



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Quedas em doentes idosos hospitalizados: causas, efeitos e severidade

Mónica Raquel Gonçalves César

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadoras:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora
Associada

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Mestre Susana Maria Sardinha Vieira Ramos, Enfermeira Gestora
Unidade Local de Saúde São José

Outubro, 2024

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Quedas em doentes idosos hospitalizados: causas, efeitos e severidade

Mónica Raquel Gonçalves César

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadoras:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora
Associada

Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Mestre Susana Maria Sardinha Vieira Ramos, Enfermeira Gestora
Unidade Local de Saúde São José

Outubro, 2024

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

(Madre Teresa de Calcutá)

Agradecimentos

À Professora Generosa do Nascimento, por todos os ensinamentos, paciência, orientação e profissionalismo com que me orientou neste trabalho.

À Enfermeira Susana Ramos, a disponibilidade, transmissão de conhecimentos e carinho com que me tratou durante a sua orientação.

À Enfermeira Ana Marinho pela ajuda e apoio na análise dos dados.

Ao meu marido Pedro, pela paciência, apoio e carinho que me dedicou neste novo desafio da minha vida.

À minha filha Carolina, por todo o tempo que dispensou comigo para eu poder dedicar-me a este projeto e que tantas vezes me perguntou se a minha escola estava a correr bem.

À minha família pelo apoio incansável.

À Amélia e à Rita pelas horas infindáveis que passámos no Iscte, obrigada pela ajuda e apoio.

Às minhas queridas amigas, Margarida, Cátia, Patrícia e Susana, pela força e motivação que me deram quando mais precisei. E com um mega casamento pelo meio!

À Laurina, obrigada pela leitura.

A todos os meus amigos que de uma maneira ou outra me apoiaram quando faltei a convívios para me dedicar a este projeto.

Aos meus colegas da saudosa medicina 2.4., obrigada pela vossa disponibilidade.

E por último, aos meus colegas e professores do Iscte que tornaram possível o realizar de mais um sonho!

Resumo

Em todo o mundo, as quedas continuam a ser um dos principais motivos de lesões e mortalidade, representando um desafio iminente para os sistemas de saúde, a nível de ocupação de camas hospitalares, protocolos de segurança e gestão de recursos humanos, numa tentativa de mitigação deste fenómeno.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as quedas continuam a ser um problema de saúde global, e são a segunda causa de morte accidental, com aproximadamente 684.000 mortes por ano. Em Portugal, os dados da Direção-Geral da Saúde, nos internamentos entre 2017 e 2018, revelam uma média anual de oito mil quedas.

O objetivo deste estudo de caso, retrospectivo, de carácter quantitativo e qualitativo, transversal e exploratório, é caracterizar o fenómeno queda e as suas causas, efeitos e severidade num serviço de internamento de medicina da ULS São José. Como técnicas de recolha de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde deste serviço clínico, análise documental e recolhidos dados do sistema de notificação interno de incidentes do doente.

Os resultados revelam que neste serviço de internamento de medicina da ULS São José, no ano de 2022, ocorreram 48 incidentes em 41 doentes com 65 anos ou mais. A maior parte dos doentes caiu uma vez, mas existem doentes com múltiplos episódios, com causas multifatoriais, ocorrendo as quedas principalmente no turno da manhã. A maior parte dos incidentes não provocou dano, mas existiram ocorrências que levaram a danos significativos. Face aos resultados obtidos e à revisão de literatura efetuada apresenta-se um projeto de intervenção de mitigação das causas identificadas.

Palavras chave: queda, pessoa idosa, causas, efeitos, severidade, prevenção

Classificação JEL:

I10 - Geral

I12 - Comportamento de saúde

Abstract

Worldwide, falls continue to be one of the leading causes of injury and mortality, representing an imminent challenge for healthcare systems regarding hospital bed occupancy, safety protocols, and human resource management in an effort to mitigate this phenomenon.

According to the World Health Organization, falls remain a global health issue and are the second leading cause of accidental death, with approximately 684,000 fatalities each year. In Portugal, data from the Direção-Geral da Saúde, regarding hospitalizations between 2017 and 2018, reveal an annual average of eight thousand falls.

The objective of this retrospective, quantitative and qualitative, cross-sectional, and exploratory case study is to characterize the fall phenomenon and its causes, effects, and severity in the inpatient medicine service of ULS São José. Data collection techniques included semi-structured interviews with healthcare professionals in this clinical service, document analysis, and data collected from the internal patient incident reporting system.

The results reveal that, in this inpatient medicine service of ULS São José, 48 incidents occurred among 41 patients aged 65 or older in the year 2022. Most patients fell once, though some experienced multiple episodes with multifactorial causes, primarily occurring during the morning shift. Most incidents did not result in harm, though some led to significant injuries. Based on the results and a literature review, an intervention project is proposed to mitigate the identified causes.

Keywords: fall, elderly person, causes, effects, severity, prevention

JEL classification:

I10 - General

I12 - Health Behavior

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo	v
Abstract.....	vii
Índice de tabelas	xi
Índice de figuras	xi
Índice de gráficos	xi
Glossário de siglas	xiii
Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento teórico	5
1.1. Segurança do doente e risco clínico	5
1.2. O envelhecimento no mundo e em Portugal.....	9
1.3. O estado funcional do idoso.....	10
1.4. A fragilidade no idoso	12
1.5. O fenómeno queda.....	13
1.5.1. Tipo de quedas.....	13
1.5.2. Escala de Quedas de Morse.....	15
1.5.3. Fatores de risco das quedas	16
1.5.4. Prevenção de quedas	17
Capítulo 2 – Metodologia	21
2.1. Método.....	21
2.2. Técnicas de recolha de dados.....	21
2.2.1. População e amostra	23
2.3. Técnicas de análise de dados	24
Capítulo 3 – Diagnóstico da Organização	25
3.1. Caracterização da ULS São José.....	25
3.1.1. O serviço de internamento de medicina	25

3.2. Resultados obtidos.....	26
3.2.1. Sistema interno de notificações: apresentação dos dados.....	26
3.2.2. Sistema interno de notificações: análise dos dados	28
3.2.3. A severidade do fenómeno queda.....	31
3.2.4. Análise das entrevistas semiestruturadas	34
3.3. Análise crítica	36
Capítulo 4 – Projeto de intervenção	41
Conclusão.....	51
Fontes.....	55
Referências Bibliográficas	57
Anexos	63
Anexo A – Escala de Quedas de Morse adaptada à língua portuguesa	63
Anexo B – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde	65
Anexo C – Entrevistas semiestruturadas.....	67
Anexo D – Transcrição das entrevistas semiestruturadas	73
Anexo E – Gráficos relativos à análise dos dados do sistema interno de notificações.....	97
Anexo F – Metodologia de Gioia, Corley e Hamilton.....	107

Índice de tabelas:

Tabela 1 - Taxonomia do erro	7
Tabela 2 - Fatores de risco de queda	16
Tabela 3 - Medidas de prevenção de quedas	19
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos participantes nas entrevistas semiestruturadas	34
Tabela 5 - Sinalética para identificação do doente com alto risco de queda	48
Tabela 6 - Cronograma de aplicação do projeto de intervenção	49
Tabela 7 - Escala de Quedas de Morse adaptada à língua portuguesa	63
Tabela 8 - Análise das entrevistas semiestruturadas pela metodologia de Gioia, Corley e Hamilton (2013)	107

Índice de figuras:

Figura 1 - Tipo de quedas segundo Morse.....	14
Figura 2 - Logotipo do projeto de intervenção	41

Índice de gráficos:

Gráfico 1 - Causas das quedas	97
Gráfico 2 - Hora da queda.....	97
Gráfico 3 - Queda presenciada.....	97
Gráfico 4 - Quem presenciou a queda	98
Gráfico 5 - Tipo de dano e número de quedas	98
Gráfico 6 - Sexo do doente com queda.....	98
Gráfico 7 - Relação entre a idade e o sexo do doente com queda.....	99
Gráfico 8 - Relação entre a idade e o número de quedas.....	99
Gráfico 9 - Motivo das quedas	99
Gráfico 10 - Tipo de superfície/material envolvido na queda	100
Gráfico 11 - Ocorrência de lesão.....	100
Gráfico 12 - Tipo de dano.....	100
Gráfico 13 - Medidas mais frequentemente tomadas	101
Gráfico 14 - Medidas menos frequentemente tomadas	102

Gráfico 15 - Avaliação do risco prévio à queda.....	103
Gráfico 16 - Grau de risco prévio à queda.....	103
Gráfico 17 - Destino do doente com queda após alta clínica.....	103
Gráfico 18 - Motivo da queda – Estado de saúde do doente	104
Gráfico 19 - Motivo da queda – Fatores ambientais	105
Gráfico 20 - Motivo das quedas – Outros motivos	105
Gráfico 21 - Local da lesão	106
Gráfico 22 - Danos psicológicos e danos físicos	106

Glossário de siglas

AGS – *American Geriatrics Society*
AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diária
AO – Assistente Operacional
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD's – Atividades de Vida Diárias
BGS – *British Geriatrics Society*
CE – Crânio-encefálico
CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central
CHULC – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS – Direção-Geral da Saúde
EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
EQM – Escala de Quedas de Morse
EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes
HCC – Hospital Curry Cabral
HDE – Hospital Dona Estefânia
HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos
HSJ – Hospital São José
HSM – Hospital Santa Marta
INE – Instituto Nacional de Estatística
IOM – *Institute of Medicine*
MAC – Maternidade Alfredo da Costa
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
RMN – Ressonância Magnética Nuclear
RX – Raio X
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TAC – Tomografia Computorizada
ULS – Unidade Local de Saúde
UUM – Unidade de Urgência Médica

Introdução

Nos sistemas de saúde atuais, a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde é uma realidade e uma preocupação, tornando necessário reduzir estes incidentes através da aplicação de processos adequados a esta mudança (PNSD 2021-2026).

A queda de pessoas idosas hospitalizadas continua a ser uma questão atual e comum na nossa realidade hospitalar. Entre 2010 e 2018, ocorreram 383.016 internamentos relacionados com episódios de queda em 344.728 pacientes, o que corresponde a 2,1% do total de internamentos no mesmo período (Sampaio, Nogueira, Ascensão, *et al.*, 2021).

Para melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde, tem-se verificado um esforço das instituições para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, através da mudança ou reeducação de rotinas clínicas como a notificação de erros, a redução de eventos adversos, a implementação de padrões de liderança para medir e melhorar a cultura de segurança, a elaboração de fichas técnicas e de práticas seguras, entre outras estratégias (Weaver, Lubomksi, Wilson, *et al.*, 2013).

As quedas de pessoas idosas hospitalizadas não são apenas eventos isolados, mas um problema de saúde pública que exige uma atenção cada vez maior. Os idosos são particularmente vulneráveis a quedas devido a múltiplos fatores como alterações neurológicas (demências, acidente vascular cerebral [AVC] ou perturbações do movimento), alterações musculoesqueléticas (osteoartrite, fraqueza muscular ou deformidades articulares), perturbações sensoriais (deficiência visual ou auditiva ou neuropatia periférica), doenças cardiovasculares (hipotensão ortostática, arritmias ou síncope), condições médicas crónicas (anemia, doença pulmonar ou depressão), polimedicação, abuso de álcool ou ainda hospitalização recente (Moylan & Binder, 2007).

Depois das causas cardiovasculares, neoplásicas, cerebrovasculares e pulmonares, as lesões não intencionais resultantes das quedas são a quinta principal causa de morte em idosos (American Geriatrics Society [AGS], British Geriatrics Society [BGS] & American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention, 2001).

As consequências das quedas variam desde lacerações, lesões dos tecidos moles ou fraturas. Grande parte dos idosos que caem apresentam decadência funcional, verificando-se que cerca de 20% dos idosos morrem no prazo de um ano devido a fratura da anca. Consequentemente, cair pode gerar uma síndrome pós-queda que pode incluir dependência, perda de autonomia, imobilização, isolamento e depressão, o que conduzirá a uma maior dependência na realização das atividades de vida diárias (AVD's) o que, inevitavelmente, conduz a perda de confiança e

pior qualidade de vida, levando a maior probabilidade da pessoa idosa voltar a cair (Falsarella, Gasparotto & Coimbra, 2014).

Durante o internamento, as quedas sofridas pelo doente, são dos fenómenos que mais impacto apresenta na quebra de segurança deste e são, na maioria das vezes, o motivo pelo qual o número de dias de internamento aumenta e as condições de recuperação pioram (Abreu, Mendes, Monteiro, *et al.*, 2012).

Na hospitalização, a queda de doentes continua a ser uma preocupação na gestão dos serviços de saúde pelo que importa identificar as variáveis que contribuem para este fenómeno, analisar os problemas existentes nas unidades de saúde, realizar um correto diagnóstico e desenvolver planos de ação que vão de encontro à resolução ou minimização do problema, e fazer o acompanhamento do processo de intervenção que avalia a evolução da mudança.

Propõem-se como objetivo geral deste estudo caracterizar o fenómeno das quedas no contexto do internamento hospitalar.

Como objetivos específicos, - 1) Identificar as causas que contribuem para o risco de quedas num serviço de internamento de medicina da Unidade Local de Saúde (ULS) São José; - 2) Avaliar os efeitos e consequências da queda nos doentes idosos internados num serviço de medicina da ULS São José; - 3) Classificar os pontos críticos de acordo com a severidade e a probabilidade de ocorrência de quedas num serviço de internamento de medicina da ULS São José; - 4) Definir um plano de intervenção para a prevenção de quedas em doentes idosos internados num serviço de medicina da ULS São José.

Este estudo recorre à análise e tratamento dos dados relativos a episódios de queda, registados no sistema de notificação de incidentes interno da ULS São José, a entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde que exercem funções na medicina em estudo, utilizando a metodologia Gioia, Corley e Hamilton para a sua análise.

Relativamente à estrutura deste documento, no capítulo 1 é realizada uma revisão de literatura acerca da temática das quedas, incluindo a segurança do doente e o risco clínico, o envelhecimento e a sua demografia, o estado funcional do idoso e a sua fragilidade, o fenómeno queda (tipos de quedas, fatores de risco, prevenção de quedas e a Escala de Quedas de Morse [EQM]). O capítulo 2 trata da metodologia utilizada, o método, as técnicas de recolha e análise de dados. O capítulo 3 compreende o diagnóstico efetuado ao serviço de internamento e a caracterização deste. Neste capítulo são abordados os dados das quedas que ocorreram nesta medicina no ano de 2022, quais os resultados obtidos através destes dados, a severidade de alguns episódios de queda, a análise das entrevistas semiestruturadas realizadas aos profissionais de saúde e é efetuada uma análise crítica aos pontos descritos. No capítulo 4 é

delineado um projeto de intervenção a ser aplicado neste serviço de internamento com vista à prevenção de quedas. Na conclusão é realizada uma análise sumária dos dados obtidos e analisados e são elaboradas as considerações finais. No final, são apresentadas as fontes e as referências bibliográficas utilizadas e os anexos referidos ao longo deste projeto.

Capítulo 1 – Enquadramento teórico

1.1. Segurança do doente e risco clínico

Florence Nightingale, no prefácio do seu livro, *Notes on Hospitals*, estabeleceu as bases do conceito de segurança do doente ao escrever "*Pode parecer um princípio estranho enunciar como o primeiro requisito de um hospital que ele não cause mal aos doentes. É, no entanto, bastante necessário estabelecer tal princípio...*" (Nightingale, 1863, p. iii)

O tema da segurança do doente foi catapultado para a atenção mundial quando Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) publicaram, nos Estados Unidos da América, o livro "*To Err Is Human: Building a Safer Health System*". Neste, os autores estimavam que até 98 mil pessoas morriam, por ano, devido a erros clínicos ocorridos em hospitais, sendo este número superior ao de mortes por acidentes de viação, cancro da mama ou SIDA. De facto, mais pessoas perdem a vida anualmente devido a erros de medicação do que por acidentes laborais. Quando se adiciona o custo financeiro à tragédia humana, o erro clínico rapidamente ascende ao topo dos problemas públicos urgentes e generalizados. Os autores não pretendiam culpabilizar os profissionais de saúde que cometiam erros. O seu intuito era dar ênfase aos erros clínicos e às suas consequências, visando reduzir os mesmos e melhorar a segurança do doente através de um sistema de saúde mais seguro, incentivando a notificação dos erros por parte dos profissionais, encorajando a que outros aprendessem com os erros cometidos.

Em 2001, o *Institute of Medicine* (IOM), estabelecia as componentes fulcrais para a qualidade em saúde. Estas incluíam: - 1) a segurança, evitando provocar lesões aos doentes com os cuidados prestados; - 2) a eficácia/efetividade, prestando cuidados baseados em conhecimento científico; - 3) o cuidado centrado no doente, com a prestação de cuidados que respeitassem as preferências, necessidades e valores do doente; - 4) cuidados acessíveis em tempo adequado; - 5) a eficiência, evitando desperdício, tanto de equipamento, ideias ou energia; e - 6) a equidade, com a prestação de cuidados sem discriminação dos doentes.

Um dos grandes desafios para as organizações de saúde no século XXI continua a ser a segurança do doente (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017). Estas, num contexto de complexidade crescente e transformações velozes, o cuidado centrado no doente e na família, bem como uma administração holística corporativa, com vista a garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, procuram abordagens eficazes e eficientes que proporcionem ganhos para a saúde (Pires, Ramos & Barroso, 2021).

A OMS (2021, p. vii) define o conceito de segurança do doente como *"uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que consistentemente e sustentavelmente reduzem os riscos, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto do dano quando ele ocorre."*

Atualmente, o dano ao doente devido a cuidados inseguros, representa um desafio significativo e crescente para a saúde pública global e é uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. A maioria desses danos é evitável. Os incidentes de segurança podem resultar em morte, incapacidade e sofrimento para os doentes e as suas famílias. Os custos financeiros e económicos decorrentes de falhas de segurança são elevados. Frequentemente, há uma diminuição na confiança e na credibilidade dos utentes nos sistemas de saúde quando tais incidentes são divulgados. Em média, um em cada dez doentes enfrenta um evento adverso durante a prestação de cuidados hospitalares em países desenvolvidos. As evidências disponíveis indicam que ocorrem cerca de 134 milhões de eventos adversos devido a cuidados inseguros em hospitais de países menos desenvolvidos, contribuindo para aproximadamente 2,6 milhões de mortes anualmente (OMS, 2021).

A prestação de cuidados de saúde envolve riscos, tanto para os doentes como para os profissionais que os prestam. Esta atividade de risco implica a eventualidade de eventos incertos e indesejáveis, por vezes prejudiciais. Estes eventos representam desvios do previsto ou erros, sendo que alguns casos são evitáveis e, em cerca de metade dos casos, completamente inevitáveis (Fragata, 2011).

Se por um lado os erros podem não ter efeitos perturbadores, podendo causar algumas perturbações nos percursos dos tratamentos e não causar qualquer dano físico ao doente, podem, no entanto, provocar quebras de expectativas, demoras no tratamento ou gastos acrescidos. Por outro lado, os erros podem causar dano, desde danos menores (transitórios e recuperáveis) como danos *major* (com sequelas severas e até mesmo irreversíveis) ou até mesmo a morte.

Torna-se importante a definição de alguns conceitos chave acerca da segurança do doente. Segundo Fragata (2011), a taxonomia do erro divide-se em vários conceitos, aqui definidos os mais relevantes (tabela 1).

Tabela 1 - Taxonomia do erro

Conceito	Definição
Erro	É a falha na realização de um objetivo devido à inadequação do plano utilizado ou à divergência do plano previamente estabelecido. Essa discrepância do esperado implica que o erro tenha sido involuntário e pressupõe a existência de um plano anterior.
Erro sem dano	Ocorre quando um erro poderia ter causado prejuízo, mas não o fez. Quando existe uma intervenção humana e/ou do sistema que previne o dano, estes erros sem consequências são designados de <i>near miss</i> .
Risco inerente	Risco clínico intrínseco a um determinado diagnóstico ou tratamento, mesmo quando realizados em condições ideais, com o melhor equipamento e a equipa mais qualificada.
Risco adicional	Risco clínico, adicional ao risco inerente, quando os doentes são vítimas de um erro de segurança ou de uma complicação evitável.
Eventos adversos	São resultados indesejáveis do tratamento, não da doença, que resultam em danos devido a ações ou omissões. Eles podem ser evitáveis ou inevitáveis e podem levar a danos físicos ou simples perturbações no tratamento, resultando em perda de eficácia e custos adicionais.
Incidentes	Ocorrências indesejáveis que afetam um processo, mas não comprometem o resultado final planeado, causando transtornos menores ou danos insignificantes. Isso permite a conclusão do plano terapêutico.
Acidentes	Ocorrências indesejáveis que afetam o processo e comprometem irreversivelmente o resultado final planeado, causando transtornos ou danos graves com consequências duradouras.
<i>Near miss</i>	São situações que não resultam em danos devido a uma intervenção ativa, seja por ação humana ou do sistema da organização, que corrige uma trajetória de acidente, interrompendo-a sem consequências. Esse tipo de erro desempenha um papel crucial ao fornecer <i>insights</i> sobre trajetórias de acidentes e como os prevenir.
Falhas ativas, falhas latentes, defesas e a teoria do “queijo suíço”¹	São acidentes de organização complexa, em que existem falhas ativas (erros) cometidas por pessoas normais, que atuam no extremo da operação, como seus operadores principais. Estas falhas são facilitadas por falhas latentes (agentes patogénicas residentes no sistema), as quais, por si só, não causam acidentes, mas que, alinhadas com os sucessivos buracos de segurança e na ausência de defesas, proporcionam janelas de oportunidade para a ocorrência de um acidente.

Fonte: adaptado de Fragata (2011)

A justa reivindicação de cada cidadão ao acesso à saúde vai além da mera ausência de doença e é um direito atualmente reconhecido, embora nem sempre seja simples de garantir.

Em Portugal, a segurança do doente constitui uma das dimensões da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (2019). Esta legislação estabelece que cada indivíduo tem o direito de obter, de maneira oportuna e dentro do prazo clinicamente aceitável,

¹ A teoria do “queijo suíço” foi desenvolvida por James Reason, em 1990, no livro “*Human Error*”. J. Reason é professor da Universidade de Manchester e explica a origem dos acidentes de organização complexa.

assistência médica adequada à sua condição clínica, com dignidade, baseada nas melhores evidências científicas disponíveis e em conformidade com os padrões de qualidade e segurança em saúde.

Os incidentes de segurança que ocorrem durante os cuidados de saúde prestados são uma realidade nos sistemas de saúde contemporâneos. É amplamente reconhecido, tanto a nível internacional quanto nacional, que a adoção de políticas e estratégias destinadas a diminuir esses incidentes, incluindo aqueles que poderiam ser evitados, é fundamental para melhorar a qualidade na saúde e a sua prioridade é inquestionável.

A experiência resultante da execução do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, bem como a sua avaliação, foram fatores determinantes na elaboração do novo PNSD 2021-2026, tendo também em conta as orientações do Plano de Ação Global para a Segurança do Doente da OMS 2021-2030. Este plano reúne o conhecimento mais atualizado relacionado à segurança do doente, incentivando a cooperação e ação de diversas partes interessadas no setor da saúde. Isso inclui, em particular, decisores políticos, líderes e administradores de instituições de saúde, bem como aquelas entidades responsáveis pela qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, os próprios doentes, famílias e cuidadores. O PNSD 2021-2026 compreende cinco pilares que estabelecem metas estratégicas, adaptando essas metas a desafios emergentes, conferindo-lhe uma natureza dinâmica que se molda às necessidades surgidas ao longo do processo de implementação e supervisão.

O pilar fundamental é o pilar 5: práticas seguras em ambientes seguros. Dentro do objetivo estratégico 5.1. (PNSD 2021-2026, p. 102) – *“Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde”* – encontramos as seguintes ações relacionadas a este tema: *“Promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas seguras relativas a ..., ocorrência de quedas...”*, *“Auditar, anualmente, as práticas seguras relativas à ..., ocorrência de quedas...”*.

O ambiente e as circunstâncias em que se prestam cuidados de saúde desempenham um papel fundamental na garantia da segurança e eficácia desses cuidados. Daí a importância amplamente reconhecida que isso tem nos resultados de saúde, especialmente no que diz respeito à qualidade e segurança. Elementos como os recursos disponíveis, a quantidade e qualificação dos profissionais de saúde, a formação desses profissionais, a organização do trabalho, a presença de ferramentas e métodos, os percursos de assistência, bem como a conceção e a confiabilidade dos processos, são fatores determinantes dos ambientes seguros.

1.2. O envelhecimento no mundo e em Portugal

A definição de idoso pode variar de acordo com o contexto, a cultura e os critérios adotados por diferentes organizações de saúde e investigadores. Em Portugal, o Instituto Nacional de Estatística (INE) definiu, em 1989, mantendo essa mesma definição em 2023, pessoa idosa como aquela que tem 65 anos ou mais (INE, 2023).

Portugal tem sofrido, assim como outros países europeus, alterações a nível demográfico, em que se verifica o aumento da longevidade e da população idosa e a diminuição da taxa de natalidade e da população jovem. Em 2021, a percentagem de população idosa representava 23,4%, enquanto a de jovens (0-14 anos) era de apenas 12,9% (INE, 2022).

O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,3% em 1960 para 182,1% em 2021 (Pordata, 2023), o que implica uma alteração na sociedade e obriga a (re)adaptações em diferentes áreas, como nos sistemas de saúde, educação ou sistema social.

Visa-se uma melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, promovendo um envelhecimento ativo e saudável, com a otimização dos recursos no que diz respeito à saúde e segurança. Isso envolve o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional, que desempenha um papel fundamental no bem-estar das pessoas idosas. A capacidade funcional é o resultado da interação entre as capacidades inerentes da pessoa, tanto físicas quanto mentais, e o ambiente em que vivem. Essa abordagem tem como objetivo permitir que os idosos desfrutem de uma vida ativa e gratificante à medida que envelhecem (OMS, 2015).

A carga da doença e a redução do bem-estar afetam a pessoa idosa e também as suas famílias, os sistemas de saúde, social e económico (OMS, 2014). Como refere Bloom, Chatterji, Kowal, *et al.* (2015), as pessoas idosas com problemas de saúde ou idosos mais dependentes necessitam de mais cuidados de saúde e, eventualmente, de apoio social, tanto por parte da família como das organizações de saúde e sociais.

Segundo a OMS (2015), a longevidade da população está a aumentar globalmente. Atualmente, a expectativa de vida da maioria das pessoas é chegar aos seus 60 anos e ultrapassá-los. Isso é um fenómeno que abrange todos os países do mundo, resultando num crescimento tanto no número de idosos quanto na proporção de idosos na população.

Segundo o INE (2020) entre 2018 e 2080, Portugal irá perder população, dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas. Em 2080, o índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em resultado da diminuição da população jovem e do aumento da população idosa. A população com 65 ou mais anos de idade poderá passar de 2,2 para 3,0 milhões de pessoas, entre 2018 e 2080. O número de pessoas idosas alcançará o

valor máximo no início da década de 50, momento a partir do qual passa a decrescer. Este fenómeno deve-se ao facto de entrarem nesta faixa etária gerações mais jovens, nascidas já num momento de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações. Em 2080, a população idosa poderá crescer até entre 2,4 milhões e 3,6 milhões.

Devido às doenças crónicas e ao processo natural de envelhecimento, o principal desafio no cuidado com os idosos é ajudá-los a encontrar maneiras de viver com a melhor qualidade de vida possível, mesmo diante das limitações progressivas. É essencial que novas abordagens de cuidado se concentrem nos idosos que enfrentam doenças crónicas, já que são aqueles que mais necessitam dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, sofrem mais intensamente os efeitos da fragilidade inerente a essa fase da vida (Veras, 2012).

As estratégias de cuidado para a população idosa devem abranger diversos caminhos simultâneos, que vão desde programas socioeducativos até iniciativas de prevenção nos cuidados de saúde primários, alcançando os cuidados avançados nas instituições hospitalares. Deste modo, os doentes idosos merecem atenção especial devido à sua maior vulnerabilidade a riscos. As quedas são frequentemente consideradas uma síndrome geriátrica devido à sua alta incidência nesse grupo etário. Além disso, a presença de doenças sistémicas e o uso de diversos medicamentos aumentam a propensão dos idosos a riscos de trauma (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

1.3. O estado funcional do idoso

O estado funcional é um indicador do bem-estar geral do idoso e a base para os cuidados de saúde prestados. Se este estiver em declínio, a qualidade de vida é comprometida, a independência da pessoa idosa é ameaçada, aumenta o risco de mortalidade e consequentemente aumenta a procura dos cuidados de saúde.

C. Menezes, Oliveira e R. L. Menezes (2010) referem que o estado funcional é um importante fator de independência dos idosos, identificado pela capacidade de estes realizarem as suas AVD's, tais como comer, vestir e despir, higiene pessoal, mover-se e usar o sanitário; e também pela capacidade de realizar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), como por exemplo efetuar compras, preparar refeições, realizar trabalho doméstico, a gestão de medicamentos, das finanças pessoais e o uso do telefone.

Lafont, Gérard, Voisin, *et al.* (2011) referem que a hospitalização é a primeira causa para o declínio funcional na pessoa idosa, tendo em conta que estes perdem alguma independência nas AVD's, relacionada não só com o motivo que levou a pessoa ao internamento, mas também

com a coordenação do mesmo, com o planeamento da alta e com o seguimento pós-alta. Associam também outros fatores como fatores demográficos (a perda de independência aumenta regularmente com o aumento da idade), estado cognitivo e psicológico (demência, depressão), estado funcional antes da hospitalização, fatores sociais (viver sozinho ou num lar, alojamento precário, problemas financeiros), comorbilidades (AVC, neoplasias, fraturas do colo do fémur, úlceras por pressão), polimedicação (aumenta a probabilidade de quedas ou distúrbios metabólicos), mobilidade (uso de auxiliares de marcha), estado nutricional (a desnutrição agrava a dependência), défices sensoriais (cegueira, surdez) e síndromes geriátricas (delírio, quedas ou alterações da mobilidade).

A diminuição da capacidade funcional manifesta-se na redução da força muscular, alterações no padrão de locomoção e desequilíbrio, que são frequentemente apontados como fatores de risco para quedas em idosos. Garantir a capacidade funcional no idoso, que permite independência nas AVD's e nas AIVD's, é fundamental para manter uma qualidade de vida e promover um envelhecimento mais autónomo e saudável (Lobo & Pereira, 2007).

A avaliação da capacidade funcional é um elemento crucial na avaliação da pessoa idosa, independentemente da presença de patologias conhecidas. A medição dessa capacidade permite identificar fatores de risco e implementar estratégias adaptativas para reduzir esse risco (Ellis & Langhorne, 2005).

Mendes, Novo, Preto, *et al.* (2011) conduziram um estudo com uma amostra de 40 idosos com idades entre 65 e 88 anos, com o objetivo de identificar fatores associados ao declínio funcional, tendo identificado a idade avançada (82,5% dos participantes com idade superior a 70 anos); a presença de comorbilidades (92,5% dos casos); a confusão ou desorientação (35% dos doentes) e alterações do equilíbrio (90% dos casos). Além disso, em relação aos fatores de risco para quedas, o estudo identificou como elementos significativos a confusão ou desorientação; alterações do equilíbrio; redução da mobilidade; polimedicação; fraqueza muscular; défice visual não compensado; antecedentes de fraturas; consumo de diuréticos e consumo de ansiolíticos. Destes resultados concluiu-se que é sempre necessário identificar fatores de risco de queda e se existe declínio funcional na pessoa idosa, para ser possível a implementação de estratégias de prevenção e intervenções adequadas que promovam a segurança e a qualidade de vida desses doentes.

Almeida, *et al.* (2010) salientam que o risco de quedas é mais elevado em ambiente hospitalar. O progressivo declínio da funcionalidade e o receio de sofrer novas quedas podem levar o idoso à institucionalização, influenciando a sua relação com o ambiente e sua capacidade de superar obstáculos e barreiras.

1.4. A fragilidade no idoso

O conceito da síndrome da fragilidade não é unânime, envolve múltiplas dimensões e pode ser influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao doente.

Esta fragilidade aumenta o risco de uma série de resultados adversos, incluindo fraqueza muscular, fragilidade óssea, desnutrição, risco de quedas, suscetibilidade a lesões e infecções, instabilidade da pressão arterial e diminuição da capacidade funcional (Walston, Hadley, Ferrucci, *et al.*, 2006).

Segundo Morley, Vellas, van Kan, *et al.* (2013, p. 392) a fragilidade pode ser definida como a *“síndrome médica com múltiplas causas, caracterizada pela diminuição da força, resistência e redução da função fisiológica, que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo para o desenvolvimento do aumento da dependência e/ou morte”*.

Para Fried, Tangen, Walston, *et al.* (2001) a fragilidade pode ser definida por algumas características específicas como fraqueza, diminuição de peso involuntária, lentidão a caminhar, cansaço extremo e atividade física escassa. A fragilidade abrange também os domínios físico, psicológico e social (Gobbens, van Assen, Luijkx, *et al.*, 2010). Existem cada vez mais autores que consideram que a fragilidade tem uma natureza multifatorial e que esta não é apenas sinónimo de comorbilidade ou incapacidade, percebendo o idoso como um todo, sem existir fragmentação dos cuidados prestados. A fragilidade é caracterizada por oscilações significativas no estado de saúde e elevado risco de complicações agudas, o que pode levar a um declínio funcional e, por sua vez, a um aumento nos custos dos cuidados de saúde (descompensação de doença crónica, quedas, hospitalização ou mortalidade), pelo que estes idosos devem manter uma vigilância de saúde periódica (Fried, Ferrucci, Darer, *et al.*, 2004).

Lee, Santo, Lo, *et al.* (2018) concluíram no seu estudo que existe heterogeneidade na população idosa frágil e que estes necessitam de uma intervenção centrada em melhorar a sua qualidade de vida, evitando eventos adversos de saúde como quedas, bem como retardando o declínio físico e mental.

Boyd, Ricks, Fried, *et al.* (2009) referem que a hospitalização de doentes em estado agudo frequentemente resulta numa diminuição das suas capacidades físicas e cognitivas (declínio funcional), podendo isto refletir-se, segundo Almeida, *et al.* (2010) no aumento do risco de queda, devido aos efeitos da doença aguda, agravada por um ambiente desconhecido e efeitos colaterais dos tratamentos.

1.5. O fenómeno queda

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011, versão 2.0, p. 42) cair é: “*realizar: descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical*”, que se traduz pelo evento ou episódio queda.

A nível global, as quedas representam um grave problema de saúde pública. Estima-se que ocorram cerca de 684.000 quedas fatais a cada ano, tornando-as a segunda principal causa de mortes por lesões não intencionais, logo após os acidentes de trânsito. Mais de 80% das mortes relacionadas com quedas ocorrem em países de baixo e médio rendimento, sendo as regiões do Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático responsáveis por 60% dessas mortes. Em todas as regiões do mundo, as taxas de mortalidade são mais elevadas entre adultos com mais de 60 anos de idade (OMS, 2021).

Mais de 30% das pessoas, com mais de 65 anos, sofre pelo menos uma queda por ano e este número aumenta com a idade, resultando em lesões, hospitalizações e até na morte. O medo de cair conduz à diminuição das atividades da pessoa idosa e consequentemente à diminuição da qualidade de vida (Awale, Hagedorn, Dufour, *et al.*, 2017).

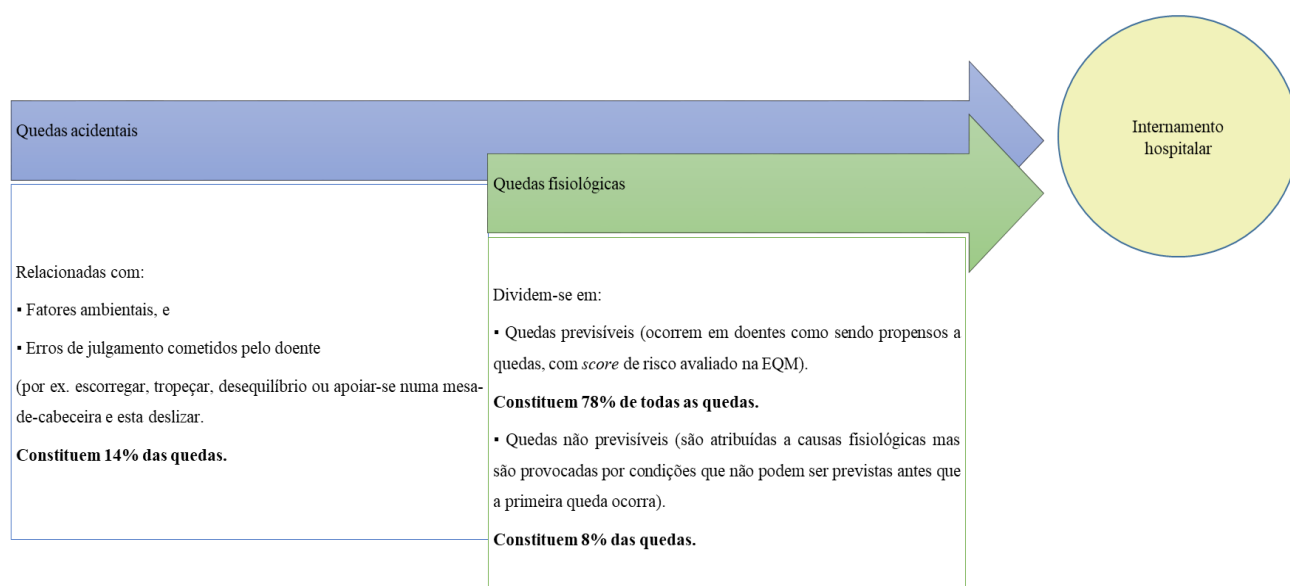
Entre 2017 e 2018, nos internamentos em Portugal, foram registadas uma média anual de oito mil quedas, segundo dados da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019), que apontam para uma redução dos números relativamente a 2016 em que as notificações de quedas rondavam os nove mil casos.

Em Portugal, nas últimas décadas, tem existido um aumento exponencial com os gastos em saúde e as quedas, como fenómeno recorrente nos internamentos, que originam sequelas, aumentando os custos para o Estado Português, destacando-se as lesões que requerem cirurgia, prolongamento nos dias de internamento ou reabilitações mais prolongadas, são dos fenómenos mais dispendiosos no setor da saúde (Romão & Nunes, 2018). No seu estudo, e num total de 153 quedas com lesão, as mesmas autoras concluíram que foram gastos 50.641€ e que, mesmo em quedas sem lesão (427 quedas), o custo total foi de 19.642€.

1.5.1. Tipo de quedas

Segundo Morse (2009), os doentes caem por uma variedade de razões e, para prevenir quedas, é fundamental entender a etiologia destas. Como as quedas têm causas diferentes, as estratégias de prevenção de quedas são também diferentes para cada tipo de queda.

Em 1987, Morse, Tylko e Dixon, após analisarem as circunstâncias em que ocorreram quedas em 100 doentes institucionalizados, definiram três tipos de quedas: acidental (relacionadas com o ambiente nos diversos contextos de saúde: a pessoa pode escorregar, tropeçar, perder o equilíbrio) ou fisiológica, sendo que as quedas fisiológicas ainda podem ser classificadas como previsíveis – o doente apresenta sinais que indicam a probabilidade de queda e pontuações de risco na EQM ou como não previsíveis – ou seja, uma queda fisiológica inesperada (como fraturas patológicas, perda de conhecimento, tonturas, entre outros.). O tipo de quedas encontra-se resumido na figura 1.



Fonte: Adaptado de Morse (2009)

Figura 1 - Tipo de quedas segundo Morse

Identificar quedas como quedas fisiológicas previsíveis, quedas fisiológicas não previsíveis ou quedas acidentais é crucial, pois para cada tipo de queda os métodos de previsão e prevenção são diferentes. A EQM é utilizada para prever quedas fisiológicas previsíveis. As estratégias de prevenção, nestes contextos, incluem o desenvolvimento de intervenções, ajustadas ao doente, de prevenção de quedas, com o objetivo de reduzir a pontuação de risco dada pela EQM e evitar a ocorrência do incidente. Já as quedas acidentais não podem ser previstas por meio do uso da EQM. A melhor abordagem para as evitar é tornar o ambiente o mais seguro possível. Não é possível prever a ocorrência das quedas fisiológicas não previsíveis com base na EQM, nem impedir que estas ocorram numa primeira vez. A prevenção, nesse caso, consiste em proteger o doente contra uma possível segunda queda, mas é importante salientar que, em algumas situações, a queda inicial não pode ser evitada. Portanto, as estratégias de proteção são implementadas para garantir que o doente não sofra lesões na queda. Por exemplo, um doente

com epilepsia pode cair durante uma crise, e essa situação não pode ser prevista. Uma estratégia de proteção seria ensinar ao doente como proteger a cabeça, usando um capacete (por exemplo) caso ocorresse uma crise (Morse, 2009).

1.5.2. Escala de Quedas de Morse

A maior parte das camas hospitalares, nos países desenvolvidos, estão ocupadas por pessoas idosas que são internadas por alterações da mobilidade, quedas ou lesões resultantes destas, estando muito frequentemente relacionadas com o declínio funcional e a fragilidade do idoso. Estima-se que a admissão hospitalar relacionada a quedas de pessoas com 60 anos ou mais, seja de cerca de 1,6 a 3,0 por 10.000 habitantes em países como Austrália, Canadá e Reino Unido (OMS, 2007). Em Portugal, segundo Alves, Silva e Braz, *et al.* (2024), que utilizaram o sistema EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, e os dados disponíveis de 2023, mais de 70% das lesões por acidente doméstico e de lazer, que levam a população idosa ao serviço de urgência, são devido a quedas.

Morse (2009), afirma que o aspeto mais importante da prevenção das quedas é antecipar o seu acontecimento. Assim a avaliação do risco de queda, utilizando a EQM, é um procedimento fundamental para a prevenção destas. A avaliação do risco de queda visa identificar os fatores de risco individuais. Para uma identificação precisa do risco de queda é fundamental realizar uma avaliação detalhada de cada doente, permitindo a implementação de medidas preventivas específicas para atender às necessidades de cada um individualmente. No contexto de internamento hospitalar, a avaliação do risco de quedas é um processo contínuo e deve ser devidamente registado no processo clínico do doente, além de ser conhecido por todos os profissionais de saúde da unidade. Isso é essencial para elaborar um plano de intervenções destinado a prevenir quedas durante o período de internamento.

A Escala de Quedas de Morse foi desenvolvida por Janice Morse em 1985, na Universidade de Alberta, no Canadá, e baseou-se num estudo de 100 doentes com queda e 100 doentes sem queda, selecionados de forma aleatória (Morse, 2009). A escala consiste em seis itens que descrevem os fatores de risco de queda: história de queda, diagnóstico secundário, ajuda para deambular, medicação endovenosa, marcha e estado mental. Para cada um destes itens é atribuída uma pontuação e o somatório desta prediz se o doente tem um risco de queda baixo, médio ou elevado (Morse, 2009).

Em 2011, Costa-Dias, Ferreira e Oliveira (2014), realizaram a adaptação cultural e linguística e a validação para a língua portuguesa da EQM, de forma a que esta fosse mais

segura e ajustada à realidade portuguesa, englobando os seguintes itens: 1) historial de quedas: neste internamento urgência/ou nos últimos três meses; 2) diagnóstico(s) secundário(s); 3) ajuda para caminhar; 4) terapia intravenosa; 5) postura no andar e na transferência; 6) estado mental. A EQM adaptada à língua portuguesa encontra-se em mais detalhe, com a descrição de cada item e a respetiva pontuação no anexo A. A pontuação total da escala varia entre os 0 e os 125 pontos e existem três tipos de risco de queda: sem risco (0-24 pontos), baixo risco (25-50 pontos) ou alto risco (≥ 51).

1.5.3. Fatores de risco das quedas

Os fatores de risco da queda são multifatoriais e envolvem aspetos intrínsecos (diretamente ligados à condição física e mental do doente) e extrínsecos (incluem todos os fatores relacionados direta ou indiretamente ao ambiente no qual o doente se encontra, interior e exterior), contemplando as dimensões biológica, comportamental, ambiental e socioeconómica (tabela 2).

Tabela 2 - Fatores de risco de queda

Fatores de risco			
Ambientais	Biológicos	Comportamentais	Socioeconómicos
• Pisos e escadas escorregadios; • Tapetes soltos; • Iluminação insuficiente; • Pisos irregulares; • Obstáculos no meio envolvente.	• Idade avançada; • Sexo feminino; • Quedas anteriores; • Doenças crónicas (cardiovasculares, neurológicas, osteoarticulares); • Declínio das capacidades físicas; • Audição e visão diminuídas; • Sinais neurológicos atípicos; • Sedentarismo.	• Ingestão excessiva de álcool; • Má nutrição ou hidratação; • Inatividade física; • Medo de cair; • Uso incorreto de auxiliares de marcha; • Calçado inadequado; • Polimedicação.	• Baixos níveis de rendimento; • Baixa escolaridade; • Residir sozinho; • Habitação inadequada; • Falta de interação social; • Acesso limitado a serviços de saúde e serviços sociais; • Falta de recursos comunitários.

Fonte: Close, Lord, Menz, et al., 2005; OMS, 2007; Almeida, et al., 2010

Existem muitas vezes alterações na condição física do doente idoso, que podem estar ou não relacionadas com o motivo de internamento, mas que colocam essa pessoa numa situação de maior vulnerabilidade, interferindo no seu funcionamento tanto físico como psicológico. No

entanto, devem também ser atendidos fatores relacionados com o ambiente hospitalar. A pessoa idosa passa de estar no seu ambiente familiar para um ambiente diferente, que possui as suas dinâmicas e rotinas muito próprias, o que pode fazer com que a adaptação do idoso a este novo ambiente, se converta num processo difícil.

É importante compreender que a ocorrência de uma queda não é um diagnóstico em si, mas sim um sinal. Essa queda pode indicar um agravamento da condição de saúde, o que pode ter implicações na capacidade de autonomia da pessoa e também serve como um alerta para a reavaliação de outros fatores que podem ser causas significativas de morbidade e mortalidade, juntamente com o risco de quedas futuras.

As lesões resultantes de quedas representam um desafio significativo em termos de saúde pública, e a ausência de medidas preventivas pode ter repercussões adversas. Isso cria uma pressão considerável nas políticas de saúde, incentivando a promoção do envelhecimento ativo.

1.5.4. Prevenção de quedas

Para evitar quedas, não existe uma só solução, que seja universal e transversal a todos os idosos. O exercício físico, o treino de força e equilíbrio ou o tratamento de causas adjacentes poderão ajudar na prevenção de quedas ou de quedas recorrentes (Close, *et al.*, 2005).

Segundo Morse (2009), para cada tipo de queda, existem métodos e abordagens diferentes de prevenção. Para as quedas acidentais, Morse defende a criação de um ambiente seguro, passando por auditorias ao estado dos materiais, verificações de segurança em camas, cadeirões ou cadeiras de rodas, instalação de material de apoio à marcha, como corrimões nas paredes, ajuste do armazenamento de algum material que possa interferir na marcha do doente (como bandejas, suportes, entre outros). Para as quedas fisiológicas previsíveis, em primeiro lugar deve ser identificado o risco de queda do doente na EQM. Para doentes com médio ou alto risco são analisadas as prováveis causas de queda e é realizada a tentativa de ajuste dessa causa (ajuste terapêutico, fisioterapia para aumento da força muscular, ensinamentos acerca da utilização de auxiliares de marcha), passando também pelo ajuste do plano de intervenções de enfermagem adaptado ao próprio doente (acordar o doente à noite para este utilizar a casa-de-banho e evitar deambular durante a madrugada ou utilizar alarmes nas camas que avisam caso o doente se levante). A primeira queda fisiológica não previsível, como referido anteriormente, não pode ser prevista pois o motivo que leva à queda pode ainda não ser do conhecimento da equipa de saúde nem tão pouco do próprio doente (por exemplo, uma epilepsia inaugural em que ocorre o primeiro episódio de convulsão). Assim, após esta primeira queda, a prevenção

passa por proteger o doente contra eventuais lesões, caso ocorra uma segunda queda (uso de capacete para proteção da cabeça ou uso de protetor de anca).

Montero-Odasso, van der Velde, Martin, *et al.* (2022) defendem que a prevenção de quedas inclui uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes operacionais, farmacêuticos e outros profissionais integrantes numa equipa de saúde. Nesta abordagem, os idosos com baixo risco de queda devem ser instruídos à prática de exercício físico e ensinados sobre prevenção de quedas. Os idosos com médio risco de queda, para além das ações descritas anteriormente, devem realizar exercícios específicos com um fisioterapeuta, para aumentar a força muscular. Os idosos com alto risco de queda devem beneficiar de uma avaliação multifatorial do risco de queda e verem ajustado para si um plano de intervenções personalizadas e individualizadas.

Para a DGS (2019), em todas as unidades de internamento devem ser instauradas medidas de precaução básicas como a iluminação adequada com luz de presença, remoção de barreiras e obstáculos no percurso da marcha, manter o piso limpo e seco, colocar sinalética de aviso de piso molhado aquando da sua higienização, manter o sistema de chamada acessível ao doente, adaptar os sapatos e o vestuário ao doente, orientar o doente e família em relação ao novo ambiente e espaço físico, manter equipamentos como camas ou cadeirões travados, manter a cama na sua posição de plano mais baixo, mantendo as grades elevadas, adequar os dispositivos de apoio à marcha ao doente e manter as suas condições de utilização seguras e acessíveis, manter os dispositivos de segurança como barras de apoio ao sanitário disponíveis e acessíveis assim como em condições de utilização segura e as portas de entrada e saída do serviço devem ter sistemas de controlo.

É responsabilidade das instituições de saúde elaborar políticas de segurança abrangentes que englobem a formação dos profissionais no que diz respeito à avaliação e prevenção de quedas. A avaliação periódica do risco de quedas deve ser realizada por um profissional devidamente qualificado e deve ser comunicada a toda a equipa de saúde, bem como ao doente e à família ou cuidador. Após a identificação do risco de queda poderão ser instituídas medidas preventivas e individualizadas para cada doente.

A tabela 3 representa as medidas de prevenção de quedas descritas pela Panel on Prevention of Falls in Older Persons, AGS e BGS (2011).

Tabela 3 - Medidas de prevenção de quedas

Exercício e atividade física	Avaliação e gestão médica	Ajuste de medicação	Modificação ambiental	Educação
• Exercícios de equilíbrio; • Treino de força; • Treino de flexibilidade; • Treino cardiovascular; • Treino de resistência; • Treino de marcha.	• Avaliação de deficiência visual (catarata, glaucoma); • Avaliação da hipotensão postural; • Avaliação de disrupções da frequência cardíaca (bradicardia, taquiarritmias); • Suplementação de vitamina D; • Avaliação dos pés (joanetes, úlceras).	• Retirar/reduzir doses de medicação psicotrópica; • Ajuste de terapêutica com redução no número total de medicamentos.	• Modificação de riscos de queda em casa (instalação de dispositivos de segurança como barras de apoio na casa-de-banho, remoção de objetos como tapetes soltos); • Modificação de riscos de queda na via pública (evitar passeios desnivelados e locais com fraca luminosidade).	• Ensino acerca do tipo e estado do calçado (mau ajuste, solas gastas, saltos altos); • Ensinos acerca da utilização de auxiliares de marcha; • Ensinos acerca de transferências seguras (banheira, cadeirão, cama).

Fonte: Panel on Prevention of Falls in Older Persons, AGS and BGS (2011)

Capítulo 2 – Metodologia

2.1. Método

A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos, através do desenvolvimento da teoria ou da verificação da mesma, sendo o processo mais rigoroso e aceitável, pois baseia-se num processo racional, pode ser corrigido conforme a sua progressão e permite colocar em questão aquilo que propõe (Fortin, 2000).

Este projeto é um estudo de caso que pretende compreender o motivo das quedas das pessoas idosas internadas na medicina em análise. Segundo Yin (2018), um estudo de caso consiste numa pesquisa empírica que investiga detalhadamente um fenómeno contemporâneo, no contexto do mundo real, tendo como objetivo explorar, descrever e esclarecer o evento, proporcionando uma compreensão aprofundada do fenómeno.

Segundo Andrade, Ruoff, Piccoli, *et al.* (2017), a metodologia de Yin tem sido a mais frequentemente utilizada nas pesquisas em enfermagem que utilizam este tipo de método. Os autores ressaltam que os referenciais utilizados são adequados para a área da enfermagem, uma vez que as pesquisas neste domínio se concentram em fenómenos complexos da vida. Eles permitem aos investigadores examinar esses fenómenos de maneira intensiva e detalhada, utilizando múltiplas fontes de evidência para entender os aspetos relacionados a indivíduos, grupos ou organizações.

2.2. Técnicas de recolha de dados

Para a recolha de dados foi analisado um serviço de internamento de medicina da ULS São José, recorrendo à análise documental para compreender o que existia em termos de protocolos ou procedimentos referentes a esta temática. A análise documental pode revelar-se de extrema utilidade para o investigador, na obtenção de informações úteis e adicionais sobre o tema em estudo. Esta consiste na análise de documentos escritos, consideradas fontes de informação, que incluem normas, procedimentos, leis e regulamentos, constituindo uma técnica valiosa de análise de dados qualitativos, podendo complementar informação obtida por outras técnicas de recolha de dados ou mesmo revelando novos aspetos do tema em estudo (Andre & Ludke, 1986). A escolha dos documentos a serem analisados não foi de carácter aleatório. Foram escolhidos documentos que diziam respeito ao fenómeno queda e a normas e procedimentos

internos da ULS São José, tendo sido analisado o Procedimento Multissetorial SDO.104 - Prevenção e Monitorização das Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar.

Foram também realizadas entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde deste serviço, bem como a consulta e tratamento de dados recolhidos do sistema de notificação interno de incidentes do doente. Este estudo trata-se assim de um estudo retrospectivo, de carácter quantitativo e qualitativo, transversal e exploratório.

É um estudo retrospectivo pois analisa incidentes ocorridos e registados no ano de 2022.

É um projeto de natureza quantitativa pois foram analisados os dados provenientes do sistema de notificação interno de incidentes do doente da ULS São José. É um estudo de natureza qualitativo pois foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos profissionais de saúde da unidade clínica em estudo.

Segundo Creswell (2014), a pesquisa quantitativa é um processo destinado a avaliar teorias objetivas, ao investigar as relações entre variáveis que são mensuráveis. Estas variáveis são frequentemente quantificadas por meio de instrumentos, permitindo a análise de dados numéricos por meio de métodos estatísticos. O método qualitativo, segundo o mesmo autor, é um processo direcionado à exploração e compreensão dos significados que indivíduos/grupos atribuem aos problemas. Este processo inclui a colocação de questões, a recolha de dados que geralmente é realizada no próprio ambiente do participante, a análise dos dados que se desenvolve de forma indutiva, partindo de aspetos específicos para temas mais amplos, e o investigador realiza interpretações sobre o significado dos dados. Apesar destes dois métodos serem diferentes, com etapas e abordagens da realidade distintas, o seu uso combinado é possível e permite uma compreensão mais completa e abrangente do problema a ser investigado.

Este estudo será de natureza transversal, um tipo de estudo em que o investigador não interage com a população amostral de modo direto, senão por análise e avaliação dos dados obtidos em sistema informático.

É um estudo exploratório pois baseia-se num procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública.

A enfermagem, enquanto uma profissão autorregulada, estabelece princípios éticos e deontológicos a serem seguidos no seu exercício, conforme delineado tanto no Código Deontológico do Enfermeiro quanto no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Esses princípios éticos e deontológicos estendem-se a todas as áreas de atuação da enfermagem, incluindo a pesquisa, que emerge como um campo de intervenção essencial. Atendendo às características do estudo, foi submetido um protocolo do estudo ao Centro de

Investigação da ULS São José com obtenção de parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde desta mesma instituição que se encontra no anexo B.

As entrevistas permitem adquirir informação junto dos participantes do estudo, em que o investigador apenas tem acesso aos dados fornecidos por estes, relativos a ideias, comportamentos, factos, sentimentos ou preferências, expetativas e atitudes (Fortin, 2000). Estas permitem funcionar como método exploratório para investigar conceitos, relações entre variáveis e formular hipóteses, atuam como principal instrumento de medida de um processo de investigação e agem como um complemento a outros métodos, seja para explorar resultados inesperados, validar os resultados obtidos por outros métodos ou ainda para aprofundar a análise. De acordo com Manzini (2004) a entrevista semiestruturada consiste num guião de perguntas previamente definidas, com base no fundamento do estudo, sendo flexível quanto às atitudes e compreensão do investigador que pode alterar as perguntas no decorrer da entrevista em função das respostas fornecidas pelo participante, permitindo que as respostas não sejam tão condicionadas por perguntas fechadas.

O exemplar do consentimento informado assinado pelos participantes, assim como o exemplar utilizado para obter a sua caracterização sociodemográfica e o guião da entrevista semiestruturada aplicada aos participantes, encontram-se no anexo C. Foi utilizado para as entrevistas o método de saturação. Segundo McDonald e Eisenhardt, (2017), atinge-se saturação quando se obtém uma forte correspondência entre os dados, a literatura e a teoria, considerando que novas entrevistas não trazem nova informação, atingindo-se assim a saturação. Para as entrevistas, os participantes forneceram previamente o seu consentimento informado e estas foram gravadas em formato áudio. As transcrições das respetivas entrevistas encontram-se no anexo D.

2.2.1. População e amostra

A população engloba pessoas, grupos ou objetos que têm em comum certas características, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 2000). Neste estudo a população compreende os idosos internados num serviço de medicina da ULS São José no ano de 2022. A amostra consiste num subconjunto de elementos retirados da população que são incluídos no estudo (Fortin, 2000). A amostra neste estudo são os doentes idosos (com mais de 65 anos) internado nesta medicina no ano de 2022 que sofreram queda.

Foram excluídos os relatos sem motivo de queda descritos ou em branco.

Para obter dados acerca do número de doentes com queda, foram trabalhados os dados inseridos na plataforma de registo de notificações interno de incidentes que existe na ULS São José. Para a escolha dos profissionais de saúde que participaram no estudo, foram escolhidos profissionais com mais de cinco anos de experiência profissional e que em 2022 exerciam as suas funções neste internamento de medicina.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística com uma amostra por conveniência.

2.3. Técnicas de análise de dados

Para a análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas foi utilizada a metodologia de Gioia, Corley e Hamilton (2013), que defendem que o mundo organizacional é socialmente contruído e que as pessoas que constroem a realidade organizacional são pessoas com conhecimentos dessa mesma organização, sabem o que fazem e conseguem explicar os seus pensamentos, intenções e ações. Isto permite que se dê voz aos participantes em estudos, na fase de recolha e análise de dados, criando oportunidades para a descoberta de novos conceitos e reafirmação dos já existentes.

Gioia, *et al.* (2013), utilizam os dados de entrevistas semiestruturadas para obter informação retrospectiva e em tempo real de pessoas que vivenciaram o fenómeno em estudo, utilizando os seus termos (e não os nossos) para nos ajudar a perceber a experiência vivida. Assim, agrupa primeiramente os conceitos em conceitos de 1ª ordem (análise centrada no participante e nos termos utilizados por este), o que pode originar facilmente 50 a 100 categorias de 1ª ordem, em seguida a análise de 2ª ordem (procura de semelhanças e diferenças entre as muitas categorias, reduzindo o número destas a um número mais diminuto), e, numa terceira etapa, agrupam-se as categorias de 2ª ordem em categorias mais abstratas, denominadas dimensões agregadas.

Para a organização, tratamento e análise dos dados inseridos no sistema de notificação interno da ULS São José e para a organização dos dados provenientes das entrevistas semiestruturadas, foi utilizado o *software Microsoft Excel®*, versão de 2016, com a criação de bases de dados com as informações pertinentes.

Capítulo 3 – Diagnóstico da Organização

3.1. Caracterização da ULS São José

O CHLC foi criado em 28 de fevereiro de 2007 através do Decreto-lei n.º 50-A/2007. Juntou o Centro Hospitalar de Lisboa - Zona Central - HSJ e HSAC - e os HSM e HDE. O Decreto-Lei n.º 44/2012 de 23 de fevereiro de 2012 procedeu à extinção e integração por fusão do CHLC, do HCC e da MAC. O Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto, reconhece oficialmente o CHLC como centro universitário, passando a ser designado como CHULC.

Durante estes anos, este centro hospitalar tem passado por uma série de mudanças e reajustes, com consequência a nível da gestão dos recursos humanos. Atualmente, o CHULC é constituído por oito unidades hospitalares: HCC, HDE, HSAC, HSJ, HSM, MAC, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto e o Hospital Júlio de Matos, bem como pelo Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central e do Centro de Saúde de Sacavém. A partir de janeiro de 2024 esta organização de saúde passou a ser designada por Unidade Local de Saúde São José.

3.1.1. O serviço de internamento de medicina

O serviço de internamento de medicina em estudo foi criado em agosto de 2016 quando a unidade de cirurgia de ambulatório (com 3 blocos operatórios ativos desde 1980), que ocupava este espaço físico, foi transferida para o HCC. Para além de doentes da Medicina Interna, também são internados doentes das especialidades de Hematologia e Oncologia Médica.

Divide-se em duas alas (1 e 2), situadas em pisos diferentes, mas com acesso direto entre elas. É um serviço misto (homens e mulheres), com lotação total de 37 camas (21 camas na ala 1 e 16 camas na ala 2). Tem ainda um gabinete administrativo, quatro gabinetes médicos, uma copa hospitalar, uma copa para os profissionais de saúde, um espaço para a equipa de prevenção da EEMI, um espaço para realização de ecografias e um espaço para reuniões e formação.

Encontra-se sob a direção de uma assistente hospitalar graduada sénior, que coordena uma equipa composta por 22 médicos: 7 assistentes hospitalares e 15 internos (formação específica e formação geral). A gestão da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais (AO) é realizada por uma enfermeira gestora, especialista em saúde comunitária, que coordena, com o apoio de uma enfermeira especialista em saúde mental, uma equipa de 25 enfermeiros: 3 especialistas e 22 generalistas; e uma equipa de 16 AO, dos quais três prestam serviços

melhorados por limitações físicas e 1 se encontra de baixa prolongada. O serviço beneficia ainda do apoio de 2 administrativas, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social.

3.2. Resultados obtidos

Em 2022 foram registados 66 incidentes de queda no sistema interno de notificações de incidentes do doente da ULS São José referentes à medicina em estudo. Destes 66, apenas 48 cumpriam os critérios de inclusão sendo que 17 incidentes não cumpriam o critério da idade e 1 incidente aconteceu com uma pessoa que estava a visitar um doente.

A população do estudo foi de 66 incidentes e a amostra de 48 incidentes, registados.

3.2.1. Sistema interno de notificações: apresentação dos dados

A análise dos dados resultantes do sistema interno de notificações de incidentes na ULS São José revelou que no ano 2022 foram registados, neste serviço de internamento, 48 incidentes em doentes idosos, num total de 41 doentes com queda. O número total de doentes que caíram apenas uma vez, 35, representam 85,4% do total de doentes que sofreram queda. Constatou-se que 6 doentes caíram mais que uma vez: 5 doentes caíram 2 vezes e 1 doente caiu 3 vezes.

Para a causa das quedas, existem 29 registos como escorregar, 11 como perda de equilíbrio, 7 como desconhecido e 1 como tropeçar. (Gráfico 1 – Causas das quedas).

Relativamente ao turno em que mais quedas ocorreram, foi possível constatar que o turno da manhã (8h-16h30) foi o mais frequente. No turno da manhã ocorreram 24 quedas, no turno da tarde 10 e no turno da noite 14 (Gráfico 2 – Hora da queda).

A maior parte dos incidentes de queda não foi presenciada, com 38 episódios. Apenas 10 foram presenciadas, sendo que 7 foram presenciadas por um profissional de saúde e 3 por outro doente (Gráfico 3 – Queda presenciada) e (Gráfico 4 – Quem presenciou a queda)

Relacionando o tipo de dano e o número de quedas, em 38 quedas não existiu lesão, em 7 existiu uma lesão ligeira, em 2 quedas houve lesão moderada e num episódio de queda existiu lesão grave (Gráfico 5 – Tipo de lesão e número de quedas).

Os doentes que apresentaram mais episódios de queda foram do sexo masculino (26), estando 15 episódios associados a doentes do sexo feminino, num total de 41 doentes. A média de idade das doentes do sexo feminino é de 84,2 anos, sendo maior do que a dos doentes masculinos que é de 77,3 anos. (Gráfico 6 – Sexo do doente com queda) e (Gráfico 7 – Relação entre a idade e o sexo do doente com queda).

Relacionando apenas a idade (excluindo o sexo do doente) e o número de quedas, verificou-se que existem mais quedas na idade dos 68 anos, com 5 incidentes. Com 4 quedas, a idade dos 93 anos, é a segunda idade mais frequente e uma doente sofreu duas quedas. Nas restantes idades, a frequência de queda varia entre 1 a 3 (Gráfico 8 - Relação entre a idade e o número de quedas).

Relativamente ao motivo de queda, constam quatro motivos que podem ser seleccionados no relato de incidente: - 1) Estado de saúde do doente; - 2) Resposta ao tratamento, medicação ou anestesia; - 3) Fatores ambientais; - 4) Outros motivos. Nos 48 relatos analisados, nenhum identifica como motivo a opção - 2) Resposta ao tratamento, medicação ou anestesia. 28 incidentes reportam ao estado de saúde do doente, 10 a fatores ambientais e 10 a outros motivos (Gráfico 9 – Motivo das quedas).

A queda pode envolver vários tipos de superfície ou material. Neste campo, foi registada a queda envolvendo o chão em 21 notificações, seguido do cadeirão em 11 e, menos frequente, a cama com 8 registos e a casa-de-banho com 3 registos. As restantes superfícies/materiais variam entre 1 a 2 registos (Gráfico 10 – Tipo de superfície/material envolvido na queda).

Em 38 das 48 quedas não resultaram lesão, tendo ocorrido lesão em 10 desses episódios (Gráfico 11 – Ocorrência de lesão).

Como resultado da queda existem vários tipos de dano: físico (10 incidentes) e psicológico (3 incidentes) (Gráfico 12 – Tipo de dano).

Após uma queda, a equipa presente executa procedimentos e toma medidas direccionadas, muitos delas transversais a todos os relatos, que registam também nas descrições de incidente. Entre elas a monitorização de sinais vitais ou a comunicação com o médico (Gráfico 13 – Medidas mais frequentemente tomadas). Nas medidas menos frequentemente tomadas encontramos, entre outras, a aplicação de gelo, a realização de pensos ou sutura, a contenção química/farmacológica ou a contenção física, a realização de MCDT e ainda a realização de cirurgia (Gráfico 14 – Medidas menos frequentemente tomadas).

A avaliação do risco de queda deve constar no processo clínico do doente. Neste contexto existem 45 relatos com avaliação prévia ao risco de queda, em 1 relato não existia avaliação e em 2 relatos este campo não se encontra preenchido no relato de incidente (Gráfico 15 – Avaliação do risco prévio à queda). Destes 45 relatos, 2 deles referem que o doente tem avaliação prévia à queda, mas não especifica o risco existente, sendo que 3 relatos referem o doente sem risco, 25 relatos referem que a avaliação do risco era baixo risco e 15 alto risco (Gráfico 16 – Grau de risco prévio à queda).

Quanto à evolução após o episódio de queda e relativamente à alta clínica do doente, 41 doentes tiveram alta para o domicílio, 6 faleceram, mas não devido a sequelas da queda e 1 doente faleceu como resultado de complicações operatórias após queda (Gráfico 17 – Destino do doente com queda após alta clínica).

3.2.2. Sistema interno de notificações: análise dos dados

Escorregar é a causa mais frequentemente registada, podendo indicar fatores que contribuem para esta causa: o piso escorregadio, superfícies molhadas, ou outros fatores que reduzem a aderência dos chinelos ao chão. A segunda causa mais frequente é a perda de equilíbrio, que pode estar associada a condições de saúde do doente, como fraqueza muscular, tonturas ou instabilidade postural. Também pode ser um resultado de fatores ambientais como móveis mal posicionados ou superfícies irregulares. A terceira causa registada é a desconhecida, tendo em conta que a maior parte das quedas não é presenciada, o que indica que existe falta desta informação específica, sendo importante identificar padrões ou fatores não identificados que possam contribuir para as quedas.

No turno da manhã existiram mais notificações, sugerindo que estes incidentes se podem dever a maior atividade neste turno, estando associado ao horário da higiene pessoal ou ao horário dos levantes e transferências para os cadeirões. No turno da noite, apesar de existirem menos incidentes relatados, o risco pode ser acrescido por a equipa estar mais reduzida neste período, existir menor visibilidade por as luzes estarem menos intensas e os doentes alterarem o seu estado de orientação no período noturno, apresentando quadros de confusão aguda. O turno da tarde, o menor turno em termos de horas de trabalho, é o turno com menos registos de incidentes, o que poderá estar relacionado com o facto de ser o turno mais curto e os doentes terem já regressado ao leito após os levantes da manhã, encontrando-se frequentemente a descansar.

A maior parte das quedas não foi presenciada o que pode indicar que estes incidentes ocorrem quando o doente está sem acompanhamento na enfermaria ou na casa-de-banho e pode também indicar que os doentes se tentaram movimentar ou levantar sem pedir ajuda ou utilizar o sistema de chamada.

Na maior parte dos incidentes (38) não ocorreu lesão o que pode significar que o episódio de queda não foi impactante para causar sequelas, contudo existem 10 incidentes com lesão, o que já representa um risco significativo em termos de gestão dos cuidados de saúde, com

necessidade de realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e maior vigilância dos doentes.

A maior parte dos doentes que sofreram quedas são homens, mas as mulheres que caíram tendem a ser mais velhas. Isso pode mostrar uma necessidade de atenção especial para as doentes idosas, que podem ser mais vulneráveis a quedas devido à idade avançada ou à existência de condições crônicas mais associadas ao sexo feminino como a osteoporose.

Ao analisar apenas a idade do doente com queda, constata-se que a idade dos 68 anos foi a mais frequente, com 5 registos, sendo que dois deles foram da mesma doente – doente J. Nestes 2 episódios, a doente relata ter caído porque escorregou, uma das vezes relacionado com as meias de contenção que tinha calçadas e outra vez apenas porque escorregou quando estava de pé, junto à cama. Em outros 2 episódios, o motivo associado é também o escorregar, estando ambos os doentes orientados. Apenas em 1 destes 5 episódios, o doente estava confuso e refere ter caído da cama. Com 2 registos de queda, e inserida na segunda categoria de idade mais registada – 93 anos, a doente P, a doente estaria sentada no cadeirão, a realizar tentativas de levantar sozinha e foi encontrada aos pés do cadeirão. Nos outros 2 episódios, ambos os doentes estavam orientados e sofreram queda do cadeirão.

No que concerne ao motivo de queda, na categoria - 1) Estado de saúde do doente, existem diversos motivos para a queda, sendo a desorientação/confusão, com o registo de 14 ocorrências, o fator mais frequentemente registado. O segundo motivo mais registado é a combinação de agitação com desorientação/confusão, com 7 ocorrências. O terceiro motivo é a desorientação/confusão com a diminuição da força muscular com 5 ocorrências. A diminuição da força muscular consta em 3 registos e os restantes motivos variam entre 1 a 2 registos cada. Desta análise verifica-se que a maior parte das quedas é devido a desorientação/confusão, tanto como motivo único como associado a outros motivos. A maior parte dos incidentes descreve uma combinação multifatorial (Gráfico 18 – Motivo da queda – Estado de saúde do doente).

Relativamente ao motivo relacionado com a opção - 3) Fatores ambientais, o pavimento escorregadio/molhado consta em 3 relatos de incidentes, tornando-se a causa isolada mais frequente. O calçado inadequado e o equipamento/utilização inadequada aparecem uma vez como causa isolada, mas, assim como na categoria anterior, este fator surge conjugado com o uso de calçado inadequado com pavimento escorregadio/molhado, com 2 registos de incidentes e depois, com 1 registo cada, equipamento/utilização inadequada com iluminação inadequada e presença de obstáculos; equipamento/sem travões com equipamento/utilização inadequada; e calçado inadequado com iluminação inadequada e tentativa de alcançar objeto (Gráfico 19 - Motivo da queda – Fatores ambientais).

Na quarta opção do motivo de quedas - 4) Outros motivos, o motivo levante sem supervisão, com 6 ocorrências, é a causa mais frequente desta categoria, com 1 incidente que remete para uma causa desconhecida e os restantes incidentes ocorreram também por causas multifatoriais como durante o sono/sonolência com distração do doente; durante o sono/sonolência com levante sem supervisão (Gráfico 20 – Motivo da queda – Outros motivos).

A associação da queda ao chão é a causa mais frequente registada o que pode indicar o estado do piso, como escorregadio, irregular ou obstruído. Os registos associados ao cadeirão podem sugerir problemas com a estabilidade do mesmo, a sua altura ou outros aspetos como o estado das rodas ou os travões, que tornam o seu uso menos seguro. A cama, terceira causa assinalada, pode surgir como maior risco devido a problemas com a sua altura, o uso inadequado das grades de proteção ou a sua ausência ou ainda transferências inseguras entre a cama e o cadeirão, por exemplo. Já na casa-de-banho, pode indicar que subsistem pisos escorregadios, falta de barras de apoio ou deficiente vigilância por parte da equipa de saúde do doente no uso da casa-de-banho. Existem outros materiais envolvidos na queda que são menos frequentemente relatados nomeadamente o caixote do lixo (não travado), as cadeiras, o calçado/chinelo do doente e as cadeiras de rodas.

As lesões mais frequentemente ocorridas foram no crânio com 3 registos e para os restantes registos apenas existe 1 episódio de cada, ainda que alguns tenham envolvido múltiplas áreas do corpo: crânio com ombro esquerdo e antebraço esquerdo; crânio com cotovelo esquerdo e mão esquerda; face; região lombar; quadril esquerdo; joelho direito com joelho esquerdo e pé esquerdo; e perna direita (Gráfico 21 – Local da lesão).

Como tipo de dano psicológico existe registo de 3 incidentes em que todos os doentes referem períodos de ansiedade relacionados com o episódio de queda. Relativamente aos danos físicos, o traumatismo crânio-encefálico sem perda de consciência é o mais relatado, com 3 episódios. A falta de perda de consciência pode indicar lesões menos graves, mas ainda assim requer maior vigilância. A opção “outro (feridas)”, 3 relatos, inclui lesões em várias partes do corpo que nos relatos vem descrito como ferida com tecido de granulação na perna direita, lesão no joelho esquerdo com maléolo externo esquerdo e joelho direito e perda de integridade cutânea no olecrâneo e mão do membro superior esquerdo. As fraturas surgem como a terceira lesão mais frequente, com 2 registos - a doente C que sofreu uma fratura transtrocantérica do fémur esquerdo e o doente AA que sofreu uma fratura compressiva parcial da L1, ambos submetidos a procedimentos cirúrgicos neste contexto. Outros tipos de lesões foram menos frequentes, 1 registo de cada: escoriação com hematoma e traumatismo crânio-encefálico sem

perda de consciência; traumatismo crânio-encefálico com perda de consciência (Gráfico 22 – Danos psicológicos e danos físicos).

Após uma queda, existem procedimentos a ser seguidos e medidas a serem tomadas, tanto no imediato como ao longo do tempo. Algumas medidas são comuns a quase todos os incidentes e são as mais frequentemente tomadas e consistem na monitorização dos sinais vitais, monitorização e vigilância do estado de consciência do doente, comunicação ao médico e posterior observação pelo clínico, ensino ao doente, elevação das grades, redução do nível do plano da cama e contenção física, com a utilização de equipamentos que restringem os movimentos do doente, como imobilizador de tronco. A monitorização dos sinais vitais e a comunicação ao médico ocorreram 45 vezes cada, o que indica a prioridade em garantir a estabilidade do doente e a comunicação efetiva com o médico. A elevação das grades e o ensino ao doente são medidas preventivas importantes e foram realizadas 28 e 24 vezes, respetivamente.

A avaliação do risco de queda deve ocorrer sempre na admissão do doente, de 7/7 dias, quando existe uma queda ou quando há alteração significativa do estado de saúde do doente. Consoante o *score* obtido com a avaliação do risco, são implementadas intervenções de enfermagem no processo clínico, sendo que nos doentes de alto risco, estas são em maior quantidade e mais específicas, direcionadas aquele doente específico e às suas necessidades.

A maioria dos doentes com quedas teve alta clínica para o domicílio, sem sequelas.

Todos os gráficos resultantes da análise dos incidentes do sistema interno de notificações e referidos neste subcapítulo, estão disponíveis no anexo E.

3.2.3. A severidade do fenómeno queda

Devido à severidade de alguns incidentes, é importante proceder à sua descrição mais pormenorizada, entendendo assim os efeitos colaterais de uma queda e os procedimentos que foram realizados, desde exames de imagiologia, cirurgias, observação por diversas especialidades médicas ou realização de pensos. Em 15 incidentes houve a necessidade de realização de MCDT ou outros procedimentos.

Nestes episódios de queda, em 8 doentes, foi necessário a realização de TAC CE após o incidente. Todos os resultados destes exames estavam sem alterações, pelo que o episódio de queda foi encerrado.

O doente C, com queda às 14h45, descrito como um doente confuso/desorientado, encontrava-se sentado no cadeirão após o almoço, levantou-se para se transferir para a cama

sem ajuda e ficou sentado no chão. Não aparentava lesões visíveis, mas referia dor no trocânter esquerdo. Foram avaliados sinais vitais, monitorização e vigilância do estado de consciência e foi comunicado ao médico que observou o doente. A queda não foi presenciada e existia uma avaliação do risco prévio à queda com um *score* de alto risco. O doente teve alta para o lar e no dia seguinte é admitido na Urgência Geral Polivalente por dor no trocânter esquerdo, realizou RX e é diagnosticada uma fratura transtrocantérica do fémur esquerdo. O doente é internado e submetido a tratamento cirúrgico. Faleceu na sequência de complicações cirúrgicas.

A doente G, com queda à 01h00, descrita como doente consciente e orientada, foi encontrada caída no chão, com a mesa de cabeceira em cima da mesma. Foi colocada no leito e não apresentava alteração do estado de consciência ou feridas. Referiu ter batido com as nádegas. Esta queda não foi presenciada e não existe registo de avaliação do risco de queda prévio. Foram avaliados sinais vitais, monitorizado estado de consciência, comunicado ao médico com posterior observação, elevação das grades da cama e colocação do sistema de chamada junto da doente. Após a queda, a doente referiu dor no ombro direito com limitação de mobilidade (já tinha ido ao serviço de urgência há 8 dias pelo mesmo motivo). Fez RX aos ombros e foi observada pela especialidade de ortopedia sem sinais de fratura, foi medicada com analgesia, gelo e repouso no leito.

O doente AA, com queda às 5h50, identificado como doente confuso/desorientado e agitado, com instabilidade postural, foi encontrado no chão em decúbito dorsal e, segundo o próprio, escorregou do cadeirão onde encontrava sentado. A queda não foi presenciada e a avaliação do risco prévio à queda com um *score* de baixo risco. Foram avaliados sinais vitais, monitorizado estado de consciência, comunicado ao médico com posterior observação, realizado ensino ao doente e elevadas grades de proteção. Para esclarecimento do quadro de agravamento progressivo do doente, uns dias após a queda, este realizou TAC dorso-lombar que revelou fratura compressiva da primeira vértebra lombar. Foi observado pela especialidade de neurocirurgia que deu indicação para manter repouso no leito.

Doente AE, com queda às 7h30, orientado, foi encontrado no chão deitado. Regressou ao leito com ajuda. Foi questionado ao doente se tinha batido com a cabeça, referiu que achava que não e que tinha escorregado. Não referia dor e aparentemente sem lesões físicas visíveis. A queda não foi presenciada e a avaliação do risco de queda prévio tinha um *score* de alto risco. Após a queda, o doente referiu plegia da mão esquerda e parésia do antebraço esquerdo. Foram avaliados sinais vitais, monitorizado estado de consciência, comunicado ao médico com posterior observação, realizado ensino ao doente e elevadas grades de proteção. A pedido da médica, o doente realizou TAC CE que revelou alterações isquémicas. Realizou RMN CE que

revelou aspetos de natureza vascular isquémica e de carácter recente. Não teve indicação cirúrgica.

Doente AM, com queda às 20h45, referido como doente desorientado/confuso, com diminuição da força muscular e instabilidade postural. Um segundo doente da mesma enfermaria relatou que o doente se levantou do cadeirão na tentativa de ir para o leito e caiu ao fundo da cama e um dos outros doentes do quarto o colocou no leito. O doente refere que não bateu com a cabeça, mas refere dor a nível dos membros inferiores, na zona que embateu na cama. A queda foi presenciada por outros doentes e existia avaliação do risco de queda prévio com um *score* de baixo risco. Foram monitorizados sinais vitais, monitorizado e vigiado o estado de consciência, foi comunicado ao médico, realizado ensino ao doente e elevadas as grades de proteção da cama. O doente realizou RX da anca e da coxa direita sem alterações. Por manter queixas álgicas, cerca de uma semana após, realiza TAC da bacia que revela fratura do fémur com bácia posterior da cabeça do fémur. Foi submetido a hemiartroplastia da anca direita sob o efeito de anestesia geral, sem intercorrências, desenvolveu sinais inflamatórios na ferida operatória e foi observado pela especialidade de ortopedia tendo iniciado terapêutica dirigida, com alta posterior desta especialidade.

O doente BA, com queda às 2h30, sofreu queda da própria altura, sem perda de conhecimento ou amnésia, mas com hipotensão. O doente foi encontrado no chão, junto à cama, consciente e orientado, com memória para o acontecimento, mas muito sudorético, referindo ter sentido tonturas e ter escorregado ao calçar os chinelos no instante em que se levantou. Refere ter batido com a cabeça, resultando num hematoma frontal à esquerda, escoriação na mão e olecrâneo do membro superior esquerdo. O doente foi colocado no leito e foram avaliados sinais vitais, pedida observação médica, puncionados dois catéteres periféricos e administrada terapêutica dirigida e realizados pensos às escoriações. A queda não foi presenciada e a avaliação de risco de queda prévio tinha um *score* de baixo risco. O doente foi transferido para o HSJ para observação por cirurgia geral e anestesia. Realizou TAC abdomino-pélvico que sugeriu perfuração. O doente entrou em choque séptico, hipovolémia, com atingimento renal e hepático, com necessidade de intervenção cirúrgica urgente. Realizou laparotomia exploradora e foi transferido para a UUM falecendo depois por choque séptico.

Destes seis incidentes em que resultaram dados mais severos, quatro deles ocorreram no turno da noite, um no turno da manhã e um no turno da tarde.

3.2.4. Análise das entrevistas semiestruturadas

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas a profissionais de saúde que exerciam funções há mais de 5 anos e que em 2022 se encontravam em funções neste internamento de medicina.

A amostra foi constituída por 7 profissionais, todos do sexo feminino. A idade das entrevistadas variou entre os 28 e os 63 anos, numa tentativa de obter mais informações conforme a diversidade de experiências profissionais vividas, sendo que a maior parte das entrevistadas tem entre os 30 e os 44 anos (5 entrevistadas). Também 5 das entrevistadas são enfermeiras e 2 pertencem à categoria de AO. Das enfermeiras entrevistadas, a formação varia desde Licenciatura em Enfermagem até ao Mestrado em Enfermagem. O tempo de exercício profissional varia entre os 6 e os 27 anos. A amostra foi assim constituída por diferentes profissionais, em diversas etapas da sua carreira profissional, com vários níveis de escolaridade para uma maior diversificação dos dados obtidos. Na tabela 4 encontra-se a caracterização sociodemográfica das participantes.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos participantes nas entrevistas semiestruturadas

Sexo	Idade	Habilitações académicas	Categoria profissional	Tempo de exercício profissional (em anos completos)
Feminino	28	Mestrado em Enfermagem	Enfermeira	6
Feminino	30	Especialidade em Saúde Comunitária e Saúde Pública	Enfermeira	7
Feminino	38	Especialidade em Enfermagem de Reabilitação	Enfermeira	14
Feminino	39	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeira	17
Feminino	44	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeira	20
Feminino	44	9º ano	AO	7
Feminino	63	12º ano	AO	27

Fonte: Entrevistas semiestruturadas realizadas a profissionais de saúde

A análise das entrevistas semiestruturadas foi realizada com a metodologia de Gioia, Corley e Hamilton (2013) e o seu resultado completo pode ser consultado no anexo F.

Desta análise foi possível identificar cento e dez conceitos de 1ª ordem, dez conceitos de 2ª ordem e quatro dimensões agregadas.

A primeira dimensão agregada compreende os fatores de risco. Os profissionais entrevistados identificam como motivo das quedas fatores intrínsecos e fatores extrínsecos. Todos os profissionais entrevistados referem que existe risco de queda na medicina em estudo. Dentro dos fatores de risco intrínsecos foram identificados motivos como o estado de consciência do doente, o estado de orientação, confusão, agitação psicomotora ou a debilidade física. Nos fatores extrínsecos foi referido o estado do material (grades que não fixam, cadeirões em mau estado, a segurança das camas ou o estado do piso) bem como o tamanho dos quartos e a grande quantidade de material neles, a disposição do espaço físico, as casas-de-banho com poucas condições e ainda a escassez de material como imobilizadores para contenção física (mecânica).

A segunda dimensão agregada reporta à prevenção e segurança. Aqui estão incluídos os conceitos de segunda ordem de medidas de prevenção, deficiência nas auditorias e a responsabilidade dos profissionais. Nas medidas de prevenção, os profissionais de saúde entrevistados identificam variadas medidas que consideram importantes para a prevenção de quedas como a medicação adequada e a sua gestão e quando necessário, a própria contenção química, a adequação do espaço físico ao doente com a utilização de chinelos antiderrapantes, verificação do estado do piso, elevação das grades da cama, manter o nível da cama o mais baixo possível, uma comunicação eficaz com o doente com a perspetiva também de o manter o mais orientado possível e aumentar a vigilância deste tanto na enfermaria como na casa-de-banho através do aumento dos recursos humanos em turno, ou, se for mesmo necessário e sem outras medidas disponíveis, a contenção física (mecânica) do doente. Existe também um consenso entre os entrevistados de que as auditorias são insuficientes e quando existem, não se traduzem em resultados práticos e que deveria existir uma auditoria, pelo menos mensal, ao estado do material (camas, cadeirões, sistemas de chamada) e que isto se traduzisse em arranjos efetivos ou compra de novos materiais. Em relação à responsabilidade dos profissionais, cinco dos sete profissionais entrevistados não conhece o procedimento multisectorial SDO.104 que diz respeito à prevenção e monitorização das quedas de doentes em ambiente hospitalar. Os profissionais vêem-se como responsáveis pelo doente num todo, avaliando o seu comportamento e consequentemente o risco de queda. Está presente a necessidade de formação multidisciplinar, com *briefings* e análise dos episódios de queda, com consequente envolvimento mais assertivo da equipa médica para uma prescrição terapêutica mais ajustada.

A terceira dimensão agregada comporta os recursos e a estrutura organizacional. Neste campo existe a divisão entre recursos humanos e físicos, que compõem os conceitos de 2ª ordem. Nos recursos humanos, os entrevistados estão de acordo em que estes precisam de ser

adequados ao serviço em questão, em relação ao rácio doente/enfermeiro para ser possível uma maior vigilância. Nos recursos físicos, a aquisição de material adequado e o melhoramento da estrutura física são dois pontos identificados.

A quarta e última dimensão agregada são as consequências e respostas. Os conceitos de 2ª ordem englobam as consequências pós-queda, os procedimentos pós-queda e o impacto emocional nos profissionais de saúde. São identificadas como principais consequências de uma queda os traumatismos, as quebras cutâneas, fraturas, hematomas ou traumas. Como procedimentos pós-queda, a maioria dos profissionais atua de forma semelhante o que consiste em chamar o médico, realizar uma avaliação hemodinâmica e o estado de consciência, avaliar possíveis lesões, preencher a notificação do incidente de queda e reavaliar o risco de queda. O impacto emocional é sempre um fator a ter em conta quando um doente cai. Este fenómeno impacta sempre o profissional presente e estes sentimentos vão desde a frustração, a culpabilização, causando receios e ansiedade, tristeza, sentimento constrangedor pela situação e o próprio questionar do que poderia ter sido feito para o incidente não ter ocorrido. Existe referência ao impacto negativo que estes incidentes têm na equipa de saúde no seu geral.

Das sete entrevistas realizadas e após a sua análise, é possível perceber, comparando os dados registados no sistema de notificação interno de incidentes, que a equipa percebe que o doente cai porque fica confuso ou agitado (motivo de queda mais registado) ou mesmo as condições físicas do espaço deste internamento, como o piso da casa-de-banho ou o estado das camas e cadeirões, havendo referência também à qualidade dos chinelos.

Os elementos entrevistados referem que se existisse um aumento do rácio enfermeiro/doente e AO/doente, alguns destes problemas poderia ser mais facilmente colmatado, podendo relacionar o facto de as quedas não presenciadas serem as mais frequentes.

Os danos mais registados foram o traumatismo crânio-encefálico, as escoriações ou as fraturas que vão de encontro ao que foi referido durante as entrevistas. As práticas após uma queda são também transversais nos registos consultados e no que foi referido pelos entrevistados, com os procedimentos a realizar bem definidos.

3.3. Análise crítica

Da análise documental, verificou-se que na ULS São José existe um procedimento multisectorial relativo à prevenção de quedas, mas este ainda não é do conhecimento de todos os profissionais de saúde que exercem funções nesta medicina, como se pode constatar nas entrevistas semiestruturadas.

Verifica-se também uma tendência geral de aproximação dos resultados obtidos na análise dos dados do sistema interno de notificações de incidentes do doente e da análise das entrevistas semiestruturadas.

Comparando os resultados obtidos com estudos já realizados, Silva, Barbosa e Castro, *et al.* (2013), num estudo com 47 idosos institucionalizados, concluíram que o género feminino apresentou pior desempenho funcional médio quando comparado ao masculino apesar de apenas 19 participantes deste estudo serem do sexo feminino. A maioria dos idosos estava na faixa dos 60 e 79 anos e não praticava nenhum tipo de atividade física e 89,4% tinham prescrito algum tipo de medicamento. Neste estudo, doentes do sexo feminino apresentavam maior risco de queda que os do sexo masculino em 3,9 vezes. No estudo desta medicina, a queda ocorreu mais frequentemente em doentes do sexo masculino (26 quedas em comparação a 15), mas as doentes do sexo feminino eram mais velhas, com uma média de idade de 84,2 anos, enquanto que nos doentes do sexo masculino a média de idades foi de 77,3 anos.

No estudo de Marques Costa dos Reis e Alves Costa de Jesus (2015), dos 271 idosos avaliados, 57,5% eram do sexo feminino, a idade média foi de 79 anos, 53,1% dos participantes no estudo tinham forte dependência para a realização das AVD's e 87,2% tinham um estado mental comprometido. A maior parte dos idosos tinha já comorbilidades associadas como hipertensão arterial ou AVC anterior e estavam polimedicados. Os autores concluíram que a maior parte das quedas foram sofridas por mulheres (59,42%); por idosos com 80 anos ou mais (47,2%); com historial de queda prévia (85,5%); dependentes para as suas AVD's (55,07%); cognitivamente comprometidos (91,1%); mobilidade física alterada (88,4%) e polimedicados (76,8%). Em comparação com o estudo atual, as quedas ocorreram mais em homens com idade média de 77,3 anos. Dos doentes que caíram, 3 tinham atribuído sem risco de queda na EQM, 25 doentes tinham baixo risco e 15 alto risco. O historial de queda prévia não foi abordado neste estudo pelo que não é possível aqui a sua comparação.

Segundo de Menezes e Bachion (2012), num estudo com 59 idosos, as quedas ocorreram principalmente durante o dia e durante a deambulação, devido ao idoso tropeçar e enquanto estava calçado com chinelos. A maior parte da amostra era constituída por idosas do sexo feminino e a faixa etária prevalecente foi de 80 anos. Aqui, mais uma vez, o estudo presente contraria a tendência do doente do sexo feminino cair mais, como referido anteriormente, nesta medicina a queda mais frequente foi do doente do sexo masculino e a idade média foi de 77,3 anos. Relativamente ao horário em que a queda ocorreu, este estudo suporta os dados obtidos, sendo que o maior caso de incidentes foi registado no turno da manhã, com 24 quedas,

relacionando também o motivo pelos quais os doentes caíram que foi o escorregar e a perda de equilíbrio.

Falcão, Costa, Fernandes, *et al.* (2019) utilizaram a EQM para avaliar o risco de quedas de pessoas idosas hospitalizadas, tendo chegado à conclusão que 45% da amostra (com 284 participantes) apresentou alto risco de queda. Esta amostra foi constituída por 52,5% de idosos do sexo masculino; as idades prevalentes foram entre os 60 e os 69 anos (58,1%). O tempo médio de internamento foi de 5,5 dias. Este estudo concluiu que a idade acima dos 60 anos é considerada um fator de risco significativo para as quedas e que as mulheres, com idade compreendida entre os 70 e os 79 anos apresentam um risco mais elevado de cair, dados um pouco diferentes deste estudo em que a média de idade das doentes que caíram foi de 84,2 anos. Dos 45 relatos neste estudo que apresentam descrito o risco de queda prévio ao incidente, apenas 15 apresentam o doente como tendo alto risco de queda.

Como limitações do estudo, evidencia-se que este não pode ser generalizado a todos os contextos hospitalares, pois aqui foi estudada apenas uma unidade de internamento e, sendo um estudo onde se utiliza uma amostra por conveniência, poderá apresentar algum tipo de viés, sendo que foi a investigadora que escolheu a amostra de profissionais que foram entrevistados, o que se pode tornar tendencioso. Não sendo também utilizada uma amostra aleatória, não se podem inferir os resultados obtidos para a população geral.

Apesar de existirem 66 relatos de incidentes, neste serviço de internamento, no ano 2022, 48 dos quais foram analisados neste estudo, não é possível afirmar com toda a certeza que não existiram mais episódios de queda. Poderá existir aqui um lapso entre os incidentes que realmente aconteceram e os que foram registados, sendo que em alguns episódios de queda, por o doente não apresentar qualquer tipo de lesão ou por a queda ter sido observada pelo profissional de saúde e não existirem consequências desta, o registo, e incorretamente, não é realizado no sistema interno de notificações, é apenas transmitida esta informação na transmissão de ocorrências de turno para turno.

Para melhoria futura, poderá ser utilizada uma amostra maior e mais diversificada, podendo incluir outros serviços de internamento de medicina, garantindo a representatividade dos resultados, com recurso também a questionários para abranger um leque maior e mais variado de profissionais de saúde, assim como a aplicação de questionários a doentes e famílias/cuidadores para uma caracterização sociodemográfica e socioeconómica.

No entanto, entende-se que obter dados que facilitem a prevenção de quedas, sendo este um dos incidentes de segurança mais comuns a nível dos internamentos hospitalares, é

fundamental para várias áreas desde a área assistencial à área de ensino escolar, como também para novas pesquisas neste campo.

Capítulo 4 – Projeto de intervenção

A prevenção de quedas e das suas consequências são um grande desafio nas unidades hospitalares. Por ser um fenómeno habitualmente multifatorial, a prevenção deve também ser multidimensional e envolver toda a equipa multidisciplinar, equipa essa que deve compreender que Portugal está em processo de envelhecimento e que isto trará novos desafios. Desta forma, a equipa deve ser sensibilizada e formada para lidar com este crescimento da população idosa, procedendo à avaliação e implementação de intervenções, dando especial importância à promoção da saúde e educação da pessoa idosa. Para além do envolvimento da equipa multidisciplinar, a família/cuidador devem também ser envolvidos neste processo, através de ensinamentos dirigidos.

Os enfermeiros, por serem os profissionais que passam mais tempo com a pessoa doente, tem um papel preponderante na avaliação do risco de queda e consequentemente na sua prevenção.

Para colmatar os problemas que foram identificados neste internamento de medicina da ULS São José, foi desenhado um projeto de intervenção com o nome “*Segurança em Movimento: Prevenção de quedas em ambiente hospitalar*”. Este projeto compreende ações de melhoria em alguns pontos críticos identificados e será implementado nas várias equipas de saúde existentes neste serviço.

O logotipo desenhado será colocado no novo folheto informativo a ser desenvolvido futuramente e após formação de toda a equipa multidisciplinar e será entregue a todos os doentes, famílias e/ou cuidadores no momento da admissão do doente no internamento.



Fonte: elaborado pela autora

Figura 2 - Logotipo do projeto de intervenção

Projeto de Intervenção

1 – Formação em serviço

Destinatários:

- Equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais).

Objetivos:

- Dotar a equipa multidisciplinar de conhecimentos acerca das causas, efeitos e severidade das quedas;
- Permitir uma melhor articulação entre as equipas de saúde em caso de queda.

Ações a desenvolver:

- Formação da equipa multidisciplinar, dividida por grupos de profissionais de saúde (médicos/enfermeiros/AO) de maneira a ser uma formação adequada e dirigida a cada um destes grupos, de carácter obrigatório e anual ou sempre que exista necessidade (com a entrada de novos elementos, por exemplo).

2 – Protocolo médico de acolhimento ao doente

Destinatários:

- Equipa médica, assistentes graduados, internos de formação geral e específica e diretora do serviço.

Objetivos:

- Promover a reconciliação terapêutica;
- Promover a realização de ajuste de terapêutica específica em horários adequados;
- Promoção da prescrição de terapêutica dirigida a situações concretas;
- Promover a articulação com outras especialidades da ULS São José.

Ações a desenvolver:

- Promover a reconciliação terapêutica: evitar que o doente deixe de tomar medicação que fazia no domicílio e que poderá influenciar o estado confusional na noite;

- Promover a prescrição da administração de diuréticos em horários que não coincidam com a hora de dormir para o doente não ter tendência a se levantar de noite para urinar;
- Articulação com a Farmácia Hospitalar para revisão terapêutica e horários ajustados;
- Incentivar a prescrição de medicação para administração em casos de agitação psicomotora (contenção química) para doentes agitados e com tentativas de levantar a fim de evitar as contenções mecânicas;
- Propor que seja realizado pedido de apoio à especialidade de medicina física e de reabilitação para estabelecer programas de treino personalizados, bem como a realização de outras atividades como a natação ou o ioga em parceria com os restantes polos hospitalares que disponham destas atividades (por exemplo, o polo do HCC possui uma piscina no ginásio do serviço de medicina física e de reabilitação).

3 – Intervenção na equipa de enfermagem

Destinatários:

- Equipa de enfermeiros.

Objetivos:

- Reforçar a importância da avaliação sistemática do risco de queda na EQM;
- Aumentar a correta programação de intervenções dirigidas à prevenção de quedas, tendo em consideração a avaliação do doente;
- Implementar novas sinaléticas de alerta para doentes com alto risco de queda;
- Capacitar a equipa de conhecimento para um ensino eficaz ao doente, família ou cuidador;
- Reforçar a importância do correto preenchimento do relato de incidente do doente;
- Dar a conhecer o Procedimento Multissetorial SDO.104 - Prevenção e Monitorização das Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar existente na ULS São José.

Ações a desenvolver:

- Avaliar se a equipa de enfermagem preenche de forma sistemática o risco de queda aplicando a EQM disponível no sistema de registos de enfermagem – na admissão do doente, de 7/7 dias, sempre que o doente sofra uma queda e sempre que existam alterações importantes dos fatores de risco (como alteração do estado de consciência);
- Incentivar a programação de intervenções ajustadas e personalizadas a cada doente, conforme o risco obtido na EQM, permitindo assim que doentes com alto risco de queda

beneficiem de ações dirigidas e eficazes na prevenção de quedas, capacitando a equipa a identificar precocemente alterações de fatores que intervenham no risco do doente cair: tonturas, alteração do estado de orientação, diminuição da força muscular, permitindo também uma comunicação atempada com a equipa médica para uma rápida intervenção dirigida e prevenção de provável queda;

- Implementar nova sinalética na folha de passagem de turno de enfermagem, de forma a permitir uma rápida identificação dos doentes com alto risco de queda avaliado na EQM;
- Implementar a identificação do doente com alto risco de queda avaliado na EQM com uma pulseira azul clara, permitindo não só a identificação deste risco por parte dos profissionais de saúde do serviço, mas também os profissionais de saúde de outros serviços onde o doente se desloque (para realizar MCDT ou outros tratamentos), inclusive fora da ULS São José;
- Implementar a identificação da cama do doente com alto risco de queda avaliado na EQM com sinalética representativa do risco, permitindo uma maior consciência das ações de prevenção a serem tomadas por cada elemento da equipa multidisciplinar: garantia de um espaço físico arrumado, livre de objetos no chão, se os pertences pessoais do doente estão ao seu alcance assim como o sistema de chamada ou se existe urinol disponível;
- Programar ensinos ao doente e à família/cuidador, tanto na admissão do doente como sempre que necessário. Os ensinos devem abordar os perigos no internamento, mas também os riscos em casa e como estes podem ser minimizados. Após a conclusão do folheto informativo, este será fornecido pelo enfermeiro que efetuar a admissão do doente no serviço, juntamente com a realização de ensinos dirigidos e reforço destes sempre que seja necessário;
- Promover um correto preenchimento do relato de incidente do doente, permitindo uma descrição correta e verdadeira dos factos, para que possa ser efetuada uma análise de incidentes posterior e a implementação de melhorias nos pontos críticos, reforçando a ideia de que os relatos não visam punir os relatores, mas sim permitir a melhoria dos cuidados prestados e detetar problemas recorrentes de forma precoce;
- Disponibilizar o procedimento multisectorial na pasta partilhada da equipa de enfermagem existente nos computadores do serviço para um rápido e fácil acesso.

4 – Intervenção na equipa de assistentes operacionais

Destinatários:

- Equipa de AO.

Objetivos:

- Reforçar a importância da equipa de AO na prevenção de queda do doente internado;
- Promover o conhecimento das ações independentes que esta equipa pode realizar para a prevenção de quedas.

Ações a desenvolver:

- Instruir a equipa a uma maior vigilância do doente tanto na enfermaria como na casa-de-banho, não permitindo que o doente fique sozinho, verificando também o estado dos chinelos e da roupa que o doente utiliza, se está ajustada ao tamanho correto do doente;
- Desenvolver uma folha de verificação diária para preenchimento acerca do estado do material nas enfermarias – camas e cadeirões (travões, grades, comandos), estado das rodas dos suportes de soro, verificação do funcionamento dos sistemas de chamada e das luzes de presença;
- Promover a manutenção de um espaço físico adequado, limpo e arrumado, retirando todo o material que não vai ser utilizado no imediato, guardando no armazém para utilização futura, verificar se os pertences do doente estão ao seu alcance.

5 – Auditorias**Destinatários:**

- Enfermeira gestora e enfermeira dinamizadora do Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem, implantado na ULS São José.

Objetivos:

- Implementar auditorias regulares ao estado do material na enfermaria.

Ações a desenvolver:

- Auditorias mensais realizadas pela enfermeira dinamizadora aos materiais do serviço como camas, cadeirões, sistema de chamada, estado dos pisos, luzes de presença, suportes de soro, entre outros;
- Articular com a enfermeira gestora os pedidos de manutenção destes materiais, assim como os pedidos de arranjo ou de substituição.

6 – Protocolo com o serviço de Saúde Ocupacional

Destinatários:

- Equipa multidisciplinar, com relevante incidência para os enfermeiros e AO.

Objetivos:

- Permitir um seguimento em consultas de psicologia inseridas no âmbito da medicina do trabalho.

Ações a desenvolver:

- Após uma queda, existe um impacto negativo nos profissionais de saúde. Sendo os enfermeiros e os AO que, geralmente, detetam estes incidentes e se sentem responsáveis por eles, será criado um protocolo com o serviço de Saúde Ocupacional para que seja facilitado o acesso ao psicólogo da ULS São José para gestão de sentimentos.

7 – O apoio do familiar ou cuidador

Destinatários:

- Familiares e/ou cuidadores do doente idoso internado.

Objetivos:

- Permitir à família/cuidador ser parte integrante dos cuidados prestados.

Ações a desenvolver:

- Fornecer informação à família/cuidados no âmbito da prevenção de quedas não só no internamento, mas também no domicílio.
- Perceber com a família/cuidador se o idoso tinha algum hábito no domicílio que se possa replicar no internamento: um passeio até ao átrio do hospital, urinar sempre antes de ir para o leito (evitando levantes noturnos), ingerir algum tipo de alimento que o mantenha mais confortável e calmo, beber água antes de dormir, entre outros. Replicando estes hábitos, com a família presente sempre que possível, haverá uma melhor adaptação e integração do idoso ao serviço, prevenindo períodos de confusão e desorientação agudos.

8 – Substituição de material

Especificações:

- De acordo com as causas encontradas para a queda dos doentes neste serviço, irá ser proposto a aplicação de material antiderrapante no chão das casas-de-banho, principalmente na zona dos chuveiros, assim como o nivelamento das superfícies deste que se encontram mais baixas que o restante chão;
- Os chinelos que existem na unidade não são também os mais adequados. Neste sentido irá ser feito um pedido de reavaliação deste material para um material mais robusto, antiderrapante e que seja passível de se adaptar ao pé dos doentes;
- As rodas dos suportes de soro estão desgastadas e encravam ao andar, vai ser proposto a sua substituição ou a aquisição de novos suportes, mais leves e funcionais;
- Aquisição de alarmes de cama, permitindo a rápida identificação de um doente que realize levante não autorizado, com o toque do alarme, sendo possível uma intervenção atempada.

9 – Desenvolvimento do folheto informativo

Especificações:

- O novo folheto informativo será desenvolvido tendo em conta o folheto já existente na ULS São José e em parceria com o Gabinete de Segurança do Doente, de acordo com novas orientações existentes e após formação à equipa multidisciplinar.

Na tabela 5 é apresentada a proposta para as sinaléticas a utilizar na unidade do doente, na folha de passagem de turno e as pulseiras identificadoras para doentes com alto risco de queda na EQM.

Tabela 5 - Sinalética para identificação do doente com alto risco de queda



Autocolante para identificação da unidade do doente com alto risco de queda



Símbolo para identificação do doente com alto risco de queda na folha de passagem de turno de enfermagem



Pulseira azul clara para identificar doentes com alto risco de queda

Fonte: elaborada pela autora

Implementação do projeto de intervenção

Este projeto será implementado durante o ano de 2025. No primeiro semestre, iniciar-se-á a formação à equipa multidisciplinar. Seguidamente, irá implementar-se a sinalética nas unidades dos doentes, a introdução do símbolo na folha de passagem de turno e a introdução da pulseira azul clara.

O protocolo médico de acolhimento ao doente será realizado em coordenação com a médica diretora do serviço e será ministrada formação acerca deste à equipa médica.

Será elaborada uma grelha de observação para preenchimento dos AO, pelo menos uma vez por dia, do estado do material existente nas enfermarias.

No final do semestre será reforçada a formação a novos elementos das equipas ou a quem necessite de reforço adicional e será realizada uma primeira análise aos incidentes de queda neste semestre.

O folheto informativo será desenvolvido e começará a ser entregue ao doente e família/cuidador, com ensinamentos reforçados acerca da prevenção de quedas tanto no internamento como no domicílio.

No segundo semestre, é desejável que o número de quedas comece a diminuir e no final do ano de 2025 é expetável que existam, pelo menos, menos 15 quedas que no ano de 2022.

Avaliação da eficácia do projeto

No mês de janeiro de 2026 será realizada uma análise aos dados registados no ano de 2025, no sistema interno de notificações de incidentes do doente, para analisar quantos episódios de queda foram registados nesse ano, as suas causas e severidade e perceber se existe necessidade de alterações ou ajustes neste projeto de intervenção.

A tabela 6 demonstra um cronograma com a previsão de implementação do projeto acima descrito.

Tabela 6 - Cronograma de aplicação do projeto de intervenção

	2025	Formação geral	Identificação da unidade do doente	Identificação na folha de passagem de turno	Identificação do doente com pulseira azul clara	Elaboração do protocolo médico	Formação à equipa médica acerca do novo protocolo	Elaboração da grelha de observação dos AO	Formação à equipa de AO acerca da grelha de observação	Formação geral	Análise dos dados das quedas no 1º semestre de 2025	Elaboração do novo folheto informativo	Reavaliação das necessidades de formação	Início da recolha de dados das quedas do ano 2025	2026	Análise dos dados registados no ano de 2025
Janeiro																
Fevereiro																
Março																
Abril																
Maio																
Junho																
Julho																
Agosto																
Setembro																
Outubro																
Novembro																
Dezembro																

Fonte: elaborada pela autora

Conclusão

As quedas em pessoas idosas hospitalizadas são uma questão significativa e um problema nos sistemas de saúde atuais, com implicações diretas na morbidade, mortalidade e qualidade de vida do doente.

No serviço de internamento de medicina em estudo na ULS São José, no ano de 2022, ocorreram 48 incidentes em 41 doentes com 65 anos ou mais. A maior parte dos doentes caiu uma vez, mas existem doentes com múltiplos episódios, o que indica que existe a necessidade de intervenção para estes idosos, mais dirigida e personalizada.

As principais causas de quedas incluem o escorregar e a perda de equilíbrio, sendo que a maior parte das quedas são multifatoriais, incluindo o estado de saúde do doente e fatores relacionados com o ambiente hospitalar. O turno onde mais quedas ocorrem, é o turno da manhã, possivelmente ligado à maior atividade deste turno. No turno da noite, apesar de existirem menos quedas, estas também ocorrem, o que se pode dever a equipa de profissionais mais reduzida e menor visibilidade do espaço por luminosidade insuficiente.

Os dados revelaram que a maior parte das quedas não foi presenciada, o que influencia na identificação precisa dos motivos de queda e na consequente implementação de medidas preventivas ajustadas. Quando aos danos provocados, a maior parte dos incidentes não provocou dano, mas existiram ocorrências que levaram a danos significativos.

Da análise dos fatores ambientais e do estado de saúde do doente, conclui-se que a prevenção das quedas deve ser multifatorial, incluindo tanto intervenções a nível do ambiente físico como a nível da condição do doente e eventuais alterações. Esta análise também evidenciou que, embora a avaliação do risco de queda seja realizada conforme o protocolado, existe espaço para melhorar, especialmente na reavaliação periódica e nas intervenções específicas para doentes com alto risco de queda na EQM, envolvendo não só a equipa de saúde, mas os próprios doentes e os familiares/cuidadores, através do ensino direcionado e promovendo a sua presença junto do doente.

As quedas são percecionadas e vividas pelos profissionais de saúde com um impacto emocional muito próprio pois estes sentem a responsabilidade da queda como sua. Estes profissionais, através das entrevistas semiestruturadas, definiram os riscos de queda como intrínsecos e extrínsecos, incluindo, respetivamente, o estado de consciência do doente, desequilíbrio, a presença de patologias diversas (como a demência ou a agitação psicomotora); e as condições físicas do serviço (estado das camas e cadeirões, estado do piso, falta de dispositivos de contenção adequados). Estes fatores extrínsecos, influenciam muitas vezes os

fatores inerentes ao próprio doente, aumentando o risco de queda. Os sentimentos mais expressados pelos profissionais após a queda de um doente foram frustração, culpabilização ou tristeza.

A prevenção exige uma combinação integrada de gestão de medidas que incluam fatores intrínsecos e extrínsecos. A equipa identificou como estratégias de prevenção a administração adequada de medicação, a contenção química e mecânica, quando necessária e a realização da EQM de forma sistemática. Referiram também a otimização do ambiente físico para minimizar riscos, como manter o nível da cama baixo, a elevação das grades de segurança ou o piso seco. De referir também que a comunicação clara com a equipa multidisciplinar foi um tema muito abordado de forma a ser possível a identificação precoce de riscos e a implementação de planos de prevenção, bem como as auditorias frequentes ao estado do material.

A formação, como base dos cuidados prestados, foi um tema discutido, com a equipa a sentir necessidade de uma formação mais contínua e multidisciplinar com vista a uma maior articulação entre as equipas, considerando o doente numa perspetiva holística e agindo de acordo com os protocolos instituídos, para além de um rácio adequado enfermeiro/doente, para melhor vigilância e adequação dos cuidados.

A análise da severidade de alguns episódios de queda revela que este é de facto, um fenómeno preocupante e ainda muito frequente nas unidades de saúde, impactando negativamente a qualidade de vida do doente idoso e o seu estado funcional. Estes episódios, muitas vezes subestimados, apresentam um risco para a pessoa idosa, não só físico, mas também mental, podendo influenciar negativamente o prognóstico e a própria recuperação do doente, aumentando os dias de internamento ou a necessidade de realização de novos exames, influenciando o aumento de custos hospitalares e a ocupação mais prolongada de camas de internamento.

O projeto de intervenção foi desenvolvido a pensar nas falhas e dificuldades detetadas e relatadas, tanto a nível do sistema interno de notificações como nas entrevistas semiestruturadas, abrangendo toda a equipa multidisciplinar e outros serviços existentes na ULS São José de forma a uma conjugação de esforços de modo a garantir uma redução eficaz dos incidentes de quedas. Este conta com uma formação à equipa multidisciplinar, a elaboração de um novo protocolo médico de acolhimento ao doente, intervenções dirigidas à equipa de enfermagem e à equipa de assistentes operacionais, focadas em cada conjunto de competências de cada grupo profissional, o investimento em auditorias no serviço, efetuadas pela gestão em parceria com o enfermeiro dinamizador do projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, a implementação de consultas regulares com o serviço de psicologia clínica,

existente no serviço de saúde ocupacional da ULS São José, o envolvimento da família e/ou cuidador nos cuidados de saúde prestados e na realização de ensinos regulares, a substituição de material degradado e a aquisição de novos materiais para facilitar o movimento do doente pela enfermaria. Por último, com o desenvolvimento do novo folheto informativo e a sua distribuição ao doente no momento da admissão ao internamento, pretende-se não só a prevenção da queda em meio hospitalar, mas também quando o doente tiver alta e se encontrar já no seu domicílio.

A problemática das quedas exige ações imediatas, a nível tanto estrutural como dos recursos humanos e físicos, sendo uma realidade inadiável, com a necessidade de formação contínua aos profissionais de saúde e a manutenção de um ambiente seguro para o doente.

Este estudo visa promover o conhecimento mais aprofundado acerca das quedas nos doentes internados, no sentido de ser possível fomentar uma maior compreensão acerca das suas causas, efeitos e severidade, com vista à implementação de estratégias de prevenção eficientes, para uma prática clínica mais humanizada e centrada no doente.

Para terminar, uma reflexão segundo o professor Bernard Isaacs (1924–1995): *“Uma criança leva um ano para adquirir movimento independente e dez anos para adquirir mobilidade independente. Um idoso pode perder os dois em um dia”*.

Fontes

- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Plano Nacional Para A Segurança Dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 28, Parte C. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 187, p. 96-103. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Portugal. (2019). Lei de bases da saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 170. https://pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3197&tabela=leis&ficha=1

Referências Bibliográficas

- Abreu, C., Mendes, A., Monteiro, J., & Santos, F. R. (2012). Falls in hospital settings: A longitudinal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 597–603. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000300023>
- Almeida, R. A. R. de, Abreu, C. C. F. de, & Mendes, A. M. O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: Contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, III(2), 163–172. <https://doi.org/10.12707/riii1016>
- Alves, T., Silva, S., Braz, P., Aniceto, C., Mexia, R., Dias, C. M. (2024) *_Quedas Em Pessoas Idosas Em Portugal: Uma Abordagem Epidemiológica a Partir Dos Dados de 2023 Do Sistema EVITA*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Boletim Epidemiológico Observações, 2ª série, Vol. 13, Nº 35. INSA. <http://hdl.handle.net/10400.18/9178>
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, & American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. (2001). Guidelines for the prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 664-672. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49115.x>
- Andrade, S. R. de, Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. A. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: Uma revisão integrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Andre, M., & Ludke, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Epu. <https://emaberto.inep.gov.br/ojs3/index.php/emaberto/article/view/1971/1710>
- Awale, A., Hagedorn, T. J., Dufour, A. B., Menz, H. B., Casey, V. A., & Hannan, M. T. (2017). Foot function, foot pain, and falls in older adults: The Framingham foot study. *Gerontology*, 63(4), 318–324. <https://doi.org/10.1159/000475710>
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., Rosenberg, L., & Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649–657. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61464-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61464-1)
- Boyd, C. M., Ricks, M., Fried, L. P., Guralnik, J. M., Xue, Q.-L., Xia, J., & Bandeen-Roche, K. (2009). Functional decline and recovery of activities of daily living in hospitalized, disabled older women: The women's health and aging study I. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(10), 1757–1766. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02455.x>
- Close, J. C. T., Lord, S. L., Menz, H. B., & Sherrington, C. (2005). What is the role of falls? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 19(6), 913–935. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2005.06.002>
- Costa-Dias, M. J. M. da, Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 7-17. <https://doi.org/10.12707/riii1382>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4ª ed.). <https://archive.org/details/methodology-alobatnic-libraries-creswell/page/n3/mode/2up>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. Normas da Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Ellis, G., & Langhorne, P. (2005). Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin*, 71(1), 45–59. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldh033>

- Falcão, R. M. de M., Costa, K. N. de F. M., Fernandes, M. das G. M., Pontes, M. de L. de F., Vasconcelos, J. de M. B., & Oliveira, J. dos S. (2019). Risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. *Revista gaucha de enfermagem*, 40(spe), e20180266. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180266>
- Falsarella, G. R., Gasparotto, L. P. R., & Coimbra, A. M. V. (2014). Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 897–910. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>
- Fortin, M. F. (2000). *O Processo de investigação: Da concepção à realização* (2ª ed.). Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática* (1ª ed.). Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), 255–263. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.m255>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Gobbens, R. J. J., van Assen, M. A. L. M., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2010). The Tilburg frailty indicator: Psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 344–355. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.003>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. Lisboa. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística: Censos 2021. (2022). *XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação: Resultados definitivos*. Lisboa. <https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Pessoa idosa: Definição e estatísticas demográficas*. Lisboa. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Kohn L.T., Corrigan J.M., & Donaldson M.S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Institute of Medicine. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Lafont, C., Gérard, S., Voisin, T., Pahor, M., Vellas, B., & Members of I.A.G.G./A.M.P.A Task Force (2011). Reducing "iatrogenic disability" in the hospitalized frail elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(8), 645–660. <https://doi.org/10.1007/s12603-011-0335-7>
- Lee, D. R., Santo, E. C., Lo, J. C., Rittnerman Weintraub, M. L., Patton, M., & Gordon, N. P. (2018). Understanding functional and social risk characteristics of frail older adults: A cross-sectional survey study. *BMC Family Practice*, 19(170). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0851-1>
- Lobo, A. & Pereira, A. (2007). Idoso institucionalizado: Funcionalidade e aptidão física. *Revista Referência*. II(4), 61-68. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=idoso&id_artigo=16

- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semi-estruturada: Análise de objetivos e de roteiros. Em *A pesquisa qualitativa em debate: Anais do 2º Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos* (pp. 1–10). Universidade do Sagrado Coração. https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf
- Marques Costa dos Reis, K., & Alves Costa de Jesus, C. (2015). Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1130–1138. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281442811019>
- McDonald, R.M., & Eisenhardt, K.M. (2017). *Category Kings and Commoners: How Market-Creation Efforts Can Undermine Startups' Standing in a New Market I*. <https://www.semanticscholar.org/paper/1675e0fd62879a395b277eac10684a51324ab85e>
- Mendes, E., Novo, A., Preto, L., Nogueiro, A., & Branco, D. (2011). Declínio funcional e risco de quedas em idosos hospitalizados. Em *Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. 4º Congresso Reabilitar para a Vida*. Viseu. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/5949>
- Menezes, C., Oliveira, V. R. C., & Menezes, R. L. (2010). Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. *Revista Movimenta*, 3(2), 76-84. http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/11682/1/ARTIGO_RepercussoesHospitalizacaoCapacidade.PDF
- Menezes, R. L. de, & Bachion, M. M. (2012). Ocorrência de quedas e seu contexto num seguimento de dois anos em idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(3). <https://doi.org/10.5216/ree.v14i3.14982>
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M....the Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiative. *Age and Ageing*, 51(9). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Morley, J. E., Vellas, B., Abellan van Kan, G., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W. C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L. P., Guralnik, J. M., Katz, P. R., Malmstrom, T. K., McCarter, R. J., Gutierrez Robledo, L. M., Rockwood, K., von Haehling, S., Vandewoude, M. F., & Walston, J. (2013). Frailty consensus: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Morse, J. M. (2009). *Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program* (2ª ed.). Springer Publishing Company.
- Morse, J. M., Tylko, S. J., & Dixon, H. A. (1987). Characteristics of the fall-prone patient. *The Gerontologist*, 27(4), 516–522. <https://doi.org/10.1093/geront/27.4.516>
- Moylan, K. C., & Binder, E. F. (2007). Falls in older adults: Risk assessment, management and prevention. *The American Journal of Medicine*, 120(6), 493-497. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.07.022>
- Nightingale, F. (1863). *Notes on Hospitals* (3ª ed.). London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green. <https://archive.org/details/notesonhospital01nighgoog/page/n14/mode/2up?view=theater>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®)*. Versão 2.0. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

- Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. (2011). Summary of the updated American geriatrics society/British geriatrics society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148–157. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>
- Pires, S., Ramos, S., & Barroso, F. (2021). Equipas de Gestão da Qualidade e Segurança em Saúde. Em Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (p. 31). Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Pordata. (2023). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice%20de%20envelhecimento%20e%20outros%20indicadores%20de%20envelhecimento-526>
- Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge University Press.
- Romão, A. L., & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar – causas, consequências e custos: estudo de caso de uma unidade hospitalar de Lisboa. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 1-8. <https://doi.org/10.1159/000488073>
- Sampaio, F., Nogueira, P., Ascensão, R., Henriques, A., & Costa, A. (2021). The epidemiology of falls in Portugal: An analysis of hospital admission data. *PloS one*, 16(12), e0261456. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261456>
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Quedas de doentes em hospitais*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/05/quedas-de-doentes-em-hospitais/>
- Silva, J. M. N. da, Barbosa, M. F. da S., Castro, P. de O. C. N. de, & Noronha, M. M. (2013). Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 16(2), 337–346. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232013000200013>
- Veras, R. P. (2012). Prevenção de doenças em idosos: Os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(10), 1834–1840. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012001000003>
- Walston, J., Hadley, E. C., Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Newman, A. B., Studenski, S. A., Ershler, W. B., Harris, T., & Fried, L. P. (2006). Research agenda for frailty in older adults: Toward a better understanding of physiology and etiology: Summary from the American geriatrics society/National Institute on aging research conference on frailty in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 991–1001. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x>
- Weaver, S. J., Lubomski, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M.. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 369–374. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- World Health Organization. (2007). *Global report on falls prevention in older age*. https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- World Health Organization. (2014). *Ageing well must be a global priority*. <https://www.who.int/news/item/06-11-2014--ageing-well-must-be-a-global-priority>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- World Health Organization. (2017). *Patient Safety: Making health care safer*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.11>
- World Health Organization. (2021). *Ageing*. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
- World Health Organization. (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

- World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6^a ed.). SAGE Publications.

Anexos

Anexo A – Escala de Quedas de Morse adaptada à língua portuguesa

Tabela 7 - Escala de Quedas de Morse adaptada à língua 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: Costa-Dias, Ferreira, & Oliveira, 2014

Anexo B – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Comissão de Ética para a Saúde

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER

Data: 26/ 06/2024

Processo nº [REDACTED]

Título: "Quedas em doentes idosos hospitalizados na medicina: uma análise das falhas, causas e efeitos"

Relator: [REDACTED]

Investigador Principal: Mónica Raquel Gonçalves César

Investigadores Associados: Susana Maria Sardinha Vieira Ramos; Ana Marinho Diniz

Local: Gabinete Segurança do Doente

Trata-se de um estudo retrospectivo, de carácter quantitativo e qualitativo, transversal e exploratório, com o objetivo de analisar os modos e efeitos potenciais de falhas no fenómeno queda, em doentes idosos hospitalizados e seus impactos e potenciais medidas corretivas e preventivas. O estudo poderá ter interesse para aplicação no desempenho dos profissionais da ULSSJósé.

Pretende analisar-se os dados de quedas inscritas na plataforma HER*, de doentes com mais de 65 anos, internados numa unidade clínica durante 2022 e realizar-se entrevistas audiogravadas a profissionais – enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde.

Ficaram esclarecidas as razões pelas quais se solicita isenção de pedido de consentimento informado. Desta forma, tendo em consideração a fundamentação apresentada, entende esta Comissão de Ética concordar com a isenção do pedido de consentimento informado aos doentes.

Analisada a documentação inicialmente enviada assim como os esclarecimentos solicitados, entende esta CES que estão reunidas as condições que respeitam os princípios éticos aplicáveis a este tipo de estudo e população, pelo que se emite parecer favorável ao desenvolvimento do estudo.

A Presidente da Comissão de Ética

[REDACTED]

[REDACTED]

Anexo C – Entrevistas semiestruturadas

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O presente estudo, com o tema “*Quedas em doentes idosos hospitalizados na medicina: uma análise das falhas, causas e efeitos*”, surge no âmbito de um projeto de investigação para a conclusão do Mestrado em Gestão de Empresas, ministrado pelo Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, na Iscte *Business School* e decorre na ULS São José, [REDACTED]

O estudo tem por objetivo geral analisar os modos e efeitos potenciais de falhas no fenómeno queda, em doentes idosos hospitalizados na medicina e os seus impactos e potenciais medidas corretivas e preventivas. A sua participação no estudo, que será muito valorizada e irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, e consiste numa entrevista individual, com a duração aproximada de 30 minutos.

A investigadora principal é a responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o seu consentimento (art.º 6º, nº1, Regulamento Geral de Proteção de Dados).

O estudo é realizado por Mónica Raquel Gonçalves César [REDACTED], sob a orientação da professora Generosa do Nascimento, Professora Associada do Iscte. Poderá contactar a investigadora principal caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais. Poderá utilizar o contacto indicado para solicitar o acesso, a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos seus dados pessoais.

A participação neste estudo é **confidencial**. Os seus dados pessoais serão sempre tratados por pessoal autorizado vinculado ao dever de sigilo e confidencialidade. A investigadora principal garante a utilização das técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas para proteger as informações pessoais. É exigido a todos os investigadores que mantenham os dados pessoais confidenciais.

Além de confidencial, a participação no estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação. A retirada de consentimento não afeta a

legalidade dos tratamentos anteriormente efetuados com base no consentimento prestado. A informação recolhida será conservada por 120 dias, após o qual será destruída ou anonimizada, garantindo-se o seu anonimato nos resultados do estudo, apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas.

Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

Neste estudo, a investigadora principal não divulga ou partilha com terceiros a informação relativa aos seus dados pessoais, exceto, com as três investigadoras secundárias afetas ao projeto:

. Enf.^a Susana Ramos, Gabinete de Segurança do Doente

. Enf.^a Ana Marinho Diniz, Gabinete de Segurança do Doente

. Prof.^a Generosa do Nascimento, Professora Associada Iscte

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. **Aceito** participar no estudo e consinto que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com a informações que me foram disponibilizadas.

Sim ☐ Não ☐

Esta entrevista será gravada em formato áudio com o seu consentimento.

Sim ☐ Não ☐

_____ (local), ____ / ____ / ____ (data)

Nome: _____

Assinatura: _____

A investigadora,

Mónica Raquel Gonçalves César

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Tema: Quedas de doentes idosos hospitalizados na medicina: uma análise das falhas, causas e efeitos

O envelhecimento da população é uma tendência global incontestável, e juntamente com ela, surgem desafios significativos para o sistema de saúde. Um dos principais desafios é a segurança do doente, particularmente a segurança dos idosos internados em hospitais. No contexto da prestação de cuidados de saúde, as quedas representam uma das ameaças mais frequentes e graves à segurança dos doentes, resultando em danos físicos, psicológicos e financeiros significativos.

As quedas em idosos hospitalizados não são apenas eventos isolados, mas um problema de saúde pública que exige uma atenção cada vez maior. Os idosos são particularmente vulneráveis a quedas devido a fatores como a fragilidade, condições médicas crônicas, efeitos colaterais de medicamentos e a hospitalização em si. Além disso, as consequências de uma queda em doentes mais velhos podem ser devastadoras, resultando em fraturas, diminuição da mobilidade, internamentos prolongados e até mesmo em óbito.

Por estes motivos, no âmbito da frequência do Mestrado em Gestão de Empresas, estou a desenvolver um projeto de investigação com o tema acima indicado, que decorre no [REDACTED], ULS São José.

O objetivo geral do estudo é analisar os modos e efeitos potenciais de falhas no fenómeno queda, em doentes idosos hospitalizados na medicina e os seus impactos e potenciais medidas corretivas e preventivas.

Para complemento do estudo, surgiu a necessidade de perceber quais as experiências que os profissionais de saúde têm relativamente ao fenómeno queda.

Para este estudo, será realizada uma entrevista semiestruturada, individual, com a duração aproximada de 30 minutos, a cada profissional de saúde inserido no estudo. Para escolha destes profissionais seguiu-se o critério de ter mais de 5 anos de experiência profissional na área da medicina e ter desenvolvido funções no serviço em estudo no ano de 2022.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

1. Idade: _____
2. Género:
 - Masculino
 - Feminino
3. Habilitações académicas: _____
4. Categoria profissional:
 - Enfermeiro
 - Assistente operacional
5. Tempo de exercício profissional (em anos completos) _____

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Considera que existe risco de queda do doente neste serviço de medicina?
2. Quais os fatores de risco/perigos que identifica e porquê?
3. Quais os motivos que considera mais frequentes pelos quais os doentes caem?
4. Que medidas de prevenção considera como prioritárias para a prevenção das quedas?
5. Considera que são realizadas auditorias regulares aos fatores de risco mais frequentes para o risco de queda? Por exemplo, estado das casas de banho, estado do piso, condições dos dispositivos auxiliares de marcha, estado das camas e cadeirões?
 - 5.1. Se não, qual a solução que apresentaria para este problema?
6. A prevenção de quedas faz parte das boas práticas na segurança do doente. Conhece os procedimentos e protocolos da ULS São José relativos a esta matéria?
7. Quais as suas responsabilidades em termos de prevenção de quedas do doente?
8. Quais as ações que considera que têm que ser desenvolvidas para evitar/minimizar a ocorrência de quedas?
9. Quais são as consequências da ocorrência de quedas do doente que identifica como mais frequentes?
10. Após a ocorrência da queda que procedimentos habitualmente desencadeia?
11. Quando ocorre um incidente de queda de doente, como é que se sente? Ou seja, que impacto tem em si?
 - 11.1. Pode contar-nos uma história que tenha ocorrido neste serviço?
12. Deseja acrescentar algum comentário?

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo D – Transcrição das entrevistas semiestruturadas

Entrevista 1

Entrevistadora - Bom dia. Esta entrevista é para a minha tese do Mestrado em Gestão de Empresas que eu estou a realizar no Iscte. Assinaste o teu consentimento informado e consentiste a gravação da mesma?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - Vou começar aqui por uma breve caracterização, além de perceber aqui um bocadinho do teu percurso. Que idade tens?

Entrevistada - 39.

Entrevistadora - Quais são as tuas habilitações académicas?

Entrevistada - Licenciatura.

Entrevistadora - E qual o teu tempo de exercício de profissão em anos completos?

Entrevistada - Em anos completos, 17.

Entrevistadora – Ok, vamos começar então a entrevista propriamente dita. Consideras que existe risco de queda nos doentes aqui internados, nesta medicina?

Entrevistada - Considero.

Entrevistadora - E quais são os fatores de risco que identificas e porquê?

Entrevistada - Fatores de risco, estado de consciência do doente e da orientação. Os desorientados têm mais tendência a desequilíbrios e a cair e algumas patologias também. O material, há grades que às vezes não fixam, temos que estar sempre a pedir arranjos. Os cadeirões às vezes também não estão no seu melhor estado. E acho que são estes os maiores fatores.

Entrevistadora - E quais os motivos que consideras mais frequentes para os doentes caírem?

Entrevistada - Mais frequentes? É a confusão dos doentes, às vezes imobilizas, até imobilizas os doentes, conténs de forma física, mas eles conseguem desimobilizar-se e caírem. Como tentativas de levantar.

Entrevistadora - E que medidas de prevenção consideras como prioritárias para a prevenção de quedas?

Entrevistada - Nestes casos, medicação adequada. Tem que ser avaliado pela equipa médica em especialidade, tipo psiquiatria, se assim acharem necessário. Contenção química, depois a contenção física, a comunicação com o doente também.

Entrevistadora - Consideras que são realizadas auditorias regulares ao estado do material, aos cadeirões, às camas, aos travões?

Entrevistada – Acho que não.

Entrevistadora - E que soluções é que apresentas para este problema?

Entrevistada - Se se fizesse as auditorias regularmente e isso se traduzissem em resultados práticos, como o arranjo de material, por exemplo, se calhar seria uma boa medida.

Entrevistadora - A prevenção de quedas faz parte das boas práticas da nossa ULS. Conheces os procedimentos que estão associados, os protocolos que estão associados a este fenómeno da queda?

Entrevistada - A avaliação do risco de queda, à entrada, à admissão e depois durante o internamento e adequar o espaço físico também ao doente. E confesso que não me lembro de mais nada.

Entrevistadora - Quais é que são as tuas responsabilidades em termos de prevenção da queda?

Entrevistada - As minhas responsabilidades? Eu sou responsável pelo doente no seu todo, portanto essa é só mais uma. O que é que eu faço como responsável pelo doente? Tenho que, no levante ou na cama, onde o doente está, sou responsável para ver se está tudo operacional ou não. E se identifico alguma coisa que não esteja bem, informar a chefia para pedir o respetivo arranjo. Em relação ao estado de consciência do doente, também junto da equipa médica, fazer o reforço se há ou não esse risco de queda. E se não houver condições para levantar o doente, não se levanta o doente. E imobilizar e conter fisicamente.

Entrevistadora - Quais as ações que consideras que têm de ser desenvolvidas, já disseste aqui algumas antes, mas para minimizar ou evitar a ocorrência de quedas? Queres acrescentar alguma nas que disseste agora?

Entrevistada - Não, se calhar, agora nem tanto, mas já senti, em algumas fases, que pela falta de recursos humanos, não tinhas tanta vigilância sobre os doentes e tanto tempo para isso. Portanto, eu acho que adequar os recursos humanos aos rácios é importante.

Entrevistadora - Quais as consequências de uma queda que tu consideras mais frequentes?

Entrevistada - Traumatismos.

Entrevistadora - E após a ocorrência de queda, que procedimentos é que desencadeias, habitualmente?

Entrevistada - Então, chamar o médico, reavaliar o risco de queda, preencher a parte do HER+ das quedas. Faz parte da avaliação do risco, não sei se tem outro nome.

Entrevistadora - Sim, HER+.

Entrevistada - E depois agir consoante os danos causados ao doente.

Entrevistadora - Quando existe uma queda de um doente, que impacto é que isso tem em ti?
O que é que sentes?

Entrevistada - Frustração.

Entrevistadora - Queres contar alguma história que tenha acontecido contigo neste serviço?

Entrevistada - Nenhuma.

Entrevistadora - Uma história que tenha marcado, pode não ter sido diretamente contigo, mas...

Entrevistada - Há uma história que me marcou, de uma senhora que caiu, fez um hematoma subaracnóideu e depois acabou por falecer. Acho que foi o que mais me marcou.

Entrevistadora - Queres acrescentar algum comentário, dizer mais alguma coisa em relação a este tema?

Entrevistada - Não, acho que está tudo.

Entrevistadora - Obrigada pela tua colaboração.

Entrevista 2

Entrevistadora - Bom dia. Esta entrevista é para a minha tese do Mestrado em Gestão de Empresas que eu estou a realizar no Iscte. Assinaste o teu consentimento informado e consentiste a gravação da mesma?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - Que idade tens?

Entrevistada - 38.

Entrevistadora - Quais as tuas habilitações académicas? És especialista, não é?

Entrevistada - Sim. Enfermagem de Reabilitação.

Entrevistadora - E há quanto tempo é que exerces esta profissão, em anos completos?

Entrevistada - Há 14.

Entrevistadora - Vamos passar então à entrevista. Tens ideia de que existe risco de queda de doentes neste serviço de medicina?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - E que fatores de risco ou perigos identificas e porquê?

Entrevistada - Físicos, também?

Entrevistadora - O que tu quiseses nomear.

Entrevistada - A estrutura do serviço, as casas de banho, o tamanho dos quartos. Depois, a nível dos próprios doentes, as patologias, a medicação, os dispositivos que têm associados.

Entrevistadora - Quais os motivos que consideras mais frequentes para os doentes caírem?

Entrevistada - Os motivos... A doença, portanto, a patologia.

Entrevistadora - E que medidas de prevenção consideras como prioritárias para a prevenção de quedas?

Entrevistada - A medicação, portanto contenção química.

Entrevistadora - Consideras que são realizadas auditorias regulares aos fatores de risco que existem?

Entrevistada - Não.

Entrevistadora - Nas enfermarias, tipo cadeirões, camas?

Entrevistada - Não.

Entrevistadora - E qual é que seria uma solução que apresentarias para este problema? Uma ou várias, se tu quiseses nomear.

Entrevistada - Sim, o facto de haver auditorias seria muito importante porque havia um levantamento de necessidades do próprio serviço e, com isso, a resolução dos problemas. Por

isso, se calhar, primariamente, um levantamento das necessidades do serviço e depois, então, implementar conforme o resultado desse levantamento das necessidades e implementar o plano para a melhoria das quedas.

Entrevistadora - A prevenção de quedas faz parte dos protocolos da nossa ULS. Conheces esses protocolos?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - E quais as tuas responsabilidades em termos de prevenção de quedas do doente? Que atividades desenvolves? O que é que fazes?

Entrevistada - Gerir o ambiente físico. Gerir terapêutica. Levantar as grades da cama. Depois, em última análise, a contenção física, se necessário.

Entrevistadora - E que ações consideras que têm de ser desenvolvidas para evitar ou minimizar a ocorrência das quedas?

Entrevistada - Eu acho que, essencialmente, acho que há aqui muita coisa a fazer em termos de espaço físico e de dispositivos. Ou seja, os chinelos antiderrapantes, os próprios imobilizadores, em última análise, também não são os mais adequados para o nosso serviço. Também a formação. Acho que a formação interdisciplinar, não só para os enfermeiros, mas também para os médicos, seria importante. Porque, por exemplo, a imobilização tem que estar prescrita e eles nunca a prescrevem.

Entrevistadora - E quais as consequências da queda que identificas como mais frequentes?

Entrevistada - Quebras cutâneas.

Entrevistadora - Após a ocorrência de queda, quais são os procedimentos que desencadeias?

Entrevistada - A avaliação do risco de quedas. Mais que a avaliação, é a avaliação hemodinâmica do doente, contactar o médico. Depois, a avaliação do risco de queda, registo no HER+ e registo no SClínico.

Entrevistadora - Quando ocorre uma queda, o que é que sentes? Que impacto é que tem em ti?

Entrevistada - É constrangedor, é frustrante, porque muitas vezes nós, embora não sejamos os culpados da situação, é da nossa responsabilidade sempre a queda do doente. E, portanto, o sentimento é de frustração e de culpabilização. Porque achamos sempre que há mais alguma coisa que deveríamos ter feito e que não fizemos.

Entrevistadora - Tens alguma história que queres contar que tenha marcado aqui no serviço?

Entrevistada - Não foi comigo, mas lembro-me de um senhor que ia ter alta e que teve uma queda à porta do serviço, ficou com um Glasgow de 3 e que, posteriormente, acabou por falecer. Outra situação foi ainda no Curry, no dia de Natal, não sei se te lembras. Uma senhora que

também caiu do cadeirão e também acabou por falecer. Também foi assim a situação que me lembro, mas esta da [REDACTED] foi esse senhor. Acho que foi a que mais nos...

Entrevistadora - Que mais te marcou.

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - Tens mais algum comentário? Alguma coisa que queres acrescentar?

Entrevistada - Espero que o projeto tenha pernas para andar e que mude aqui alguma coisa.

Entrevistadora - Vamos ver, essa é a minha intenção.

Entrevistadora - Obrigada pela tua colaboração.

Entrevistada - De nada.

Entrevista 3

Entrevistadora - Bom dia. Esta entrevista é para a minha tese do Mestrado em Gestão de Empresas que eu estou a realizar no Iscte. Assinaste o teu consentimento informado e consentiste a gravação da mesma?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - Vou começar aqui por uma breve caracterização tua, além de perceber o teu percurso. Que idade tens?

Entrevistada - 28.

Entrevistadora - Quais são as tuas habilitações académicas?

Entrevistada - Mestre em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem da pessoa em situação crítica.

Entrevistadora - E qual o teu tempo de exercício de profissão em anos completos?

Entrevistada - Seis.

Entrevistadora – Ok, vamos começar então a entrevista propriamente dita. Consideras que existe risco de queda do doente neste serviço de medicina?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - E quais são os fatores que identificas e porquê?

Entrevistada - Avaliação do risco de queda do doente, que pode não estar bem monitorizado. Também os métodos de imobilização, de contenção física que existem e estarem adequados ao doente. E talvez alguma disposição do espaço físico.

Entrevistadora - Queres elaborar?

Entrevistada - Relativamente ao espaço físico. Por exemplo, algumas cortinas possam ter que estar fechadas pelos isolamentos. E mais, deixa-me pensar. Pronto, acho que só me estou a lembrar agora desta por causa da queda que houve.

Entrevistadora - E quais os motivos que consideras mais frequentes para os doentes caírem?

Entrevistada - Confusão. Uma agitação sem contenção farmacológica. Agitação psicomotora.

Entrevistadora - E que medidas de prevenção consideras prioritárias para a prevenção de quedas?

Entrevistada - Medidas... Aumento de rácio. Tanto de enfermagem como auxiliares. Se bem que o de enfermagem consegue ser garantido durante os turnos da manhã, mas nas tardes Q.B. e é só um auxiliar por ala e deveria ser um para cada enfermeira que existe. E isso não está assegurado. Essa é uma medida. Outras medidas. Outras medidas. Não sei. Bem à cabeça, não sei.

Entrevistadora - Consideras que são realizadas auditorias regulares, por exemplo, ao estado do piso, aos cadeirões, às camas?

Entrevistada - Lembrei-me agora de uma medida. Mais formação. E mesmo nestas formações falar acerca de formas de contenção física para o doente. O piso, o que é?

Entrevistadora - Se achas que são realizadas auditorias suficientes ao serviço, ao estado do material, aos pisos, aos cadeirões, aos travões das camas?

Entrevistada - Que eu tenha visto, nunca vi.

Entrevistadora - E qual é a solução que apresentarias para esse problema?

Entrevistada - Uma revisão, pelo menos, no mínimo, mensal, das camas e cadeirões, que não existe efetivamente. E todo material, por exemplo, campainhas. Os dentes precisam de alguma coisa, ou não existe campainha porque não funciona, ou alguma coisa assim do género, e acabam por querer fazer as coisas sozinhos e escorregam e caem. Isto muitas vezes no período noturno. Mas durante o dia nós andamos nos quartos, não é tanto, mas à noite, um bocado isso. Mas uma revisão, sim, no mínimo, mensal, que não existe também.

Entrevistadora - A prevenção das quedas faz parte dos protocolos da nossa ULS. Tens conhecimento desses protocolos?

Entrevistada - De prevenção de quedas, não.

Entrevistadora - E quais as tuas responsabilidades em termos de prevenção de quedas do doente?

Entrevistada - Eu avalio o comportamento do doente. Avalio não objetivamente, ou seja, não concretamente o risco de queda, mas de uma forma mais subjetiva. E por prevenção acabo por fazer essa contenção física, que no fundo deveria ser com validação médica, mas eles não estão presentes o suficiente e muitas vezes não se envolvem o suficiente para isto poder ser uma decisão de equipa e ser mais rapidamente evitada.

Entrevistadora - Mais alguma?

Entrevistada - Não.

Entrevistadora - Que ações é que consideras que têm de ser desenvolvidas para evitar ou minimizar a ocorrência de quedas aqui no serviço?

Entrevistada - Sensibilização da equipa, formações regulares, e mesmo *briefings*, análise das quedas que sucedem. Portanto, é uma situação que pode ser evitável, mas, no entanto, nós temos ferramentas para as fazer, mas por vezes foge muito à nossa capacidade de gerir, de gestão do turno. Mas, sim, acho que passa muito por isso. Perceber quais são as nossas limitações e, começando por perceber quais são as nossas limitações, então, tomar algumas ações relativamente a isso, por ter identificado o problema.

Entrevistadora - Quais as consequências de queda que identificas como mais frequentes?

Entrevistada - As consequências de queda?

Entrevistadora - Para o doente.

Entrevistada - Por acaso, as quedas que eu tenho ouvido ou tido por acaso não são muitas, mas não têm consequências em geral para o doente porque são mais do doente escorregar e uma queda sem grande impacto. Mas, da minha experiência, o que aconteceu foram TCE's, portanto, traumatismo, mas que sem lesão, já tive com lesão e sem lesão, portanto, com ferida e sem ferida, mas com necessidade de fazer estudo de imagem para despiste, mas sem grande dano.

Entrevistadora - Após a ocorrência de queda, que procedimentos é que costumas tomar?

Entrevistada - Avalio o estado de consciência do doente, transfiro o doente para o leito, acabo por também fazer a minha avaliação física do doente, avaliação de sinais vitais, contactar o médico, escrever em HER+, declarar na plataforma de notificação de incidentes e escrever uma nota sobre o tempo. E manter uma vigilância do estado de consciência.

Entrevistadora - Quando ocorre um incidente de queda, como é que te sentes? Ou seja, que impacto é que sentes?

Entrevistada - Fico frustrada. Fico frustrada, fico a questionar se poderia ter feito alguma coisa diferente e o que é que poderá ter contribuído. Portanto, interrogo efetivamente qual terá sido a causa. Mas é assim, é uma frustração e incapacidade. Não é incapacidade, é... Não estou a arranjar nenhum adjetivo.

Entrevistadora - Queres contar alguma história que te tenha marcado?

Entrevistada - Uma história marcante? Que acho que foi a pior para mim, que mais me deu pânico. Que foi no turno da noite. Um doente orientado, que fazia transferências autonomamente, mas não saía da unidade. Portanto, só se levantava para o lado da cama, e urinava no urinol e voltava para o leito. E na noite... Na hora da noite, ouço um barulho. Eu e a colega vamos às enfermarias espreitar o que é que tinha acontecido, o que era aquele barulho, quando chegámos ao pé da unidade, que ainda por cima era o último quarto no final da enfermaria, o doente estava em posição de ventral no chão, estava uma poça de sangue debaixo da cabeça, estava uma poça de urina debaixo do doente. O doente tinha puxado basicamente o plano da cama até ao máximo, e quis se levantar da cama. Não deve ter dado conta porque era de noite, puxou sem querer o plano até cá acima e caiu. O doente ficou inconsciente. Acabou por recuperar a consciência. E foi fazer estudo imagiológico. Tinha fratura de maxilar, fratura de núcleo do zigomático, fratura de... Não estou a lembrar de quê. E também fratura do ombro. E fui com ele para a pequena cirurgia às seis da manhã. Acho que para mim foi o mais traumatizante de toda a experiência. As outras coisas que já tive foram muito escorregar. Sem

grandes consequências. Sem consequências. Não me lembro de mais alguma que tenha tido consequências. Que não tenha tido nenhum dano para o doente. Esta foi a única que teve dano, que me marcou efetivamente. O que é que se poderia ter feito na altura? Só agora um raciocínio. Nós vigiamos os doentes durante a noite, obviamente. E o que poderíamos ter feito talvez era esconder o comando. Embora ele fosse uma pessoa orientada, mas na noite é sempre mais propícia a confusão noturna. Embora não tivéssemos percecionado isso nele, dado se calhar a medicação que fazia na altura. Eu não sei, não me recordo. Mas poderia ter sido uma medida. Era esconder o comando, efetivamente. Porque muitas vezes eles são confusos, mexem nos comandos. E viram a cama ao contrário, de uma vez. Neste caso ele levantou o plano da cama até ao máximo possível. E contribuiu para a queda. Porque o dano grave foi... Porque se se calhar fosse um plano mais baixo, ele até podia ter caído, mas não teria feito, se calhar aqueles danos todos. Sim.

Entrevistadora - Queres acrescentar algum comentário? Dizer mais alguma coisa?

Entrevistada - Não, mas formações são sempre bem-vindas.

Entrevistadora - Obrigada pelo teu apoio.

Entrevista 4

Entrevistadora - Bom dia. Esta entrevista é para a minha tese do Mestrado em Gestão de Empresas que eu estou a realizar no Iscte. Assinaste o teu consentimento informado e consentiste a gravação da mesma?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - Vou começar aqui por uma breve caracterização tua, além de perceber o teu percurso. Qual a tua idade?

Entrevistada - 44.

Entrevistadora - E as tuas habilitações académicas?

Entrevistada - Licenciatura em Enfermagem.

Entrevistadora - E qual o teu tempo de anos no exercício profissional, em anos completos?

Entrevistada – 20.

Entrevistadora - Vamos começar então a entrevista propriamente dita. Consideras que existe risco de queda do doente neste serviço de medicina?

Entrevistada - Sim, de uma forma assim, generalizada.

Entrevistadora - E quais os fatores de risco ou perigos que identificas e porquê?

Entrevistada - Pronto, situações inerentes à própria situação do doente, e neste caso, doentes com síndromes demenciais. E doentes com alteração de comportamento, doentes com alterações psiquiátricas e doentes que, pelo seu estado clínico, também leva a que tenham momentos de confusão e que não consigam contextualizar que estão dentro de um hospital. Depois, fatores também aqui inerentes à nossa profissão e o facto de termos um rácio reduzido, o que não nos permite uma vigilância tão ativa e há outros fatores que têm a ver com estrutura, material, a escassez, às vezes, de imobilizadores de contenção física que pode eventualmente ser necessária e que temos que recorrer a alternativas que podem ser menos eficazes. Da minha opinião pessoal, acho que também a equipa médica aqui poderia ter um papel mais preponderante e no que diz respeito, às vezes, a alguma contenção química e que não se observa muitas vezes. Poderia ser uma primeira medida antes, eventualmente, de ter uma contenção física.

Entrevistadora - E quais motivos consideras mais frequentes para os doentes caírem?

Entrevistada - Mais frequentes, mais frequentes, mais frequentes... lá está, os momentos de confusão, doentes, sim, perguntaste momentos, não é?

Entrevistadora - Os motivos que tu achas mais frequentes para os doentes caírem. Os outros foram os fatores de risco que tu identificavas aqui no nosso serviço.

Entrevistada - Essencialmente esses, debilidade física também. Eles podem estar orientados, mas também não estarem capacitados por debilidades várias e ter acontecido também, com alguma frequência, situações, por exemplo, na casa de banho, piso escorregadio também.

Entrevistadora - Que medidas de prevenção consideras como prioritárias para a prevenção das quedas aqui no serviço?

Entrevistada - Eu acho que, essencialmente, era aqui uma maior vigilância. Mas acima de tudo, percebendo-nos da situação clínica e da instabilidade e do risco que o doente pode ter. Eu acho que uma contenção, às vezes química, poderia ser a primeira linha.

Entrevistadora - Consideras que são realizadas auditorias regulares aos fatores de risco que consideras mais frequentes para as quedas? Ou seja, por exemplo, o estado das casas de banho, dos pisos, dos cadeirões, das camas, do material?

Entrevistada - Não, não tenho observado. Sei que já foi feito, mas não.

Entrevistadora - E que soluções é que conseguirias apresentar para estes problemas?

Entrevistada - A solução seria, efetivamente, melhorar a estrutura física, nesse caso. Se estivermos a falar da situação dos pisos, dos cadeirões, obviamente, adquirir material que seja adequado. Eu acho que, deixa-me pensar aqui também um bocadinho. Eu acho que o envolvimento, efetivamente, de quem gere seria fundamental aqui para uma melhoria de uma série de situações. Não sei o que há em termos de *feedback* do nosso reporte, no caso das quedas, em termos de HER+. Aquilo que eu perceciono ao longo deste tempo que temos feito registos em HER+, é que registamos as quedas, registamos o motivo da queda e damos sugestões de melhoria, mas que depois não se reflete naquilo que é o dia-a-dia, ou seja, não há mais recursos, não há melhoria do espaço físico e, portanto, também não há aqui uma preocupação da equipa médica, que é a equipa que também connosco trabalha em precaver às vezes estas situações, ou seja, há uma atuação muito pós-queda, na vigilância, perceber o que são as consequências, mas depois não há o antes, não é, de percebermos e identificarmos que um doente está em risco, alertarmos a equipa médica e eles atuarem.

Entrevistadora - Neste sentido, na prevenção das quedas, não sei se tens conhecimento que a nossa ULS tem um protocolo de boas práticas na segurança do doente. Conheces esse protocolo?

Entrevistada - Não.

Entrevistadora - E quais são as tuas responsabilidades em termos de prevenção da queda do doente? Ou o que consideras que são?

Entrevistada - Aquilo que eu faço na prática é, efetivamente, tentar identificar um doente e isto vem um bocadinho quase da experiência, não é? Um bocadinho associada àquilo que é um

bocadinho também de intuição e tento, nesses casos, abordar efetivamente numa contenção mais física. Isto é o que fazemos ali no imediato, procurando depois também articular com a equipa médica. Mas essencialmente é isso que faço, mantendo também uma vigilância mais próxima sempre que possível, alertando também a equipa que está connosco de auxiliares. Mas isso é o que eu faço, efetivamente, ali no imediato. Essencialmente é uma contenção física tentando perceber, tranquilizar o doente, obviamente. Isto sempre abordando a questão, não só pela contenção, mas também pela capacidade que o doente terá também de colaborar connosco. É importante ressaltar isso.

Entrevistadora - Esta pergunta se calhar vai um bocadinho de encontro ao que já me disseste agora, mas quais as ações consideras que têm de ser desenvolvidas para evitar ou minimizar a ocorrência de quedas?

Entrevistada - Lá está, acho que passa efetivamente, sim, tu tens razão, acaba por ir de encontro a isso. Equipa médica, as contenções. E o doente também tentar ali um bocadinho. Pode também junto com a família tentar perceber em alguns momentos se o doente responde melhor a uma determinada abordagem. O que é que também, da opinião deles, se já conhecem o doente, e se isto não é uma coisa nova, o que é que podemos fazer? Essencialmente isso, evitar que o doente esteja sozinho na casa-de-banho, minimizar aquilo que podem ser os momentos em que a queda pode ocorrer. Não sei se me expliquei muito bem. Diminuir os fatores de risco.

Entrevistadora - Quais é que achas que são as consequências mais frequentes da queda do doente?

Entrevistada - Consequências mais frequentes. A partir de uma forma geral, normalmente são contusões, quebras cutâneas. Essencialmente isso. Também a seguir a isso, acabam por ser efetivamente os traumatismos crânio-encefálicos e fraturas, a seguir seria um bocadinho nesta ordem. Ou então lá está, hematomas, quebras cutâneas e depois os traumatismos, os TCE's. E depois fraturas. No limite, uma queda num doente anticoagulado pode levar, e com trauma crânio-encefálico, pode levar efetivamente à morte. Não é uma coisa infelizmente inédita.

Entrevistadora - Após a ocorrência de quedas, que procedimentos desencadeias habitualmente?

Entrevistada - Aqui em termos do serviço, obviamente avaliar o estado do doente, colocá-lo numa situação mais segura e mais estável, avaliar os sinais vitais, perceber como é que caiu, se a queda foi observada, se não foi observada, quem observou, como é que percebeu que o doente caiu, se caiu dos joelhos, se caiu na região dorsal, se houve um trauma em termos de cabeça, se foi frontal, se foi occipital. Depois disso tudo também influencia um bocadinho aqui na avaliação. Chamar o médico, obviamente, e comunicar-lhe e, portanto, tomar medidas depois a

partir daí, consoante a gravidade da queda junto com a equipa médica também tomarmos decisões e informar a família.

Entrevistadora - Quando ocorre um incidente de queda do doente, como é que te sentes? Ou seja, que impacto é que tem aqui?

Entrevistada - Eu gosto dessa pergunta, porque efetivamente para além daquilo que fazemos para tentar evitar e depois acontecendo o que é que poderemos fazer, eu acho que isso tem um impacto grande na equipa de saúde, principalmente na equipa de enfermagem e de auxiliares, recaindo muito sobre a equipa de enfermagem porque somos aqui os detentores da responsabilidade no imediato do doente. E eu acho que cria aqui momentos de receio face ao que poderá acontecer. Para além de já ter acontecido e disso gerar medo e ansiedade. Depois lá está o assumir da responsabilidade e perceber que de certa forma pode ter sido uma falha nossa também. Muitas das vezes não sendo porque tomando todas as providências antes, aconteceu de qualquer forma. Mas eu acho que deixa um impacto negativo no sentido em que deixa receios porque parece que põe em causa aquilo que foi a nossa atuação e quando o desfecho é negativo, sejam consequências em termos mais físicas para o doente, fraturas ou eventualmente até a morte, eu acho que deixa um receio para o futuro, ou seja, no futuro a tendência é abordar sempre o doente, e isto eu falo de experiência pessoal, a maioria dos doentes como um risco e principalmente nos meses e às vezes até nos anos que vêm a seguir a um momento mais negativo deixa normalmente no enfermeiro a vontade de deixar sempre quase qualquer doente contido e amarrado a um cadeirão. Sim, sim, sim.

Entrevistadora - Queres contar alguma história que te tenha marcado?

Entrevistada - Sim, posso contar. Já foi há uma série de anos, eu devia estar a trabalhar há uns 3 ou 4 anos talvez e efetivamente fiz o levante de um doente que na altura sabia-se tinha doença de Alzheimer e que era um doente que eu já conhecia e que habitualmente após os cuidados de higiene fazia o levante e colocava o imobilizador de tronco e o doente permanecia muito tranquilo no cadeirão. Nesse dia, recordo-me que fiz exatamente a mesma coisa. Entretanto, chegou uma auxiliar, ela não era auxiliar, tínhamos voluntários na altura da Cruz Vermelha e ela aborda o doente e num momento de distração eu não imobilizo o senhor. Pronto, entretanto, vou almoçar, quando regresso um grande aparato no serviço, pronto, o senhor tinha efetivamente caído, tinha feito um traumatismo crânio-encefálico, uma coisa importante, ele estava anticoagulado, foi imediatamente visto, tínhamos a urgência logo ali ao lado do serviço. Tinha um hematoma subdural e que, entretanto, a situação evoluiu para um hematoma intracraniano e o senhor acabou por falecer depois de passar algum tempo, eu não me recordo, não foi no imediato, foi na semana e percebeu-se efetivamente que foi uma consequência direta.

E isso deixou-me na altura... pus em causa muita coisa minha porque assumi totalmente aquela responsabilidade. Na altura fui diretamente à urgência e falei com a filha sobre a situação e na altura acabei até um bocadinho por pôr em causa se continuava ou não. Porque achei que ia sempre ter medo em qualquer abordagem que tivesse com o doente e isso depois acabou por ser um bocadinho dissipado, na altura alguns elementos da equipa que trabalharam comigo foram muito importantes nessa questão em termos de apoio. E perceber que isto é uma coisa que pode acontecer efetivamente E depois um bocadinho com a maturidade fui percebendo que as coisas também não são só assim e que podemos falhar, claro que tem consequências, teria a consequência eu teria que a assumir, mas que são coisas que fazem parte da nossa vida. Claro, está bem é um bocadinho por aí, claro que temos que corrigir sempre erros e melhorar também.

Entrevistadora - Queres acrescentar algum comentário? Tens mais alguma coisa para...

Entrevistada - Eu acho que é um trabalho muito interessante porque há muito... é um tema já agora um bocadinho mais abordado e falado. No internamento é uma coisa que nós... lá está, interfere aqui muito com a nossa dinâmica do dia a dia, não é uma coisa que aparece esporadicamente, é todos os dias, quando levantamos o doente, e conscientemente estamos a pensar nisso e a avaliar essas questões. Mas que no internamento em si continua a acontecer com muita frequência, lá está, acho que o tempo vai passando e as coisas vão sempre feitas um bocadinho sempre da mesma maneira e começámos a pensar todos aqui um bocadinho de outra forma e o vosso estudo dará certamente frutos e informação importante sobre aquilo que neste momento é feito, o que é que também nós, em termos profissionais, perspetivamos. E pode haver melhorias. Faz falta. É só isso

Entrevistadora - Obrigada pela tua ajuda.

Entrevistada - De nada, obrigada.

Entrevista 5

Entrevistadora - Bom dia. Esta entrevista é para a minha tese do Mestrado em Gestão de Empresas que eu estou a realizar no Iscte. Assinaste o teu consentimento informado e consentiste a gravação da mesma?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - Vou começar aqui por uma breve caracterização tua, além de perceber o teu percurso. Que idade é que tens?

Entrevistada - 30.

Entrevistadora - Quais tuas habilitações académicas?

Entrevistada - A minha especialidade, Mestrado? Eu tenho Mestrado em Enfermagem e a especialidade em Saúde Comunitária.

Entrevistadora - Há quanto tempo exerces Enfermagem? Em anos completos?

Entrevistada - Completos? Sete anos? É quase oito, mas em anos completos é sete.

Entrevistadora - Consideras que existe risco de queda neste serviço de medicina?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - E quais são os principais fatores de risco ou perigos que identificas e porquê?

Entrevistada - Desde o estado de confusão dos doentes e mesmo em termos de espaço, não há propriamente muito espaço para podermos gerir um ambiente físico à volta dos doentes de forma mais segura. Há muita coisa num quarto pequeno.

Entrevistadora - Quais são os motivos consideras mais frequentes pelos quais os doentes caem?

Entrevistada - A desorientação.

Entrevistadora - E que medidas de prevenção consideras como prioritárias para a prevenção destas quedas?

Entrevistada - Começamos pela terapêutica dos doentes para tentar gerir o estado confusional deles e se isso não resultar, passamos um pouco para a contenção física e a imobilização do tronco.

Entrevistadora - Consideras que são realizadas auditorias suficientes ao estado do material aqui do serviço? As cadeiras, as camas, os cadeirões?

Entrevistada - Não.

Entrevistadora - E que soluções é que apresentarias para esse problema?

Entrevistada - Se calhar fazer mais auditorias, verificação, é que os materiais vêm para cá e só quando avariavam ou algo do género, é que se volta a pedir arranjos.

Entrevistadora - A prevenção de quedas faz parte das boas práticas da nossa ULS. Conheces os procedimentos e protocolos relativos a estas práticas?

Entrevistada - Sim, sim. Nós temos a equipa multidisciplinar. Não, a equipa... como é que é? A equipa que faz a conexão...

Entrevistadora - Os elos de ligação.

Entrevistada - Sim, a conexão das quedas que fazem... Antigamente, pelo menos, faziam formações regulares, anuais, pelo menos, sobre as alterações na queda, no risco de queda.

Entrevistadora - Quais é que são as tuas responsabilidades em termos de prevenção da queda dos doentes?

Entrevistada - A minha responsabilidade enquanto enfermeira?

Entrevistadora - Sim, na prevenção.

Entrevistada - Então, é otimizar o ambiente físico dos doentes, gerir o ambiente físico deles, tentar mantê-los orientados também, e identificar se eles são doentes com alto ou baixo risco de queda, não é? E adaptar as medidas, tendo em conta o risco de queda deles.

Entrevistadora - E quais as ações consideras que têm de ser desenvolvidas para evitar ou minimizar a ocorrência de quedas nestes doentes?

Entrevistada - Eu acho que passa muito também por eles passarem muito tempo sozinhos. Acho que se houvesse uma maior disponibilidade de enfermeiros, se fôssemos em maior número no serviço, talvez teríamos menos tempo no computador a fazer registos e teríamos mais disponibilidade para estar junto do doente e talvez reorientá-los e prevenir a queda.

Entrevistadora - E quais as consequências da ocorrência de queda que identificas como mais frequentes na tua experiência?

Entrevistada - Normalmente eles fazem traumas, feridas pelo corpo. São poucos os casos que nós tivemos que agravaram muito, pelo menos neste ano.

Entrevistadora - Após a ocorrência de uma queda, que procedimentos é que costumas adotar?

Entrevistada - Levantar o doente, avaliar se ele tem alguma lesão pelo corpo, avaliar sinais vitais, informar o médico de urgência interna, reavaliar o doente e fazer o registo HER+. E abrir a queda em SClinico.

Entrevistadora - Quando ocorre um incidente de queda, como é que te sentes? O que é que desperta em ti? Qual o impacto é que tem em ti?

Entrevistada - Fico um pouco frustrada. Parece que a culpa é minha, falhei. Por mais que eu saiba que não consigo chegar a tudo e que o doente pode estar confuso, é aquela frustração de não conseguir estar lá sempre.

Entrevistadora - Queres contar alguma história que te tenha marcado? Que ocorreu aqui neste serviço.

Entrevistada - Não me lembro de nada, mas os doentes normalmente estão sozinhos. Uma pessoa passa, vê-os deitados e quando volta já estão no chão.

Entrevistadora - Não tens nenhuma história mais marcante? Nenhuma situação que te tenha...

Entrevistada - Comigo não, mas lembro-me de... Nós tínhamos uma doente. Era na cama... 7, 8, 9... 14. Estava deitada. Ela não fazia levantar. Foi apanhar uma garrafa na mesa de cabeceira e caiu. Galgou as grades, caiu. Bateu com a cabeça no... daqui, na mesa. Da cabeceira. Aquilo ainda progrediu muito mal, porque ela fez um traumatismo daqueles grandes. Foi assim que eu me lembro de ter sido o pior.

Entrevistadora - Queres acrescentar algum comentário? Dizer mais alguma coisa?

Entrevistada - Acho que neste momento a equipa precisa de mais formação sobre o risco de queda. E, se calhar, reforçar também alguma formação na parte médica sobre a importância de gerir a terapêutica para controlar os estados confusionais dos doentes para evitarmos a imobilização, não é? A contenção física.

Entrevistadora - Obrigada pela tua participação.

Entrevistada - Muito gosto. Obrigada.

Entrevista 6

Entrevistadora - Bom dia. Esta entrevista é para a minha tese do Mestrado em Gestão de Empresas que eu estou a realizar no Iscte. Assinaste o teu consentimento informado e consentiste a gravação da mesma?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - Vou começar aqui por uma breve caracterização tua, além de perceber o teu percurso. Que idade tens?

Entrevistada - 44.

Entrevistadora - Quais as tuas habilitações académicas?

Entrevistada - 9º ano.

Entrevistadora - E há quantos anos é que trabalhas, em anos completos?

Entrevistada - No hospital ou em geral?

Entrevistadora - No hospital.

Entrevistada - Há 7 anos e uns meses.

Entrevistadora - Vamos passar agora à entrevista aqui, propriamente dita. Consideras que existe risco de queda de doentes aqui nesta medicina, na nossa medicina?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - E quais é que são os fatores que identificas como riscos de queda?

Entrevistada - Os doentes confusos.

Entrevistadora - Sim, mais algum?

Entrevistada - Confusos, desorientados, mas é a mesma coisa.

Entrevistadora - E quais é que consideras os motivos mais frequentes para os doentes caírem?

Entrevistada - Não serem bem imobilizados.

Entrevistadora - Que medidas de prevenção consideras como prioritárias para a prevenção de quedas? O que é que achas que podemos fazer para não ocorrerem estas quedas?

Entrevistada - Se for um doente que esteja desorientado não vale a pena falar com ele. Temos que o imobilizar, tem que ficar, sei lá, bem imobilizado. Não sei mais o que é hei-de dizer.

Entrevistadora - Podes dizer o que achas que é adequado para este tema. Achas que são realizadas auditorias com frequência ao estado dos cadeirões, das camas, dos travões?

Entrevistada - Não.

Entrevistadora - E o que é que achas que podemos fazer em relação a esse problema?

Entrevistada - O problema do estado das camas e dos cadeirões?

Entrevistadora - Sim.

Entrevistada - Sim, de vez em quando fazer uma vistoria, ver o que é que está... Por vezes temos cadeiras com as rodas que não estão como devem ser, estão meio desengonçados, sei lá, algo... ter mais atenção ao estado do material. Sim, nós e participarmos em formação para que haja conhecimento da parte superior.

Entrevistadora - A prevenção das quedas faz parte dos procedimentos da nossa ULS, da nossa Unidade Local de Saúde. Conheces esses protocolos, esses procedimentos?

Entrevistada - Não.

Entrevistadora - E quais é que são as tuas responsabilidades enquanto assistente operacional na prevenção de quedas do doente? O que é que tu fazes para prevenir que o doente caia?

Entrevistada - Quando não conheço o doente, pergunto sempre ao enfermeiro que está responsável por esse doente como é que devo de agir em relação ao doente. Provavelmente se for uma pessoa desorientada, o enfermeiro ajuda sempre nesse aspeto. Ou vamos imobilizar, fazer algo para que esse doente não caia. Se eu o conhecer, que esteja com ele sempre, já sei o que é que devo fazer, ou meto dois lençóis a traçar nas pernas, ou o imobilizador de tronco, travado e traçado, como deve ser. Depois temos alguns doentes, tipo com AVC's, que às vezes não são desorientados, mas que também por impulso podem cair. Também se tem que ter atenção à imobilização. Imobilizar como deve ser, ao ponto de eles não caírem.

Entrevistadora - Quais é que são as consequências de queda que tu consideras que são mais frequentes no doente? Depois do doente cair, que consequências é que tem para ele mais frequentemente?

Entrevistada - Depois dele cair?

Entrevistadora - Sim, as consequências para o doente. Quando ele cai, quais é que são as consequências mais frequentes que o doente apresenta?

Entrevistada - Alguns traumatismos, agora depende da forma como ele cai e onde bate. Se bate com a cabeça, ou alguma costela.

Entrevistadora - Depois de uma queda ocorrer, o que é que tu fazes habitualmente? Que procedimentos é que adotas?

Entrevistada - Tenho que chamar o enfermeiro. É assim, quando ele cai, às vezes encontramos já caído. Comigo, geralmente, nunca ninguém caiu. Mas se aparecer alguém caído no chão, chamo sempre ajuda. Não o vou levantar sozinha, porque também não sei como é que é de levantar. E duas pessoas sempre é diferente.

Entrevistadora - Quando há uma queda, o que é que tu sentes? Que impacto é que isso tem em ti? Quando vês o doente caído, quando encontras o doente caído.

Entrevistada - Se calhar falta de atenção.

Entrevistadora - Tens alguma história que te tenha marcado aqui no serviço?

Entrevistada - Comigo, pessoalmente, nunca me aconteceu nada. Mas às vezes temos aqueles doentes que são confusos e que são autónomos, que andam. E que às vezes estão agitados. É muito complicado às vezes conseguir gerir uma cabeça desorientada. E que querem fazer as coisas e não podem. Eles poderem, podem, e estão a lutar contra nós. E às vezes esse risco também é um dos riscos que é desse tipo de doentes.

Entrevistadora - Queres acrescentar mais algum comentário? Deixas alguma...

Entrevistada - Não, não é assim nada.

Entrevistadora - Obrigada pela tua colaboração.

Entrevista 7

Entrevistadora - Bom dia. Esta entrevista é para a minha tese do Mestrado em Gestão de Empresas que eu estou a realizar no Iscte. Assinaste o teu consentimento informado e consentiste a gravação da mesma?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - Vou começar aqui por uma breve caracterização tua, além de perceber o teu percurso. Que idade tens?

Entrevistada - 63.

Entrevistadora - Quais as tuas habilitações académicas?

Entrevistada - 12^a ano.

Entrevistadora - E há quantos anos é que trabalhas, em anos completos?

Entrevistada - Há 27 anos.

Entrevistadora - Vamos passar agora à entrevista aqui, propriamente dita. Consideras que existe risco de queda do doente neste serviço de medicina?

Entrevistada - Sim.

Entrevistadora - E quais fatores de risco identificas como mais frequentes e porquê?

Entrevistada - O piso. A segurança das camas. E talvez pessoas que não estão já muito... como é que eu explico? Já são pessoas que estão aqui a trabalhar há anos e que muitas vezes isto também pode influenciar o deixar cair um doente, com problemas de costas, de braços, que nós somos muitos a ter.

Entrevistadora - E quais é que achas que são os motivos mais frequentes para o doente cair?

Entrevistada - Mais frequentes? Muitas vezes, pronto, são eles também próprios que se levantam. Apesar de a gente ter o cuidado de ter sempre a cama no mais baixo possível e etc., muitas vezes eles também passam... conseguem passar as grades. Outros desmobilizam-se, o doente que esteja imobilizado também.

Entrevistadora - Que medidas de prevenção consideras importantes para prevenir essas quedas? O que é que achas que poderíamos fazer?

Entrevistada - Quando eles são imobilizados não se pode fazer nada. Ter sempre o cuidado de ter a cama o mais baixo possível. Ver se os pisos estão molhados, que isso também é um risco. Às vezes a gente não repara e os pisos estão molhados e escorregam. Ter esse cuidado. Até pedir a outra pessoa. Em vez de ir sozinha com o doente, ir a outros colegas. Olha, vamos com o doente... Pedir apoio. E pedir apoio uns aos outros.

Entrevistadora - Achas que são realizadas auditorias frequentes? Às camas, às grades, aos travões, aos cadeirões?

Entrevistada - Sim, eu acho. Sempre que a gente diga ao chefe que uma cama não trava, não sei o quê, a primeira coisa que faz é ele vem ver e certifica-se e trata logo disso.

Entrevistadora - Sabes que a nossa Unidade Local de Saúde, a nossa ULS, tem protocolos definidos para a prevenção das quedas em ambiente hospitalar?

Entrevistada - Não.

Entrevistadora - Quais é que são as tuas responsabilidades, as tuas, enquanto assistente operacional, em termos de prevenção de quedas do doente?

Entrevistada - Então... Quando é para levantar um doente, e eu acho que não consigo, pedir a alguém que me ajude. Mesmo a pô-lo na cadeira. E verificar como é que está o chão. Quando o levo à casa-de-banho, se a cadeira está montada em condições. Não o deixar sozinho.

Entrevistadora - Quais é que são as ações que tu consideras que têm de ser desenvolvidas para minimizar a ocorrência de quedas? O que é que achas que se poderia fazer mais?

Entrevistada - Aqui, sinceramente, não podemos estar com eles lá. Porque não temos pessoal para isso. E acho que nós tentamos, da melhor maneira, que isso não aconteça. Pelo menos aqui nesse serviço que eu vejo. Não deixamos muito tempo sozinhos, vamos vigiá-los, como são daqueles que saltam as grades. E estamos sempre, sempre, pronto, a vê-los e a chegá-los para cima. E a ver se não é preciso pôr ali um imobilizador, de maneira a não caírem.

Entrevistadora - Quando um doente cai, o que é que tu identificas que são as consequências mais comuns?

Entrevistada - Depende. Pode o doente sofrer algum problema, não é?

Entrevistadora - O que é que identificas destes problemas? Consegues identificar alguns que aconteçam mais vezes?

Entrevistada - Eu sei que no serviço, normalmente, todos os que têm caído, não tem acontecido nada, não tem consequências. Sem grandes danos.

Entrevistadora - Após a ocorrência de uma queda, ou quando vês um doente cair no chão, o que é que costumás fazer?

Entrevistada - Chamar os colegas para vir me ajudar a levantá-lo. Ver como ele está, não é? Em primeiro lugar. E logo que ele não esteja em risco...

Entrevistadora - Quando acontece a queda, quando encontras um doente caído, o que é que isso significa para ti? O que é que sentes, que sentimentos é que despertam em ti?

Entrevistada - Fico triste, fico... É uma situação que... Eu não gosto que isso aconteça.

Entrevistadora - Tens alguma história que queiras contar?

Entrevistada - Sim, tenho uma... De um senhor que estava ali na cama... 25, que ele era alto, altíssimo. E o senhor levantou-se repentinamente. Eu, apesar de ter problemas de costas, não tive noção. Fui agarrar o senhor para ele não bater com a cabeça na parede. Fiquei eu por baixo dele. Caímos os dois.

Entrevistadora - Queres deixar mais algum comentário? Queres dizer mais alguma coisa?

Entrevistada – É assim, sempre... As pessoas não têm que ter receio de quando acham que um doente está mais frágil de pedir alguém para ajudar. Nós somos uma equipa. E temos que nos ajudar uns aos outros. Sempre que a gente acha que não é capaz, pede ajuda. Que isso também vai ajudar com que tudo corra bem.

Entrevistadora - Obrigada pela tua colaboração.

Entrevistada – De nada.

Anexo E – Gráficos relativos à análise dos dados do sistema interno de notificações

Gráfico 1 - Causas das quedas

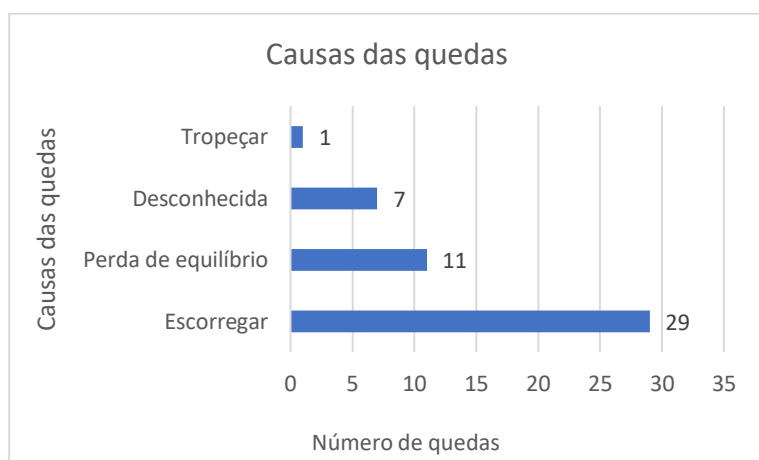


Gráfico 2 - Hora da queda

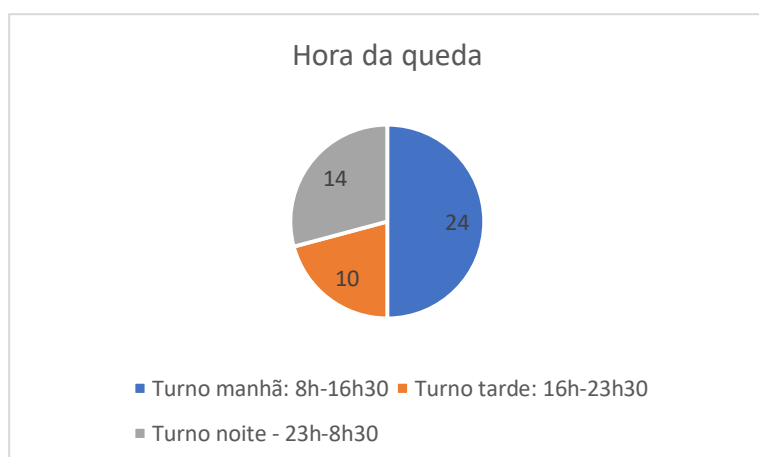


Gráfico 3 - Queda presenciada



Gráfico 4 - Quem presenciou a queda

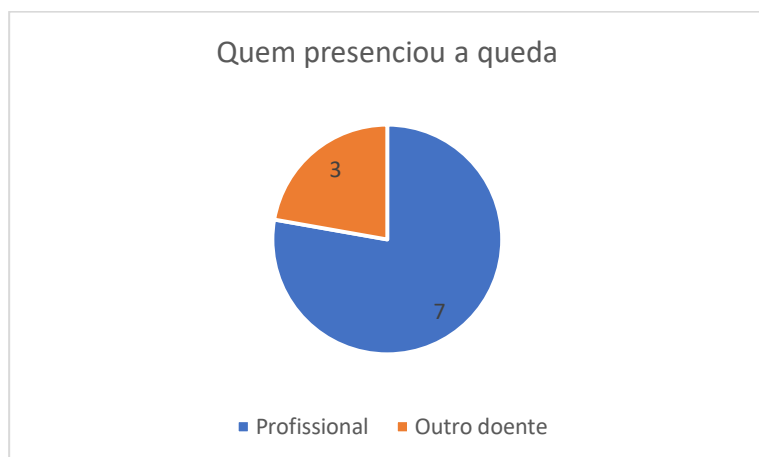


Gráfico 5 - Tipo de lesão e número de quedas

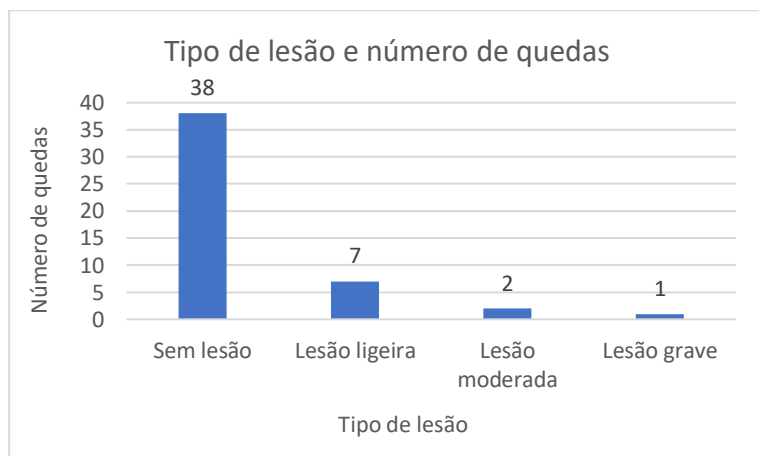


Gráfico 6 - Sexo do doente com queda

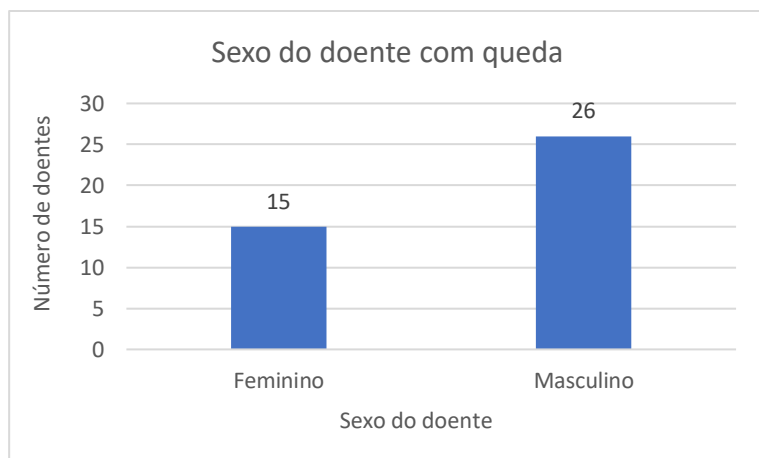


Gráfico 7 - Relação entre a idade e o sexo do doente com queda

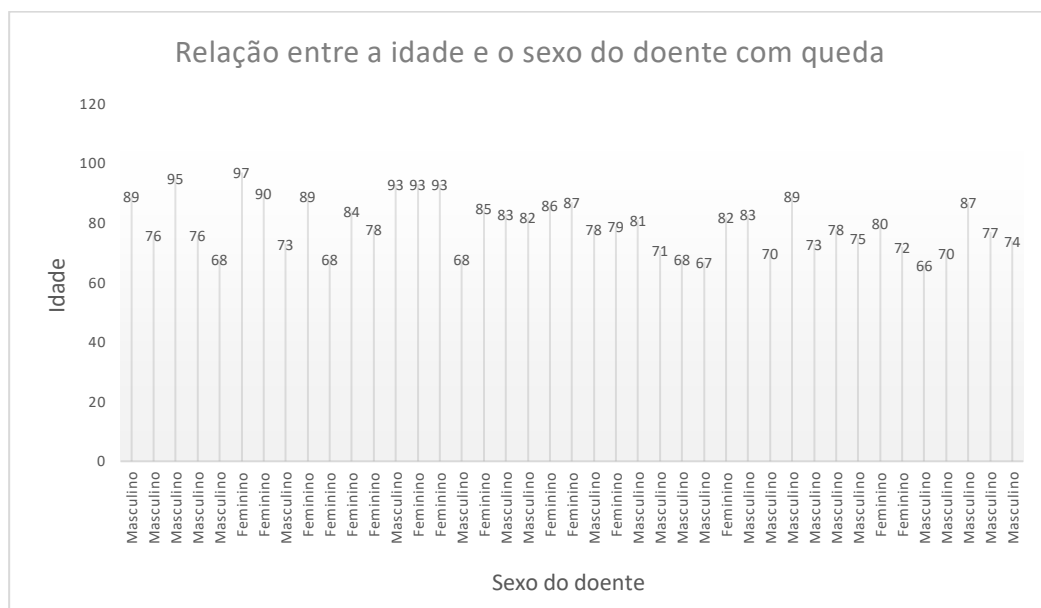


Gráfico 8 - Relação entre a idade e o número de quedas

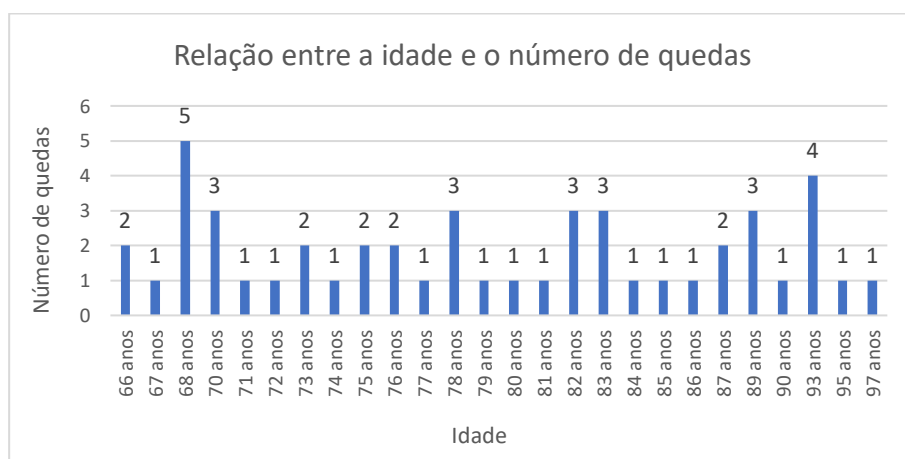


Gráfico 9 - Motivo das quedas

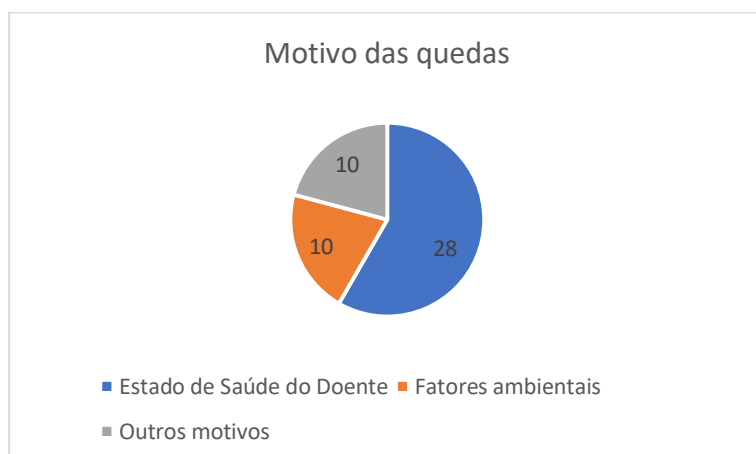


Gráfico 10 - Tipo de superfície/material envolvido na queda

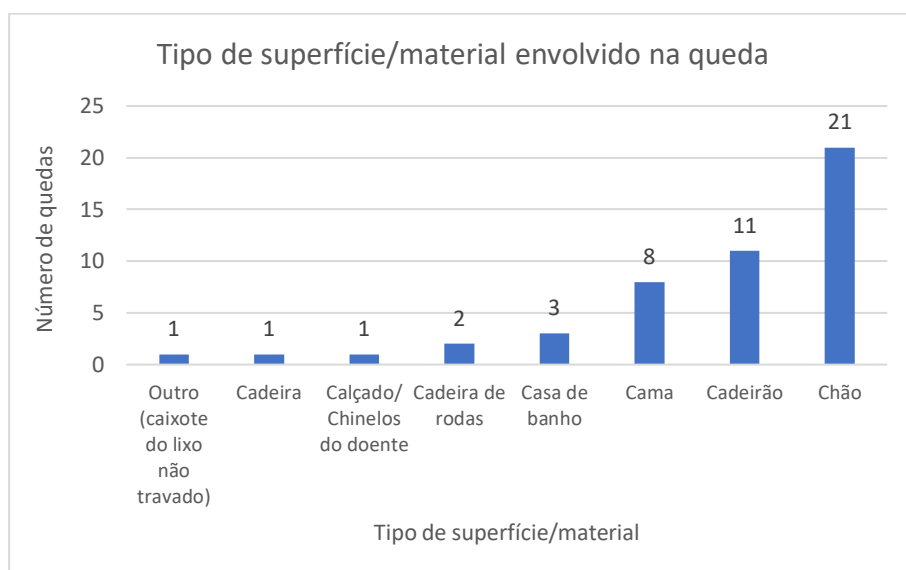


Gráfico 11 - Ocorrência de lesão

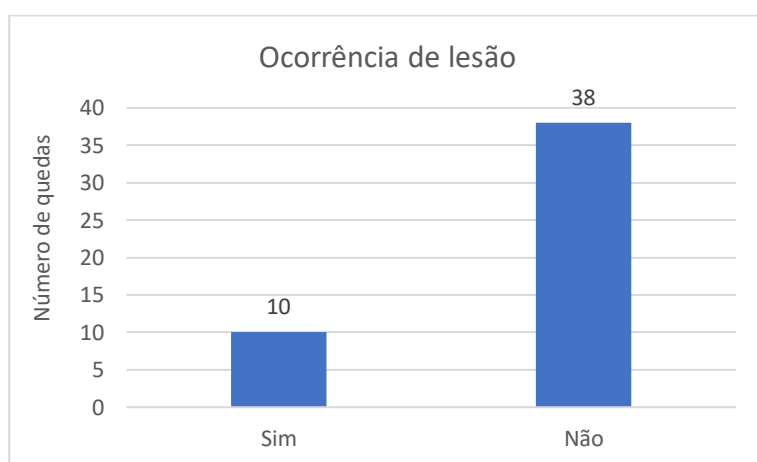


Gráfico 12 - Tipo de dano

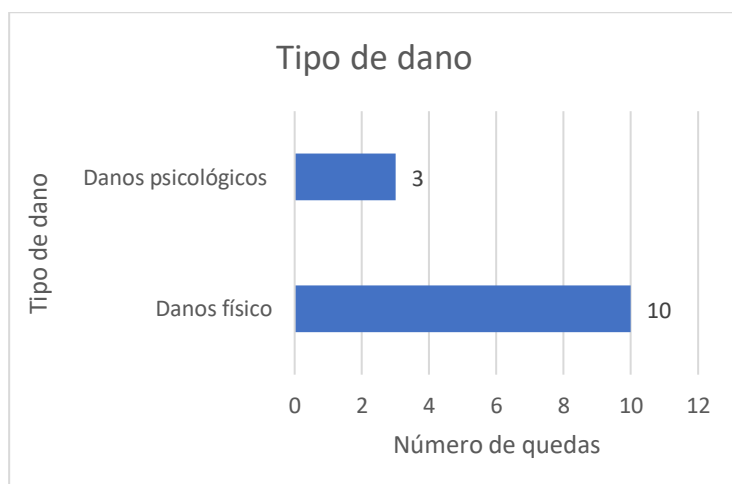


Gráfico 13 - Medidas mais frequentemente tomadas



Gráfico 14 - Medidas menos frequentemente tomadas

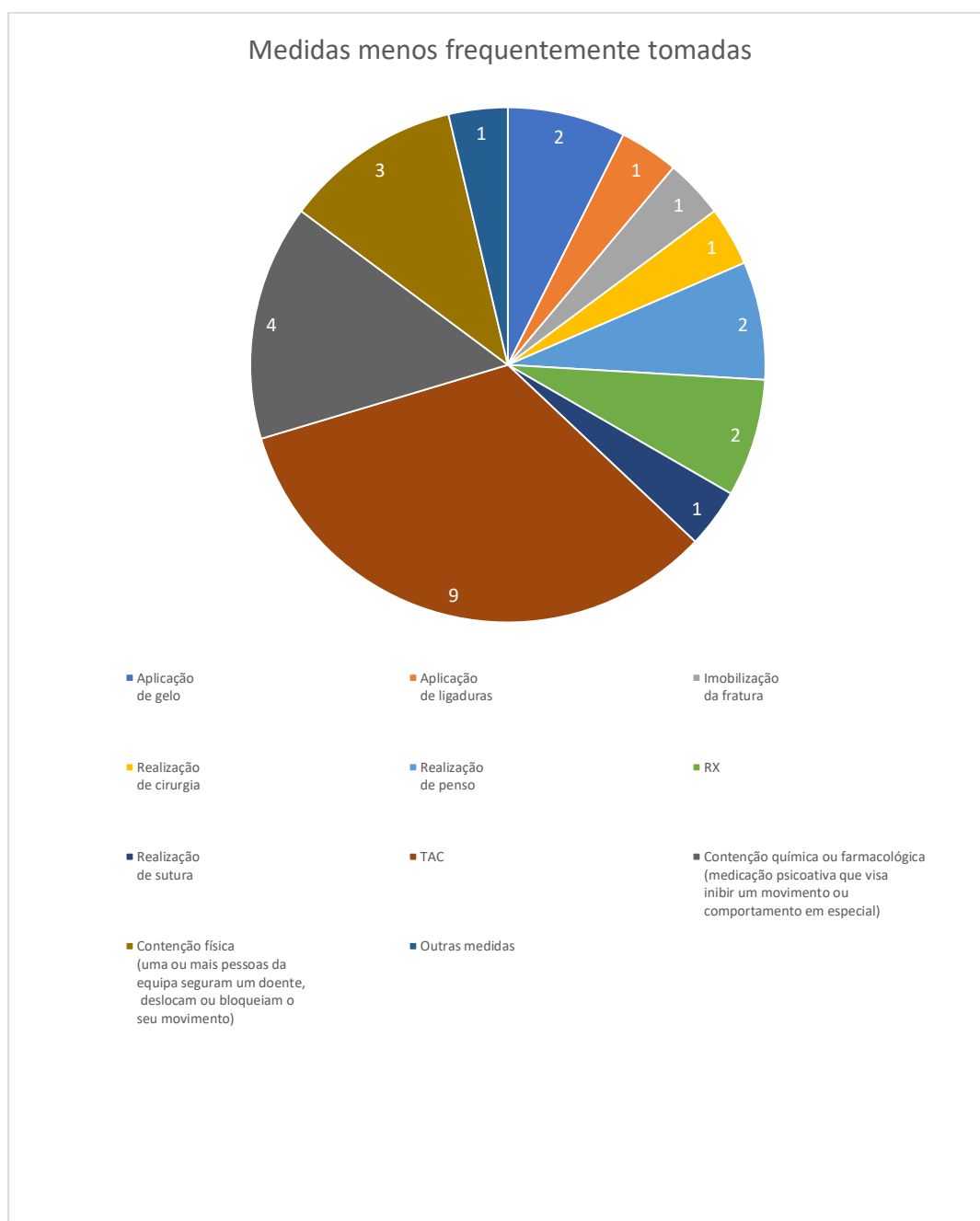


Gráfico 15 - Avaliação do risco prévio à queda

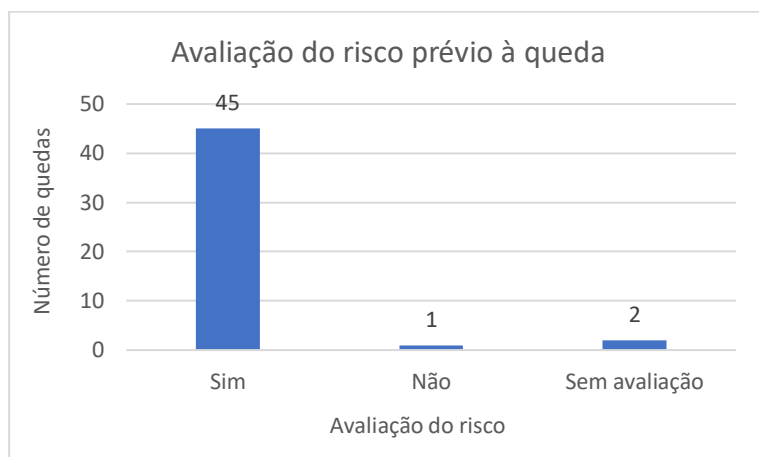


Gráfico 16 - Grau de risco prévio à queda

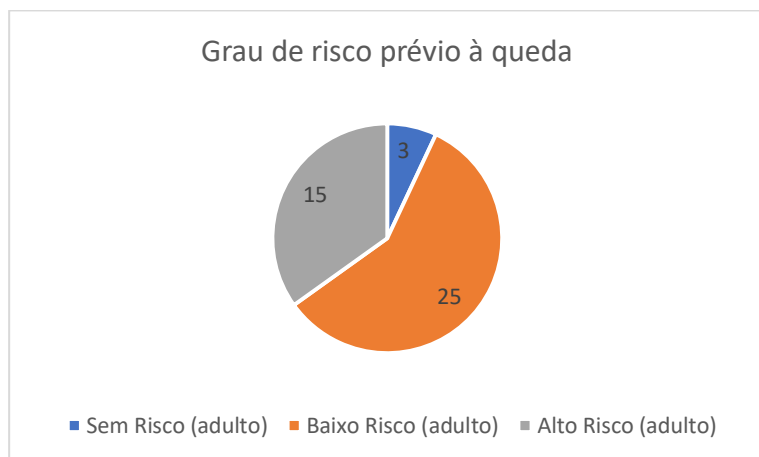


Gráfico 17 - Destino do doente com queda após alta clínica

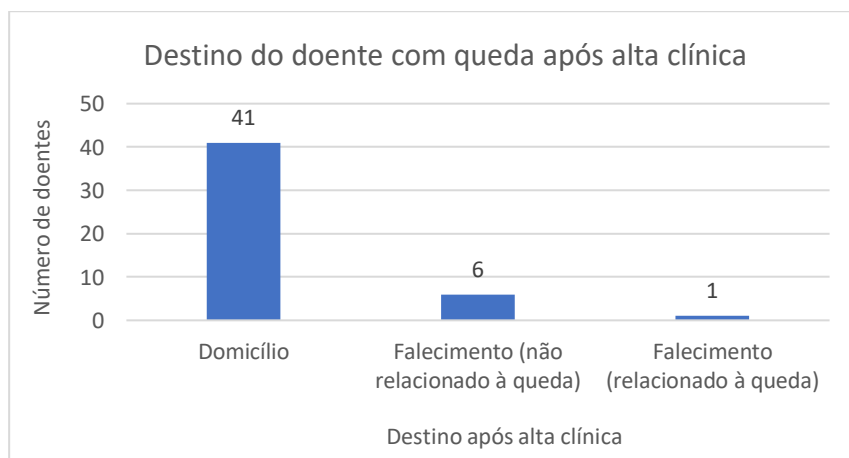


Gráfico 18 - Motivo da queda – Estado de saúde do doente

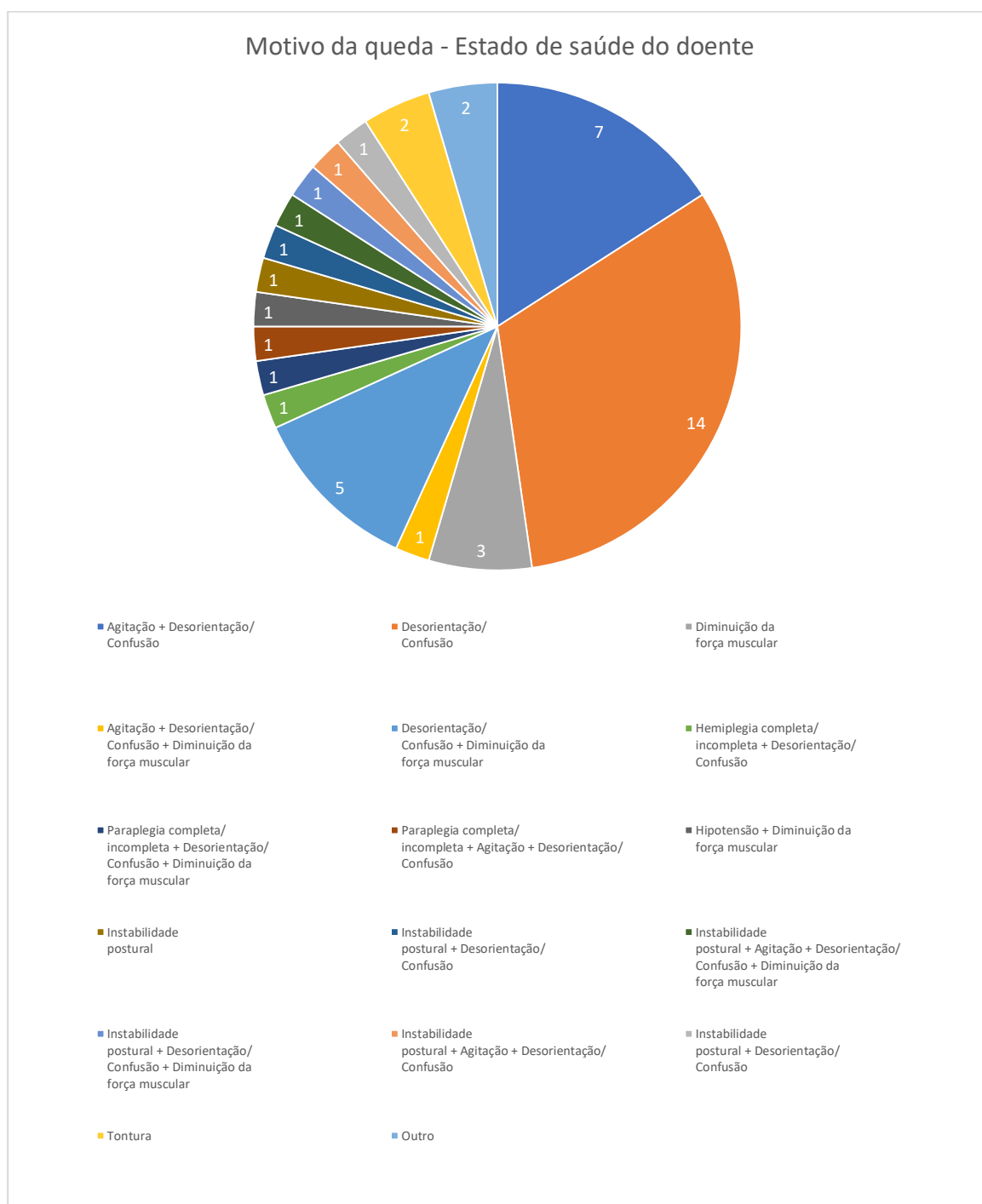


Gráfico 19 - Motivo da queda – Fatores ambientais

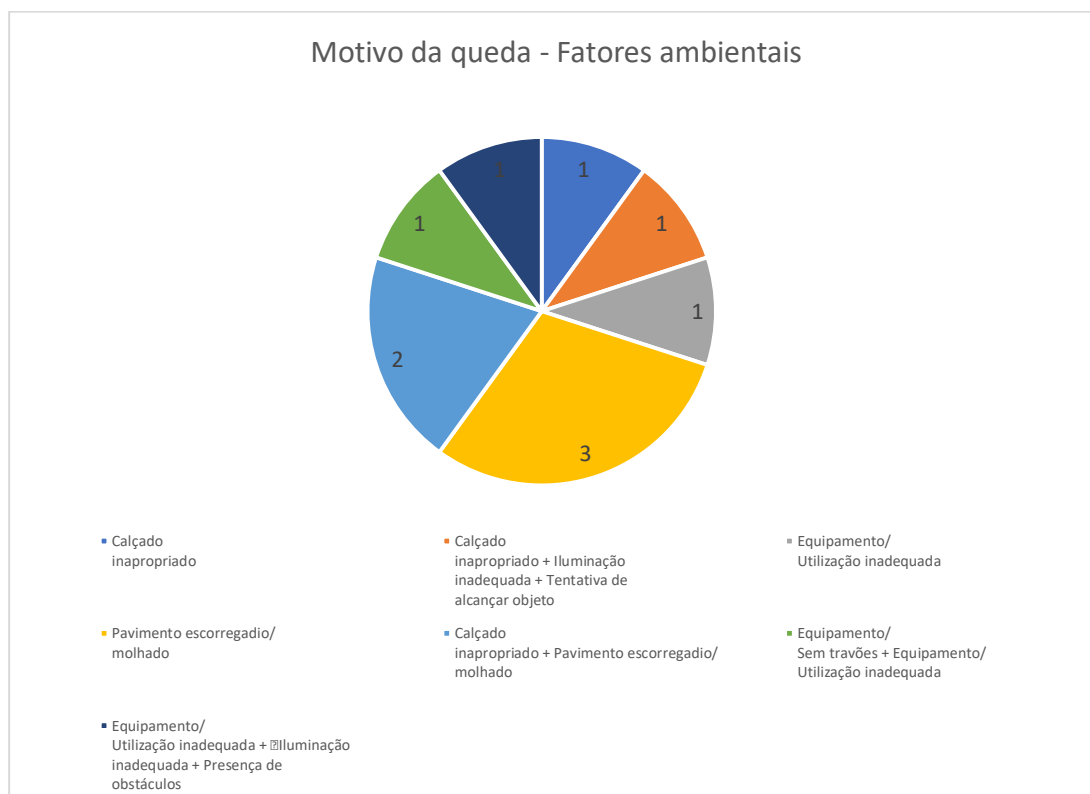


Gráfico 20 - Motivo das quedas – Outros motivos

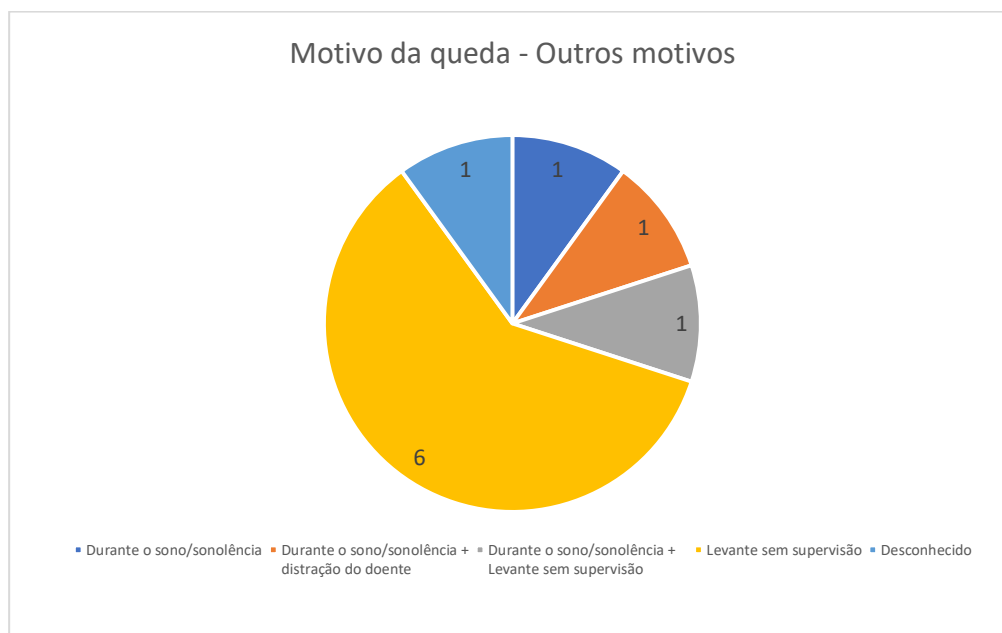


Gráfico 21 - Local da lesão

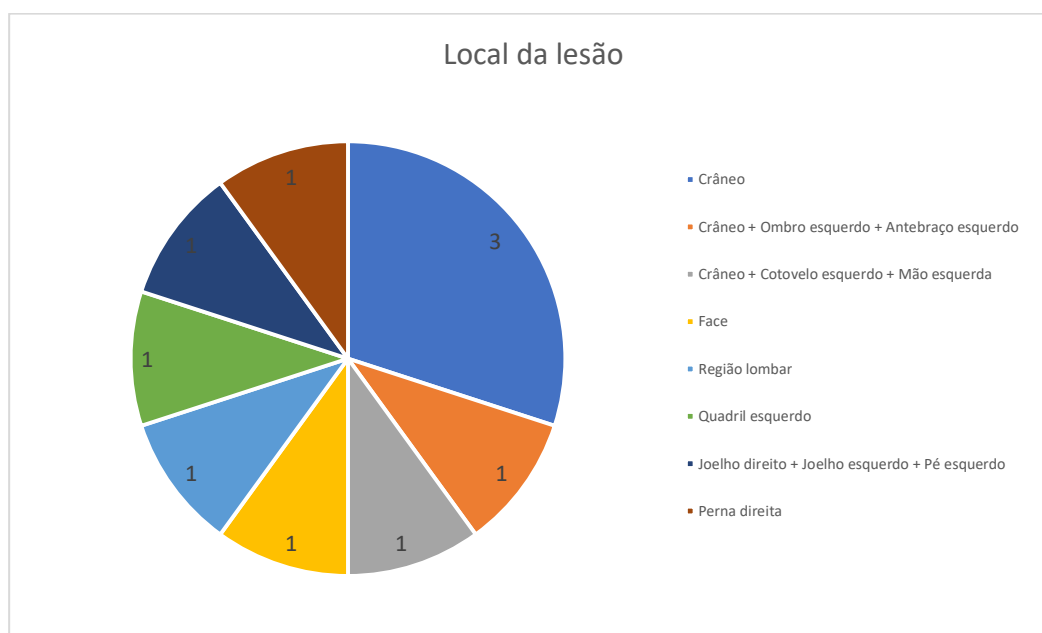
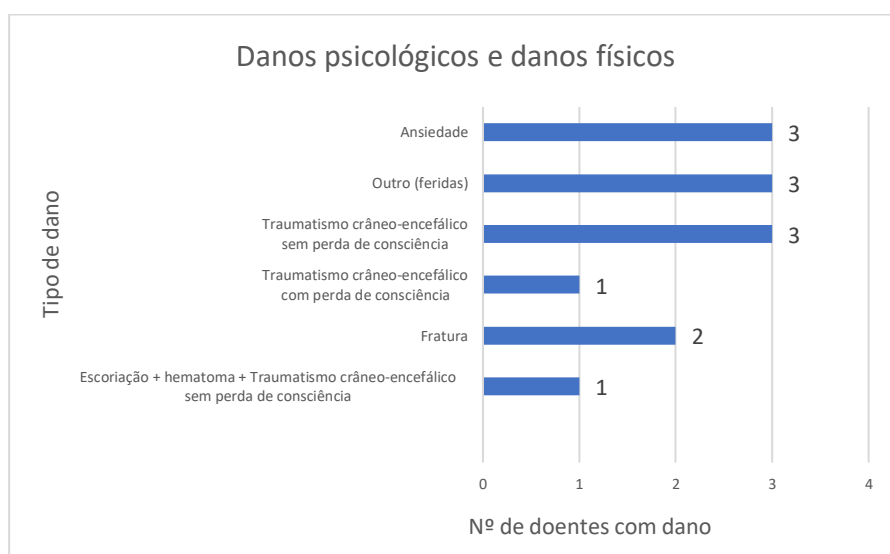


Gráfico 22 - Danos psicológicos e danos físicos



Anexo F – Metodologia de Gioia, Corley e Hamilton

Tabela 8 - Análise das entrevistas semiestruturadas pela metodologia de Gioia, Corley e Hamilton (2013)

Conceitos 1ª ordem (número da entrevista)	Conceitos 2ª ordem	Dimensões agregadas
Existe risco de queda (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)	Fatores intrínsecos	Fatores de risco
Estado de consciência do doente (1)		
Desequilíbrio (1)		
Orientação do doente (1, 5)		
Patologias diversas (1, 2)		
Confusão dos doentes (1, 3, 5, 6)		
Tentativas de levantar (1)		
Agitação sem contenção farmacológica (3)		
Agitação psicomotora (3)		
Síndrome demencial (4)		
Alterações psiquiátrica (4)		
Debilidade física (4)		
Os próprios doentes levantam-se (7)		
Os doentes retiram as imobilizações (7)		
Grades que não fixam (1)	Fatores extrínsecos	
Cadeirões em mau estado (1)		
Estrutura do serviço (2)		
Casas-de-banho (2)		
Tamanho dos quartos (2)		
Dispositivos associados (2)		
Disposição do espaço físico (3)		
Cortinas fechadas por isolamento (3)		
Escassez de imobilizadores de contenção física (4)		
Piso escorregadio (4)		
Muita coisa num quarto pequeno (5)		
Doentes não serem bem imobilizados (6)		
Estado do piso (7)		

Segurança das camas (7)		
Medicação adequada (1, 2)	Medidas de prevenção	Prevenção e Segurança
Contenção química (1, 2, 4)		
Contenção física (1, 2, 4)		
Comunicação com o doente (1)		
Avaliação do risco de queda à entrada do doente (1, 3)		
Avaliação do risco de queda durante o internamento (1)		
Adequar o espaço físico ao doente (1, 2)		
Levantamento das necessidades do serviço (2)		
Implementar plano para a melhoria das quedas (2)		
Gerir terapêutica (2)		
Levantar grades da cama (2)		
Chinelos antiderrapantes (2)		
Imobilizadores adequados (2)		
Métodos de imobilização (3)		
Contenção física com validação médica (3)		
Sensibilização da equipa (3)		
Maior vigilância (4)		
Mais recursos (4)		
Identificar um doente em risco (4)		
Evitar que o doente esteja sozinho na casa-de-banho (4)		
Contenção física (5)		
Imobilização do tronco (5, 6)		
Otimizar o ambiente físico dos doentes (5)		
Tentar manter os doentes orientados (5)		
Maior disponibilidade dos enfermeiros para estar junto do doente (5)		
Dois lençóis e traçar as pernas (6)		
Manter a cama o mais baixo possível (7)		
Ver se os pisos estão molhados (7)		

Pedir apoio uns aos outros (7)		
Quando dizemos ao chefe ele vê e pede arranjo (7)		
Não deixar o doente sozinho (7)		
Não existem auditorias ao estado do material (1, 2, 3, 4)		
Auditorias traduzidas em resultados práticos (1)		
Revisão mensal das camas e cadeirões (3)		
Campainhas funcionais (3)		
Mais auditorias e verificação (5)		
Fazer vistoria (6)		
Responsável pelo doente num todo (1)		
Não conhecimento do protocolo multisectorial (1, 3, 4, 6, 7)		
Conhecimento do protocolo multisectorial (2, 5)		
Formação interdisciplinar (2)		
Mais formação (3, 5, 6)		
Avaliação do comportamento do doente (3)		
Avaliação subjetiva do risco de queda (3)		
Briefings e análise das quedas (3)		
Equipa médica com papel mais preponderante (4)		
Articulação com a equipa médica (4)		
Comunicar à família (4)		
Pergunto ao enfermeiro como devo agir (6)		
Chamar ajuda, não levantar o doente sozinha (6)		
Adequar os recursos humanos/rácios (1, 3, 4)	Recursos humanos	
Melhorar a estrutura física (4)		
Adquirir material adequado (4)	Recursos físicos	Recursos e Estrutura Organizacional
Traumatismos (1, 4, 6)		
Quebras cutâneas (2)		
Escorregar sem grande impacto (3)		
Traumatismos crânio-encefálicos (3)		

Necessidade de estudo de imagem (3)		
Fraturas (4)		
Contusões (4)		
Hematomas (4)		
Traumas (5)		
Feridas pelo corpo (5)		
Chamar o médico (1, 2, 3, 4, 5)		
Reavaliar o risco de queda (1, 2)		
Preencher notificação de incidentes (1, 2, 3, 5)		
Avaliação hemodinâmica (2)		
Avaliação do estado de consciência (3)		
Transferência para o leito (3)		
Avaliação dos sinais vitais (3, 4, 5)		
Vigiar estado de consciência (3)		
Levantar o doente (5)		
Avaliar lesões (5)		
Frustração (1, 2, 3, 5)		
Constrangedor (2)		
Culpabilização (2)		
Questionamento sobre o que poderia ter sido feito (3)		
Impacto negativo na equipa de saúde (4)		
Causa receios e ansiedade (4)		
Falta de atenção (6)		
Tristeza (7)		

Consequências e Respostas

Procedimentos pós-queda

Impacto emocional nos profissionais de saúde

Fonte: entrevistas semiestruturadas realizadas a profissionais de saúde

