de forma correta	Aumento de pelo menos 50%	

Tabela 14 - Proposta de intervenção para a melhoria da qualidade das auditorias

5.2 Características dos doentes

O conhecimento das características dos doentes que caem com mais facilidade permite ao enfermeiro precaver-se, na realização das suas intervenções, a acautelar este risco de forma personalizada ao doente e, por isso, mais eficaz. A lista de problemas apresentada na Tabela 12 demonstra, que existe muito espaço para melhoria e adequação de intervenções que são preconizadas pela DGS. Assim, apresentou na Tabela 15 a proposta de intervenção que tem por base estes problemas

População alvo	Medidas a implementar	Indicadores chave de desempenho	Metas	Duração
Enfermeiros	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros, através de uma reunião de equipa, sobre as medidas a implementar perconizadas pela DGS em doentes com alto risco de queda. Pelo menos 2 vezes por ano	Taxa de participação nas reuniões e frequência das mesmas	Taxa de participação de 95% e reuniões realizadas de 6 em 6 meses	18 meses
	Fornecer uma formação, adaptada às características dos doentes de cada serviço, sobre o perfil dos doentes que mais cai nesse internamento	Percentagem de enfermeiros que são capazes de demonstrar conhecimento sobre as medidas a ser implementadas nos doentes com alto risco	Pelo menos 90% dos enfermeiros é capaz de demonstrar este conhecimento	
	Dividir a equipa em pequenso grupos que devem realizar apresentações de formação à restante equipa sobre prevenção de quedas, atitudes seguras e formas de mitigar o risco adaptadas ao tipo de doente mais comumente internado	Percentagem de enfermeiros que são capazes de demonstrar conhecimento sobre o perfil do doente que tem mais risco de queda	Pelo menos 90% dos enfermeiros é capaz de demonstrar este conhecimento	
	Fornecer guidelines sobre a implementação de contenção física ou quimica aos doentes e os riscos que desta advém	Taxa de participação na formação relativa ao perfil destes doentes	95% dos enfermeiros assistiu à formação	
	Realizar pequenas reuniões e afixar pósteres sobre como a queda pode ser prevenida e como essa deve ser a prioridade do serviço	Percentagem de enfermeiros que realizou o trabalho de grupo e o apresentou à restante equipa	95% dos enfermeiros realizou o trabalho	
	Análise dos registos de enfermagem e avaliação da forma como as medidas implementadas estão a ser aplicadas	Diminuição na percentagem de quedas classificadas como "prováveis" de voltar a ocorrer	Diminuição em pelo menos 20%	
		Percentagem de enfermeiros que incluem nos seus registos de enfermagem a implementação de medidas de diminuição do risco de queda	Pelo menos 95% dos enfermeiros inclui nos seus registos a implementação destas medidas	
		Percentagem de enfermeiros que são capazes de demonstrar conhecimento sobre a implementação de contenção física e quimica aos doentes e os seus riscos	Pelo menos 90% dos enfermeiros é capaz de demonstrar este conhecimento	

Tabela 15 - Proposta de intervenção para a diminuição do número de quedas

5.3 Resultados das auditorias

Os resultados obtidos nas auditorias ao serem divulgados aos serviços, servem como modelo para a perceção do trabalho que está a ser realizado pelos profissionais de saúde com vista a mitigar o risco de queda ao mínimo possível. Assim, é importante que através da análise destes resultados se possa perceber onde é que é necessário implementar um maior esforço de melhoria e onde é que já estamos nos resultados desejáveis. Assim a proposta de intervenção apresentada na Tabela 16 visam o alcance da melhoria desejada.

População alvo	Medidas a implementar	Indicadores chave de desempenho	Metas	Duração
Enfermeiros chefes dos serviços médico-cirúrgicos	Identificar, através dos relatórios das auditorias mensais, quais são as medidas que apresentam menores taxas de conformidade	Percentagem de melhoria de conformidade média das medidas a implementar	A percentagem de melhoria deve ser de pelo menos 50%	1 ano
	Realizar reuniões mensais com os enfermeiros do serviço para divulgação dos resultados e planeamento de intervenções que visam melhorar os resultados	Percentagem de medidas que melhoraram a taxa de conformidade depois da impletação das intervenções	A percentagem de melhoria deve ser de pelo menos 50%	
	Realizar uma análise comparativa entre avaliações por forma a perceber qual é a tendência geral do serviço e se as intervenções discutidas estão a ser implementadas	Gráfico demonstrrativo da tendencia de evolução das taxas de conformidade de cada medida e do serviço de forma global	O gráfico deve espelhar as metas anteriores e demonstrar uma evolução positiva ao longo de um ano	
	Participar, pelo menos duas vezes por ano, em reuniões com os outros chefes de serviços onde devem apresentar os resultados obtidos e as medidas implementadas	Percentagem de enfermeiros chefes presentes nas reuniões e frequência das mesmas	Pelo menos 95% dos enfermeiros chefes partiparam em 2 reuniões no ano	
	Elaborar planos de intervenção que devem ser divulgados aos profissionais que trabalham no serviço sobre formas de melhorar a implementação das medidas perconizadas	Percentagem de implementação das intervenções discutidas para serem implementadas	Pelo menos 60% dos enfermeiros inclui nos seus registos a impletação das intervençõess discutidas	

Tabela 16 - Proposta de intervenção para a melhoria dos resultados das auditorias

6. Conclusão

O tópico das quedas em meio hospitalar constitui uma grande preocupação das instituições que prezam pela excelência dos cuidados e pela segurança do doente. Assim, é cada vez mais comum verificarmos a existência de cabrinetes, próprios das instituições, dedicados exclusivamente ao acompanhamento das normas*, guidelines*, definições e princípios que são definidos por organizações a nível internacional, como a OMS, e nacional, como a DGS. No entanto, para além de ser importante o conhecimento do estado da arte relativo a eventos que põem em causa o bem estar do seu principal cliente, é ainda mais importante a forma como as instituições se movimentam para garantir esta segurança e qualidade.

A literatura aponta para que a ocorrência de quedas é evitável se forem adotadas as medidas preconizadas para a minimização do risco de quedas. Para que se possa garantir que os cuidados são prestados de forma segura é então necessário que exista uma ligação muito próxima entre a prática empírica e o conhecimento científico. Para isso é preciso que exista um esforço dedicado para conhecer os tipos de eventos de queda mais comuns na instituição, quais são as suas causas, o que estamos a fazer para mitigar a sua ocorrência e sobretudo onde é que podemos fazer mais.

É neste sentido que surge o objetivo principal desta tese: investigar as quedas dos adultos em internamento médico-cirúrgico num hospital público português, nomeadamente definindo o perfil destes doentes e propondo novas medidas, que ao serem implementadas no Hospital possam reduzir o peso destes eventos na organização.

Para dar resposta a este objetivo foram recolhidos e analisados os dados fornecidos pelo gabinete de gestão de risco do hospital em questão, relativos ao primeiro semestre de 2023, que incluem dados retirados dos reportes HER+ e as auditorias realizadas. A partir destes foi então definido o perfil do doente que caiu neste período, as características mais comuns das quedas e foram levantados os problemas encontrados relativamente aos resultados das auditorias. De seguida foram realizadas propostas de intervenção por forma a melhorar os resultados obtidos.

Relativamente aos principais resultados foi possível definir um perfil característico do doente que caiu no 1º e 2º trimestre de 2023. Assim, este corresponde a um doente com idades compreendidas entre os 68 e os 85 anos, do sexo masculino, internado na cirurgia A ou na medicina C, E ou G, por diagnósticos associados a infeções, doenças crónicas agudizadas, neoplasias ou AVCs. Este é ainda um doente que apresenta um grau de dependência total ou grave, com períodos de confusão. Este doente também já estaria avaliado pela Escala de Morse como sendo de alto risco para a queda.

Relativamente ao perfil mais comum das quedas neste período, estas ocorreram tendencialmente no 1º trimestre do ano, nomeadamente no mês de Março e decorrem no

período da manhã. São quedas de gravidade ligeira ou nenhuma que ocorrem devido a alterações do estado de saúde dos doentes, mais frequentemente a desorientação ou falta de força nos membros. Estas envolvem maioritariamente o cadeirão e ocorrem por o doente escorregar. São quedas presenciadas, tipicamente sem lesão. Quando ocorre lesão, o tipo de dano mais comum é físico. São ainda quedas frequentemente definidas como prováveis de voltar a acontecer.

No que diz respeito aos resultados das auditorias realizadas no 1º e 2º semestre de 2023, os resultados entre os dois trimestres são bastante semelhantes. Não é possível concluir que existiu uma melhoria geral na implementação das medidas, apesar dos responsáveis dos serviços terem acesso aos resultados obtidos mensalmente. O serviço H é o serviço com menor percentagem de doentes com alto risco de queda, por outro lado, os serviços de medicina B e cirurgia B são os que apresentam maior percentagem de doentes com alto risco de queda. Os serviços que apresentam piores resultados no que se refere à percentagem média de conformidade são a cirurgia A, medicina A e medicina G, mas de modo geral, os demais serviços apresentam resultados bastante positivos, já que, apresentam percentagens médias de conformidade acima de 90%.

As propostas de intervenção são dividias em 3 grandes grupos o primeiro relativo a falhas processuais, o segundo relativo às características do doente que caiu e o terceiro relativo ao resultado das auditorias. E incluem intervenções como formações, apresentações, reuniões e avaliações, direcionadas aos profissionais de saúde que trabalham nos serviços médico-cirúrgicos.

O presente estudo tem três limitações que podem eventualmente enviesar os resultados obtidos. A primeira é relativa à dimensão da amostra utilizada para o estudo, uma vez que apenas foram considerados os registos de notificações de quedas em internamentos médico-cirúrgicos no hospital em estudo ocorridas no primeiro semestre de 2023. No entanto, de acordo com os gestores do hospital, não há razões para crer que este semestre seja significativamente diferente de outros períodos. Caso o semestre em estudo seja significativamente diferente de outros semestres, a extrapolação dos resultados para a população e a análise de relações entre variáveis pode ter algum enviesamento. Variáveis como o mês onde ocorreram mais quedas, ou o intervalo horário onde estas mais ocorreram são as variáveis onde isto se torna mais evidente, surgindo a questão de se os resultados se manteriam caso a amostra fosse maior e incluísse outros períodos do ano.

A segunda limitação prende-se com o modo como os reportes na aplicação HER+ estão preenchidos. Como foi descrito ao longo da análise, não só muitas variáveis apresentam preenchimento incompleto, como se encontraram algumas incongruências no preenchimento do formulário. O facto do reporte de incidentes, neste caso das quedas, na plataforma HER+ do sistema NOTIFICA, criado pela DGS, ser voluntário, anónimo e confidencial pode também

afetar a forma como o preenchimento é realizado. A natureza voluntária e anónima pode contribuir para a desresponsabilização de quem tem de realizar o reporte, e não é comum quando comparada com o reporte de incidentes de segurança noutras áreas. Isto é especialmente evidente no número de incidentes que é reportado de forma incompleta, existindo até parâmetros onde a "não resposta" representa a maior fatia percentual da amostra. Para além disto, a maioria dos reportes representarem quedas sem lesão é contraditório à bibliografia apresentada que coloca a ocorrência de quedas como um evento com grande peso para as instituições e para os doentes. Questiona-se assim se eventos de quedas mais graves não ficaram por reportar, devido à natureza voluntária do reporte.

A terceira limitação acontece pela ausência de alguns dados nos resultados das auditorias. Existem avaliações em serviços onde, durante vários meses, foram auditados zero doentes com alto risco de queda. Após o contacto com a instituição para esclarecimento no que toca à realidade dos dados, não foi dada a garantia de quais dados correspondia efetivamente o valor de zero doentes e quais correspondiam à não realização de auditoria. Isto gera alguma incerteza sobre a validade e veracidade dos dados apresentados pelas auditorias e usados como base para criar propostas de melhoria. Para além disso, os resultados das auditorias revelam um número elevado de conformidades médias superior a 90%, sendo que os enfermeiros auditores trabalham em serviços diferentes daqueles auditados, mas no mesmo hospital. É então de ponderar se isto será suficiente para a independência dos resultados e se não é um fator que contribui para a diminuição da qualidade dos mesmos.

Assim, para a realização de um estudo posterior que conseguisse dar resposta ao objetivo proposto de forma correta e completa a minha proposta seria estender o tamanho da amostra em estudo pelo menos para um período de vários anos, caso existam dados registados para esse intervalo. Tal seria o ideal para que fosse possível o estabelecimento de padrões. Para além disso permitiria ao autor a criação de padrões relevantes e, consequentemente, ter maior confiança sobre a adequação das medidas propostas à realidade dos internamentos.

De forma a melhorar a qualidade dos dados sugiro que se pondere a alteração da natureza voluntária e anónima dos registos, uma vez que apesar desta se destinar a encorajar o reporte, fica a questão de se não estará a contribuir para a insuficiência de dados reais. A manutenção da confidencialidade dos dados e a implementação de uma política de transparência, responsabilidade e de defesa do trabalhador daria a segurança necessária aos profissionais para reportarem, sem medo de represálias, os incidentes de forma clara e completa. Relativamente aos dados das auditorias, na minha opinião seria de ponderar se não seria benéfico que estas fossem realizadas por enfermeiros de, pelo menos, outros

hospitais, diminuindo o risco de enviesamento e potencialmente aumentando a fiabilidade dos dados recolhidos.

Por último considero ainda que seria importante a comparação dos resultados obtidos com os de outros hospitais públicos portugueses.

Referências Bibliográficas

Administração Central de Serviços de Saúde. (Janeiro, 2024). Produção e Rácios de eficiência.https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficInternamentoDashboard

Boffin, N., Moreels, S., Vanthomme, K., Casteren, V. V., (2014, fevereiro) Falls among older general practice patients: a 2-year nationwide surveillance study. *Family Practice,* 31 (3), 281-289. doi:10.1093/fampra/cmu002

Carroll, D. L., Dykes, P. C., & Hurley, A. C. (2010). Patients' perspectives of falling while in an acute care hospital and suggestions for prevention. Applied Nursing Research, 23(4), 238–241.

Cerilo, P. C., Siegmund, L. A., (2022, fevereiro). Pilot testing of nurse led multimodal intervention for falls prevention. Geriatric Nursing, 43, 242-248. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.12.002

Cho, I., Jin, I. S., Park, H., Dykes, P. C., (2021, novembro). Clinical Impact of an Analytic Tool for Predicting the Fall Risk in Inpatients: Controlled Interrupted Time Series. *Journal of Medical Internet Research*, 9 (11), e26456. doi: 10.2196/26456

DGS. (2019). *Norma 008/2019 Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.* Departamento de Qualidade e Segurança, Ministério da Saúde.

DGS. (2011). *Norma 054/2011 Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Departamento de Qualidade e Segurança, Ministério da Saúde.

DGS (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Ministério da Saúde.

DGS. (2022). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Ministério da Saúde.

Fischer, I. D., et al. (2005). Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. Infection Control and Hospital Epidemiology, 26(10), 822–827. DOI: 10.1086/502500.

JCR (2017). Root Cause Analysis in Health Care. Tools and Techniques. The Joint Commission. 6a edição.

Kim, J., Lee, E., Jung, Y., Kwon, H., Lee, S., (2022, março). Patient-level and organizational-level factors influencing in-hospital falls. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 3641-3651. DOI: 10.1111/jan.15254

King, B., Pecanac, K., Krupp, A., Leibzeit, D., Mahoney, J., (2016, julho). Impact of Fall Prevention on Nurses and Care of Fall Risk Patients. The Gerontological, 1-10. doi:10.1093/geront/gnw156.

Lim, M. L., Seow, J. P., Ang, S. Y., Lopez, V., (2018, junho). Disparity between perceived and physiological risks of falling among older patients in an acute care hospital. *Applied Nursing Research,* 42, 77-82. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.010

McInnes, E., & Askie, L. (2004). Evidence review on older people's views and experience of fall prevention strategies. Worldview on Evidenced- Based Nursing, 1, 20−37.

Mobbs, R. J., Natarajan, P., Fonseka, R. D., Betteridge, C., Ho, D., Mobbs, R., Sy, L., Maharaj, M., (2022, março). Walking orientation randomness metric (WORM) score: pilot study of a novel gait parameter to assess walking stability and discriminate fallers from non-fallers using wearable sensors. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 23, 304. https://doi.org/10.1186/s12891-022-05211-1

Morello, R. T., Barker, A. L., Watts, J. J., Halnes, T., Zavarsek, S. S., Hill, K. D., Brand, C., Sherrington, C., Wolfe, R., Bohensky, M. A., Stoelwinder, J. U., (2015, novembro). The extra resource burden of in-hospital falls: a cost of falls study. *The Medical Journal Of Australia,* 203 (9), 367.e1-367e8. doi: 10.5694/mja15.00296

NHS (2018). *Never Events policy and framework*. Nacional Health Service Improvement.

Spano-Szekely, L., Winkler, A., Waters, C., Dealmeida, S., Brandt, K., Williamson, M., Blum, C., Gasper, L., Wright, F., (2018, setembro). Individualized Fall Prevention Program in an Acute Care Setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(2), 127-132. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000344

Sadowski, C. A., Jones, C. A., Gordon, B., & Feeny, D. H. (2007). Knowledge of risk factors for falling reported by patients with Parkinson disease. The Journal of Neuroscience Nursing, 39(6), 336–341.

Teixeira, T. C., & Cassiani, S. H. B., (2014, Março). Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27 (2) 100-7. https://doi.org/10.1590/1982-0194201400019

Titler, M. G., Conlon, P., Reynolds, M. A., Ripley, R., Tsodikov, A., Wilson, D. S., Montie, M., (2016). The effect of translating research into practice intervention to promote use of evidence-based fall prevention interventions in hospitalized adults: A prospective pre-post implementation study in the U.S.. *Applied Nursing Research*, 31, 52-59. http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.12.004

Tung, E.E., & Newman, J. S., (2014, abril). Fall Prevention in Hospitalized Patients. *Hospital Medicine Clinics*, 3 (2), e189-e201. https://doi.org/10.1016/j.ehmc.2013.11.005

RISI (2021). Registo de incidentes. *Gestão do Risco Hospitalar*. Versão 2021.11.01.00.

Wiegmann, S., Armbrechr, G., Borucki D., Buehring, B., Buttgereit, F., Detzer, C., Schaumburg, D., Zeiner, K. N., Dietzel, R., (2022, junho). Balance and prospective falls in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskelet Disord*, 23 (1), 549. doi: 10.1186/s12891-022-05489-1

Woltsche, R.; Mullan, L.; Wynter, K.; Rasmussen, B., (2022, outubro) Preventing Patient Falls Overnight Using Video Monitoring: A Clinical Evaluation. *Int. J. Environ. Res. Public*. *19*(21), 13735; **https://doi.org/10.3390/ijerph192113735**

Word Health Organization. (2021, abril). Falls https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls

Yardley, L., Donovan-Hall, M., Francis, K., & Todd, C. (2006). Older people's view of advice about fall prevention. Health Education Research, 21, 508−517.

Zecevic, A. A., Salmoni, A. W., Speechley, M., & Vandervoort, A. A. (2006). Defining a fall and reasons for falling: Comparisons among views of seniors, health care providers, and the research literature. Gerontologist, 46, 367−376.

Anexos

Anexo A – Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

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

Fonte: DGS, 2019

Anexo B - Targeted Risk Factor Fall Prevention Bundle

Fatores de risco comuns	Intervenções para a redução das quedas para cada faotr de risco
Mobilidade (desiquilibrio, falta de força dos membros inferiores, necessidade de ajuda para sair da cama)	1. Deambular 3 a 4 vezes por dia com ajuda, a não ser que contraindicado; 2. Referenciação para medicina física e reabilitação para avaliação do equilibriio e força e treino de acordo com as necessidades; 3. Atividades com alto grau de movimento 3 vezes por dia; 4. Minimizar a utilização de equipamento que restrinja a mobilidade (imobilizadores); 5. Assegurar o uso de equipamento adequado para facilitar a deslocação (canadianas, andarilho).
Eliminação: Incontinência urinária e intestinal	1. Programar idas à casa de banho acompanhado; 2. Mesa de cabeceira acessível; 3. Reduzir administração de diuréticos depois das 5 da tarde, de forma a minimizar a necessidade de ir à casa de banho durante a noite; 4. Vigiar sinais de infeção urinária; 5. O profissional não se deve estar à distancia de mais de um braço quando o doente se encontra na casa de banho.
Medicação (sedativos; anti-depressivos; anticonvulsivamentes; benzodiazepinas; polimedicação)	1. O Farmaceutico deve rever a medicação e ofernecer recomendações; 2. Minimização do número de medicação; 3. Auxiliar na ida à casa de banho antes de administrar medicação analgésica sempre que possível;
Estado mental e cognitivo (agitação,	1. Avaliar sinais de delirium;

confusão, desorientação; défice cognitivo)	2. Evitar medicamentos de alto risco sempre que possível; 3. Monitorizar eletrólitos; 4. Encorajar a manutenção de ciclos de sono noturnos e não diurnos; 5. Controlar a dor; 6. Reavaliação a cada 1-2h;
Risco para lesões graves após a queda (osteoperose; medicação anticoagulante; pós-operatório)	1. Indentificar os doentes com alto risco de lesão decorrente de queda; 2. Auxiliar os doentes na ida à casa de banho de forma períodica; 3. Colocar a cama no nível mais baixo; 4. Considerar colocar tapete ao lado da cama quando o doente está deitado; 5. Auxiliar na ida à casa de banho antes de administrar medicação analgésica sempre que possível;

Fonte: Titler et al, 2016

Anexo C – Escala de Barthel

1.Alimentação	
Independente	❑10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	❑ 5
Dependente	❑ 0
2.Transferências	
Independente	❑15
Precisa de alguma ajuda	❑10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	❑ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	❑ 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	❑ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	❑ 0
4.Utilização do WC	
Independente	❑10
Precisa de alguma ajuda	❑ 5
Dependente	❑ 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	❑ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	❑ 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	❑15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	❑10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	❑ 5
Imóvel	❑ 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	❑10
Precisa de ajuda	❑ 5
Dependente	❑ 0
8.Vestir	
Independente	❑10
Com ajuda	❑ 5
Impossível	❑ 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	❑10
Acidente ocasional	❑ 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	❑ 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	❑10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	❑ 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	❑ 0

Fonte: DGS, 2011