



## Avaliação da eficácia de uma intervenção na equipe para prevenir quedas ao idoso hospitalizado

Evaluation of the effectiveness of an intervention in a health team to prevent falls in hospitalized elderly people

Evaluación de eficacia de una intervención en el equipo para prevenir caídas del anciano hospitalizado

### Como citar este artigo:

Cunha LFC, Baixinho CL, Henriques MA, Sousa LMM, Dixe MA. Evaluation of the effectiveness of an intervention in a health team to prevent falls in hospitalized elderly people. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03695. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019031403695>

 Luís Filipe Correia da Cunha<sup>1</sup>

 Cristina Lavareda Baixinho<sup>2,3</sup>

 Maria Adriana Henriques<sup>2,3</sup>

 Luís Manuel Mota Sousa<sup>4</sup>

 Maria dos Anjos Dixe<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa, (CIDNUR), Lisboa, Portugal.

<sup>3</sup> Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde (ciTechCare), Leiria, Portugal.

<sup>4</sup> Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Évora, Évora, Portugal.

<sup>5</sup> Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the effectiveness of an intervention program in practices and behaviors of a health team to prevent falls in hospitalized elderly people. **Method:** This was an action, mixed-methods, and longitudinal study that applied an intervention based on TeamSTEPPS<sup>®</sup>, and organized into five domains: team training, communication, leadership, monitoring, and mutual support. The population was nurses and nursing aides who worked at the medical service of a Portuguese hospital center. Data were obtained by consulting process records and interviews, and by applying the Scale of Practices and Behaviors of Teams for Fall Prevention. **Results:** There was improvement in all indicators of the scale, with evident progress in discussion of risk factors and preventive measures to be implemented. **Conclusion:** This intervention promoted decision-making regarding the preventive measures to be applied to each elderly person and improved communication and the interest in identifying the causes of falls to prevent their recurrence.

### DESCRIPTORS

Aged; Hospitalization; Accidental Falls; Patient Care Team; Geriatric Nursing.

### Autor correspondente:

Cristina Lavareda Baixinho  
Rua dos Matos, n.º 3, Santiago dos Velhos  
Arruda dos Vinhos, Portugal  
crbaixinho@esel.pt

Recebido: 02/10/2019  
Aprovado: 23/09/2020

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm-se assistido a um aumento significativo do número de quedas na população de idosos, nomeadamente nos que estão hospitalizados. A literatura justifica este acréscimo com vários motivos, que não sendo surpreendentes estão interrelacionados, como a melhoria nos sistemas de notificação de acidentes, as pessoas internadas são, em média, mais velhas e/ou debilitadas; menor tempo passado pelos enfermeiros junto delas; aumento da utilização de terapêutica sedativa<sup>(1)</sup>; baixos níveis de conhecimento do idoso sobre as estratégias adequadas de prevenção de queda<sup>(2)</sup>; práticas individuais e de equipe em termos de comunicação, registro e vigilância do idoso que nem sempre garantem a segurança<sup>(3)</sup>; e o próprio ambiente hospitalar, diferente do de casa, que pode contribuir para 30% a 50% do total de quedas de doentes internados<sup>(4)</sup>.

Em termos de risco ambiental, encontram-se não só os aspectos relacionados com a estrutura dos serviços, mas também a presença de equipamentos e materiais nos locais de passagem, que constituem obstáculos à marcha, e a presença dos outros doentes, levando a diagnósticos complexos que necessitam de cuidados diversos e a alterações da mobilidade e equilíbrio que aumentam o risco<sup>(5)</sup>.

A queda é o principal acidente nos hospitais, ocasiona a perda de funcionalidade e o prolongamento do tempo de recuperação/reabilitação<sup>(6)</sup>, aumenta a morbidade e os custos do tratamento<sup>(7)</sup>, promove limitações, agrava a situação clínica e causa alterações emocionais, com consequente prolongamento do tempo de internamento<sup>(6,8-9)</sup>.

Simultaneamente os que sofreram uma queda estão mais suscetíveis a voltar a cair, porque o risco de novo acidente aumenta em cerca de um terço<sup>(8)</sup> e acresce a possibilidade de se instalar o síndrome pós-queda, que vai acompanhar o idoso e a sua família no regresso a casa<sup>(2)</sup>. Após um episódio de queda em ambiente hospitalar, o idoso terá alto risco de cair na própria casa, mais concretamente no quarto de dormir, e fica especialmente vulnerável a problemas, como a ocorrência de declínio cognitivo e funcional, infeções, má gestão/complicações terapêuticas e ocorrência de novos acidentes com possíveis reinternamentos hospitalares<sup>(2,10)</sup>.

As fraturas secundárias das quedas são uma das consequências mais incapacitantes, porque desencadeiam uma espiral descendente no estado de saúde do idoso, ocasionando uma maior dependência/incapacidade, podendo resultar em diversas complicações a longo prazo<sup>(1)</sup>. As probabilidades de morte decorrente de uma fratura da extremidade superior do fêmur são 2.25 superiores no hospital quando comparada com as ocorridas na comunidade<sup>(11)</sup>. Dando ênfase ao problema que estes números acarretam, salienta-se que, a cada 13 segundos, um idoso dará entrada, num serviço de urgência, com lesões decorrentes de uma queda e, a cada 20 minutos, um idoso morrerá na sequência de uma queda<sup>(12)</sup>.

A subnotificação dos acidentes agrava esse quadro. Usualmente são notificadas todas as situações que resultam em lesão, mas os episódios sem lesão que podem ser detectadas mais tarde geralmente não são relacionadas, pelos profissionais, com a queda que a originou<sup>(5)</sup>, não condicionando a

adoção de medidas preventivas dentro do tempo adequado, para a prevenção da (re)corrência e da ptofobia.

Apesar de muito já se ter avançado no conhecimento, alguns autores defendem que o modelo biomédico tem prevalecido no estudo desse fenómeno<sup>(3)</sup> e que novas intervenções devem ser levadas em conta, até porque os programas de prevenção de queda são, no máximo, parcialmente eficazes<sup>(13)</sup>, e os profissionais de saúde que lidam com o fenómeno do comportamento humano nem sempre usam as abordagens adequadas, recorrendo a parâmetros rígidos para a sua imprevisibilidade, enquanto que as percepções e intenções da pessoa idosa são muitas vezes fora do processo de avaliação e prevenção<sup>(13)</sup>.

Diante do exposto, alguns investigadores recomendam que uma das intervenções, fora do dito modelo biomédico, deva ser a intervenção na equipe, recorrendo-se ao “TeamSTEPPS”<sup>(14-15)</sup>. Um estudo anterior que utilizou este sistema de trabalho em equipe, com a finalidade de envolver os profissionais na segurança e na prevenção de quedas, registrou uma diminuição da taxa de ocorrência de queda de 1,90 para 0,69 por cada 1.000 dias de leito ocupado<sup>(15)</sup>, o que demonstra a sua potencialidade para a prevenção desse acidente.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção na melhoria das práticas e comportamentos da equipe de saúde, para prevenir a queda aos idosos hospitalizados.

## MÉTODO

### TIPO DE ESTUDO

A partir da questão de investigação “Qual é a eficácia de um programa de intervenção na melhoria das práticas e comportamentos da equipe de um serviço de medicina, para gerir o risco de queda de idosos hospitalizados?”, optou-se por um estudo do tipo investigação-ação, misto e longitudinal, pela maleabilidade do método, que possibilita um conjunto de intervenções que identificam e resolvem problemas da práxis clínica<sup>(16)</sup>.

O método selecionado permite a interação entre o investigador e os participantes, com a finalidade de introduzir mudanças para a melhoria das práticas de um contexto específico, criando sinergias entre a teoria e a prática e comprometendo os diferentes atores com a resolução de problemas<sup>(16)</sup> e a transferência do conhecimento para a clínica.

Há diferentes correntes metodológicas para esse tipo de pesquisa, ante o objeto de estudo, optamos pelo modelo de Kuhne e Quingley<sup>(16)</sup>, organizado em três fases e seis etapas: planeamento (definir o problema, definir o projeto, medir), ação (implementar e observar) e reflexão (avaliar e verificar se o problema foi resolvido).

A fase de planeamento decorreu entre setembro de 2016 e setembro de 2017, espaço temporal que permitiu conhecer a equipe e o contexto, compreender o problema, definir o projeto e determinar as técnicas de coleta de dados<sup>(16)</sup>. Foi efetuada formação de todos os participantes sobre a intervenção, os domínios e as atividades a serem implementadas.

Nessa fase, a equipe elegeu um enfermeiro para exercer a função de liderança na implementação da intervenção. Este teve como atividades primordiais planejar e realizar formação

para a equipe em momentos-chave, para a implementação do projeto, reunir mensalmente e dar *feedback* da prevalência, fazer um balanço das intervenções implementadas e identificar dificuldades e oportunidades para a mudança e encorajar a comunicação sobre o tema, nomeadamente nos momentos de passagem de turno<sup>(3,17)</sup>.

A fase de ação, com a implementação da intervenção, decorreu entre 26 de outubro de 2017 e 2 de fevereiro de 2018. A intervenção foi previamente validada por um painel de peritos na área das quedas. É composta por 35 atividades baseadas nas dimensões do TeamSTEPPS®: formação da equipe, comunicação, liderança, monitorização e suporte mútuo<sup>(17)</sup>. No estudo de validação, todos os indicadores tiveram um consenso superior a 80%, com um Content Validity Index do total da intervenção de 0,92<sup>(17)</sup>.

Para aprimorar a comunicação e a divulgação do projeto no seio da equipe, criou-se, na rede social VIBER®, um grupo ao qual se adicionaram todos os participantes. Essa intervenção acabou por se revelar um veículo bastante importante de discussão, promoção e agendamento de atividades relativamente à prevenção de quedas do idoso.

A fase de reflexão para a avaliação da intervenção decorreu entre 2 de fevereiro e 30 de abril de 2018 e incluiu a análise das entrevistas semiestruturadas, dos resultados da auditoria nos processos clínicos, da observação participante dos momentos de passagem de turno e dos resultados da Escala de Práticas e Comportamentos das Equipes na gestão do risco de queda dos idosos (EPCEQ)<sup>(3)</sup>, que foi aplicada em dois momentos – uma semana antes do início da intervenção (terceira semana de outubro de 2017) e dois meses após o seu término (primeira quinzena de abril de 2018).

## POPULAÇÃO

O estudo decorreu num serviço de internamento hospitalar, serviço de medicina interna, de um Centro Hospitalar Português, que tem um total de 20 enfermeiros (incluindo a enfermeira-chefe) e onze auxiliares. Os critérios de inclusão dos participantes foram os seguintes: estarem na prestação direta de cuidados, aceitarem participar do estudo, não ter férias ou ausência nos momentos de formação e de reuniões de equipe para implementação da intervenção. Foram incluídos 27 profissionais (83%) que respeitaram os critérios de elegibilidade e excluídos uma auxiliar, por motivo de doença, e três profissionais (dois enfermeiros e uma auxiliar), por motivo de férias durante a etapa de avaliação.

## COLETA DE DADOS

Os participantes foram contactados antes do início da pesquisa, para garantir que respeitassem os critérios de inclusão, pedir a sua colaboração e promover a adesão de resposta ao instrumento utilizado.

A coleta de dados foi efetuada recorrendo-se a várias técnicas, nomeadamente entrevistas semiestruturadas, auditoria aos processos clínicos, observação participante dos momentos de passagem de turno e aplicação da EPCEQ<sup>(3)</sup>, para mensurar se as práticas e comportamentos da equipe na gestão do risco de queda modificaram-se ou não, após a intervenção.

Essa escala unidimensional, com 6 itens que pontuam de 6 a 30 pontos numa escala de likert, apresenta boas propriedades psicométricas no estudo de validação, com um Alfa de Cronbach de 0,918<sup>(3)</sup>.

A auditoria dos processos clínicos foi efetuada na fase de planeamento, para auxiliar na identificação do problema; na fase de ação, para monitorar a intervenção implementada e a mudança pretendida, e na fase de reflexão, para avaliar o projeto.

Utilizou-se um caderno para o registro das notas de campo, estas foram codificadas com a designação NC, o número do registro da observação e a sua natureza. Nessas notas, incluíram-se dados da observação das práticas, excertos das entrevistas dos participantes e elementos da organização do espaço físico da enfermaria. Durante o estudo, foi feita uma avaliação das condições físicas do serviço, com a colaboração de duas pessoas do serviço (a enfermeira-chefe e uma enfermeira envolvida no programa de prevenção de quedas do hospital onde ocorreu o estudo).

O investigador presente no serviço, durante esse período, efetuou notas reflexivas do processo e dos resultados. As reuniões de equipe e os momentos de passagem de turno foram cruciais para a partilha de informação e para implementar a intervenção nas práticas do dia a dia e promover a comunicação entre o investigador e os participantes<sup>(13)</sup>.

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os achados foram submetidos a análise de conteúdo pela técnica de Bardin. Os dados obtidos pela aplicação da EPCEPQ foram submetidos a análise estatística com recurso do SPSS, versão 23. Para avaliar as mudanças ocorridas na EPCEPQ antes e depois da intervenção, foram comparadas as medianas por meio do teste não paramétrico, *Wilcoxon (Z test)*. Foram calculados o efeito teto e efeito chão, para avaliar o efeito da mudança após a intervenção, estes definem-se, respetivamente, como a percentagem de indivíduos que se situam no máximo e no mínimo da pontuação possível para cada domínio da escala<sup>(18)</sup>. Foi ainda calculado o *Effect size* usando-se a fórmula  $r = Z / \sqrt{N}$  (*Wilcoxon*). Os resultados foram interpretados de acordo com os seguintes valores: pequeno, *Effect size*  $0.2 \leq r < 0.5$ ; moderado, *Effect size*  $0.5 \leq r < 0.8$ ; e alto, *Effect size*  $r \geq 0.8$ <sup>(19)</sup>. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

## ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética (Processo n.º 492/2017). Foi assegurado a todos os participantes o anonimato e a confidencialidade dos dados, e foi assinado o termo de participação livre e esclarecida. Em ambos os momentos de aplicação da EPCEPQ, foi colocado, no serviço, uma urna, para que os participantes colocassem a escala preenchida, para aumentar a adesão à resposta e diminuir o risco de se obterem respostas profissionais e socialmente aceitáveis. A utilização da rede social VIBER® serviu unicamente para a partilha de informação sobre o projeto, as intervenções em curso, a divulgação das reuniões e a formação da equipe,

nunca se partilharam informação clínica nem dados pessoais das pessoas internadas.

## RESULTADOS

Os participantes foram 27 profissionais do serviço de medicina onde ocorreu a intervenção, 92,6% (25) eram mulheres, 70,4% (19) eram enfermeiros e 29,6% (8), auxiliares, trabalhavam, em média, há 138,8 ±102 meses (11,3 anos), com um mínimo de 14 meses e um máximo de 372 meses de atividade profissional.

Quando questionados sobre a frequência de formação, 74,1% (20) dos profissionais responderam afirmativamente para fatores de risco e medidas preventivas de queda da população idosa hospitalizada e 70,4% (19), para como atuar após a ocorrência de um episódio de queda.

As reuniões para formação e discussão propiciaram o diagnóstico da situação, a identificação das dificuldades e a explicitação do modelo em uso para a gestão do risco de queda dos idosos internados no serviço. O confronto com a intervenção a implementar desvelou constrangimentos organizacionais, dificuldades de comunicação e de circulação da informação entre as equipes de enfermagem e auxiliares, bem como a percepção de que a avaliação do risco com recurso à escala de Morse não era complementada com a introdução das medidas preventivas adequadas, como referiu uma das enfermeiras participantes:

(...) Avaliamos o risco a todos os doentes, mas é quase uma ação mecânica porque há a obrigatoriedade de registro por causa do gabinete de gestão do risco, mas, na realidade, as intervenções são todas iguais para todos (...) talvez difiram quando um idoso cai (NC22).

Na primeira auditoria aos processos clínicos, a escala de Morse tinha sido preenchida conforme preconizado, todavia verificou-se que não existia o registro sistemático das

intervenções preventivas de queda. Em alguns processos, aparecia para os idosos com médio e alto risco um plano de cuidados com medidas preventivas, mas demasiado generalistas e pouco individualizados à pessoa idosa. Por outro lado, em mais de uma situação, aferiu-se que a informação presente na folha de coleta de dados, quando do acolhimento, era inexistente ou incompleta, faltando dados, como data, hora, local ou mecanismo de queda, nos casos em que o idoso tinha sofrido queda anterior (pré-internamento ou na urgência). Apesar de todas as ocorrências de queda terem sido relatadas no formulário próprio do gabinete de gestão do risco, em alguns processos não havia qualquer documentação sobre ela ou os registros estavam incompletos.

Na análise inicial do discurso dos participantes, sobressaem como constrangimentos organizacionais o elevado número de doentes atribuído a cada profissional, a escassez de tempo, a ausência de momentos e espaços para a equipe discutir os problemas e procurar soluções, como observaram duas participantes:

(...) o serviço está sempre cheio, às vezes com macas no corredor, e somos os mesmos, nem sempre dá para falarmos do trabalho (NC57 - auxiliar).

(...) começamos o dia preocupados com o volume de trabalho, mesmo quando damos algumas informações à equipe sobre o risco de queda ou o que fazer para as evitar, é durante a execução de outros procedimentos...nem dá para confirmar se a mensagem foi clara (NC18 - enfermeira).

No que concerne à aplicação da EPCEQ, o Alfa de Cronbach foi de ,804, o que atesta uma boa consistência interna. Os resultados da aplicação da escala de práticas e comportamentos das equipes na gestão do risco de queda dos idosos, nos dois momentos – pré e pós-intervenção, apontam para uma melhoria em todos os indicadores da escala, conforme se apresenta na Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização da amostra quanto às práticas e comportamentos da equipe para a prevenção da queda, antes e após a intervenção – Lisboa, Lx, Portugal, 2018.

Práticas e comportamentos	Pré-intervenção (N*=27)			Pós-intervenção (N*=24)			Wilcoxon Test Z (P-value)*
	Média	Mediana	DP†	Média	Mediana	DP†	
1. A equipe discute os fatores de risco para a queda dos diferentes idosos.	3,37	3	,629	3,96	4	,550	-3,086 (0,002)
2. A equipe discute as medidas preventivas de queda a serem aplicadas a cada idoso.	3,15	3	,662	4	4	,417	-4,065 (<0,0001)
3. Decidimos, em equipe, as medidas preventivas a serem aplicadas a cada idoso.	3,30	3	,775	4,08	4	,584	-3,500 (<0,0001)
4. A comunicação é essencial para prevenir quedas.	4,30	5	,869	4,79	5	,509	-2,379 (0,017)
5. Por meio da comunicação, conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas.	3,59	4	,797	4,17	4	,482	-3,234 (0,001)
6. Habitualmente manifesto interesse em identificar as causas de quedas.	3,74	4	,764	4,08	4	,584	-2,236 (0,025)
<b>Total (6-30)</b>	<b>21,44</b>			<b>22,30</b>			

\*N – Número de elementos; †DP – Desvio Padrão; \*P - Valor da probabilidade de significância

Pela confrontação das médias obtidas em cada uma das avaliações, constatamos que, em todos os indicadores, bem como o *score* final da escala, registraram-se melhorias entre os dois momentos de avaliação. Todos os itens da escala apresentaram melhorias significativas após a intervenção segundo o teste de *Wilcoxon*.

No período em que decorreu o estudo, comparativamente ao mesmo período do ano anterior, houve uma diminuição

de 11,3%, que não é possível associar à intervenção em si pela multiplicidade de fatores de risco na gênese da queda.

Pela análise da Tabela 2, verificamos que houve um aumento do efeito teto em todos os itens da EPCEQ, após a intervenção.

Salienta-se ainda que o *Effect size* oscilou entre 0,30428 e 0,55318, o que, de acordo com os valores de referência, é um *Effect size* pequeno.

**Tabela 2** – Efeito teto e efeito chão da escala EPCEQ antes e após intervenção – Lisboa, Lx, Portugal, 2018.

Itens	Intervenção				Effect size
	Pré		Pós		
	Efeito teto	Efeito chão	Efeito teto	Efeito chão	
1. A equipe discute os fatores de risco para queda dos diferentes idosos.	0	0	11,1	0	0,41995
2. A equipe discute as medidas preventivas de queda a serem aplicadas a cada idoso.	0	0	7,4	0	0,55318
3. Decidimos, em equipe, as medidas preventivas a serem aplicadas a cada idoso.	7,4	0	18,5	0	0,47629
4. A comunicação é essencial para prevenir quedas.	51,9	0	74,1	0	0,32374
5. Por meio da comunicação, conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas.	11,1	0	18,5	0	0,44009
6. Habitualmente manifesto interesse em identificar as causas de quedas.	14,8	0	18,5	0	0,30428

Na última auditoria, a maioria dos processos tinha registro da(s) intervenção(ões) implementada(s) e respetiva avaliação.

A informação oral nas passagens de turno, no que diz respeito às ocorrências de queda, foi igualmente analisada, constando-se uma maior preocupação, no seio da equipe, desde o início da implementação do projeto, com o tema em questão. Ao contrário do que acontecia no período que antecedeu o projeto, a equipe passou a informar o risco para os doentes admitidos no serviço, nomeadamente se tinham antecedente recente de queda.

Em relação aos momentos de passagem de turno, discutiram-se as intervenções individualizadas a implementar e/ou a serem continuadas. Nas situações em que ocorreu queda, foram descritos detalhadamente o mecanismo e as medidas tomadas para a prevenção da sua recorrência. Nos momentos de reunião e partilha, foram analisadas as circunstâncias do acidente (mecanismo, se foi ou não testemunhado, qual a intervenção após a queda), para identificar oportunidades de melhoria e de aumento da segurança do espaço físico do serviço.

## DISCUSSÃO

O primeiro passo para a implementação da intervenção foi a formação da equipe, crucial nos programas de prevenção, já que aumenta a adesão à notificação dos episódios de quedas e ao registro mais completo deles<sup>(20)</sup>.

Na aplicação da EPCEQ, os resultados demonstram uma melhoria na discussão dos fatores de risco para a queda (de 3,37±,629 para 3,96±,550). Esse ganho também é perceptível na análise da documentação e da informação oral transmitida nas passagens de turno, e é considerado uma mais valia, porque a comunicação dos fatores de risco de queda, no seio

das equipes, é baixa, o que quer dizer que esses fatores, na maioria das vezes, não são discutidos, podendo indicar uma desvalorização do risco de queda<sup>(3)</sup>.

A determinação dos idosos com risco de queda é o primeiro passo para a prevenção<sup>(21)</sup>, ao possibilitar uma utilização mais eficiente dos recursos e direcionar os cuidados, por parte da equipe, para as pessoas idosas que têm alto risco de queda.

A melhoria da comunicação no seio da equipe, conseguida pelas reuniões e dinamização dos momentos de passagem de turno, conjugada com o uso das novas tecnologias (rede social VIBER®) e o treino da equipe, melhorou as práticas e comportamentos na gestão do risco de queda. Estudos anteriores consideram que este tipo de estratégia que associa o treino da equipe e a comunicação aprimorada entre os seus elementos sobre o risco de cair pode ser eficaz para reduzir a prevalência de quedas<sup>(14-15)</sup>.

Os participantes sempre valorizaram a comunicação como essencial para a prevenção, sendo que este é o único indicador com uma mediana = 5 na avaliação pré-intervenção, todavia, a análise do discurso revela que, nem sempre, criam-se condições que propiciem a comunicação na equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Uma das mais valias da intervenção e do método utilizado foi a possibilidade de o investigador permanecer no contexto e fazer a ponte entre o conhecimento informal e o formal<sup>(13)</sup>, e entre os diferentes profissionais.

A abordagem deve ser interdisciplinar<sup>(12)</sup>, com alguns autores que advogam que os programas de prevenção que incluem apenas enfermeiros não são eficazes: é preciso uma equipe para fazer a diferença<sup>(20)</sup>. Formação, comunicação e compromisso entre os diferentes profissionais é um método eficaz para reduzir as quedas e as lesões relacionadas<sup>(3,14)</sup>. Desse modo, toda a equipe multidisciplinar do hospital é

responsável por reduzir os riscos de queda e garantir um ambiente seguro e livre de riscos, partilhando experiências e conhecimentos<sup>(14)</sup>.

A comunicação e a criação de momentos e espaços para reunir a equipe foram os grandes pilares para o sucesso da intervenção. Como referido no discurso oral dos profissionais, o tempo é sempre escasso e as equipes acabam por relegar para segundo plano os momentos para resolver os problemas. Essa questão está bem descrita na bibliografia, com a defesa de que o foco principal na prevenção de quedas passa pela falta de conhecimento e de comunicação das intervenções de prevenção de quedas dentro da equipe e entre a equipe e os clientes dos cuidados de saúde<sup>(22)</sup>. A melhoria da comunicação pela partilha de informações precisas sobre os comportamentos dos idosos, estado de saúde, medicamentos e outros fatores de risco pode contribuir para uma diminuição de 12% dos episódios de queda<sup>(23)</sup>.

Nesses processos de comunicação, os líderes dinamizadores dos programas de prevenção facilitam a oportunidade de cada membro se manifestar com objetivo e propósitos claros e em que cada um dos seus membros assume funções bem definidas<sup>(22)</sup>. Os profissionais precisam de *feedback* regular e devem ser capazes de corrigir comportamentos que não promovam a segurança. Nas instituições onde esteja implementada uma cultura de segurança, as equipes que as compõem demonstram habitualmente processos de comunicação clara e frequente entre todos os seus membros<sup>(22,24-25)</sup>.

Os componentes essenciais de uma cultura de segurança começam com a liderança<sup>(24)</sup>. Um dos domínios da intervenção esteve relacionado com a liderança. O enfermeiro que assumiu as funções de líder teve a responsabilidade de promover a discussão, incentivar a implementação de medidas individualizadas, promover a segurança no espaço físico, assegurar a articulação com o gabinete de qualidade e segurança do hospital e desenvolver a confiança da equipe na comunicação dos episódios de queda de modo pró-ativo<sup>(23)</sup>.

O indicador cinco da EPCEQ – por meio da comunicação, conheço, avalio, interpreto e transmito elementos relevantes para a prevenção de quedas – no primeiro momento de avaliação, pontua 3,59±,797 e, no segundo, 4,17±,482, o que demonstra um incremento no processo de gestão do risco de queda.

A escolha de um profissional do serviço para essa função baseou-se nas recomendações da literatura que observam que os enfermeiros que desempenham funções de liderança têm um papel fundamental na coordenação e implementação de uma cultura de segurança no seio das equipes, de forma a reduzir o risco e os danos aos clientes dos cuidados de saúde, como, por exemplo, em programas projetados para prevenir quedas e lesões decorrentes delas<sup>(24)</sup>.

A necessidade de liderança é notada como o primeiro passo em quase todos os projetos de melhoria de cuidados, a fim de reunir recursos e apoiar a implementação em toda a organização<sup>(24)</sup>. Esse líder assume a monitorização e o suporte mútuo pela capacidade de antecipar e apoiar as necessidades dos membros da equipe, por meio de um conhecimento preciso sobre as suas responsabilidades e carga de trabalho<sup>(15)</sup>. Por outro lado, uma comunicação frequente e aberta gera

confiança entre os membros, e há uma aprendizagem contínua em que todos aprendem com os erros e procuram melhorar continuamente os processos e o desempenho<sup>(15)</sup>.

Corroboramos a opinião de outros autores que advogam que a prevenção de quedas baseada na evidência é uma inovação que, por definição, representa novas formas de trabalho, e estas requerem novo conhecimento, capacidades e habilidades que têm de ser ensinadas, apreendidas e utilizadas na profissão, para que, no trabalho em equipe, os enfermeiros possam liderar os processos<sup>(25)</sup>. Estudos futuros devem explorar a aceitação e o impacto do líder na dinamização da equipe e consequentemente na mudança das práticas de avaliação do risco, comunicação, documentação e segurança.

Constatamos que a autoperceção dos profissionais em relação ao seu interesse em identificar a causa das quedas que ocorreram aumentou (3,74±,764 para 4,08±,584). A monitorização sistemática da segurança e dos acidentes, nomeadamente das quedas, é uma prática essencial para diminuir a sua prevalência<sup>(26)</sup>. Os profissionais têm a responsabilidade de diminuir a sua incidência, pelo que os cuidados prestados e os seus esforços devem garantir a segurança e o bem-estar dos idosos<sup>(26)</sup>. Por outro lado, as políticas e (a legislação) devem permitir detectar práticas pouco corretas e lidar com as situações em que a segurança possa estar comprometida<sup>(26)</sup>. A auditoria dos processos clínicos demonstrou que esta área estava omissa, com falta de informação sobre a queda e o seu mecanismo, o que não possibilitava que os idosos em risco de cair ou internados por queda tivessem cuidados diferenciados, como é preconizado<sup>(12)</sup>.

Essa falha no registro implica a continuidade de cuidados no regresso a casa. Os idosos internados por queda ou com risco de queda devem ser alvo de uma adequada preparação para a alta, começando ainda no internamento e prolongando-se no ambulatório, baseando-se numa parceria com o próprio idoso e numa articulação com os prestadores de cuidados na comunidade. Essa falta de articulação se traduz no aumento do risco e prevalência pós-alta<sup>(2)</sup>.

Apesar de os resultados serem promissores e de a intervenção estruturada nos domínios da formação, comunicação, liderança, monitorização e suporte mútuo ter melhorado as práticas e comportamentos da equipe na gestão do risco de queda do idoso hospitalizado, a pesquisa tem limitações associadas à própria natureza do estudo. A amostra intencional e o método não permitem fazer generalizações, a avaliação pré e pós-intervenção sem grupo de controle não permite inferir sobre o resultado desta na prevalência de quedas.

## CONCLUSÃO

Este estudo de investigação-ação teve por objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção nas práticas e comportamentos da equipe de saúde, para prevenir a queda aos idosos hospitalizados. A intervenção baseada no “TeamSTEPPS” estava organizada em cinco domínios: formação da equipe, comunicação, liderança, monitorização e suporte mútuo e foi validada por um painel de peritos num estudo anterior.

Os resultados da implementação da intervenção apontam para melhoria das práticas e comportamentos da equipe na

gestão do risco de queda da pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente na discussão dos fatores de risco e das medidas preventivas de queda, na tomada de decisão, em equipe, das medidas preventivas a serem aplicadas a cada idoso, na comunicação e no interesse em identificar as causas de quedas, para prevenir a sua recorrência e na documentação rigorosa do mecanismo da mesma.

Este estudo possibilita a discussão sobre o impacto positivo de um líder para a implementação e a dinamização de

uma intervenção estruturada nas práticas da equipe, para gerir o risco de queda. A gestão do risco de queda dos idosos hospitalizados tem de abandonar o modelo biomédico, com a intervenção direcionada para os fatores de risco biofisiológicos, e buscar soluções baseadas na evidência e criativas para trabalhar com a equipe.

Estudos futuros com uma metodologia quasi-experimental devem avaliar o impacto da intervenção na prevalência de quedas.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a eficácia de um programa de intervenção nas práticas e comportamentos da equipe de saúde para prevenir a queda a idosos hospitalizados. **Método:** Estudo de investigação-ação, misto e longitudinal, com aplicação de uma intervenção baseada no “TeamSTEPPS”, organizada em cinco domínios: formação da equipe, comunicação, liderança, monitorização e suporte mútuo. A população foi constituída por enfermeiros e auxiliares de um serviço de medicina de um centro hospitalar português. Os dados foram obtidos por consulta aos processos, entrevistas e pela aplicação da escala de avaliação das práticas e comportamentos das equipes na gestão do risco de quedas de idosos. **Resultados:** Os resultados da aplicação da escala de práticas e comportamentos das equipes na gestão do risco de queda dos idosos apontam para uma melhoria em todos os indicadores dessa escala, com claras melhorias na discussão dos fatores de risco e das medidas preventivas a implementar. **Conclusão:** A intervenção promove a tomada de decisão sobre as medidas preventivas a serem aplicadas a cada idoso, melhora a comunicação e o interesse em identificar as causas de quedas, para prevenir a sua recorrência.

## DESCRITORES

Idoso; Hospitalização; Acidentes por Quedas; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem Geriátrica.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de un programa de intervención en prácticas y conductas del equipo de salud para prevenir caídas de ancianos hospitalizados. **Método:** Estudio de investigación-acción, mixto y longitudinal, con aplicación de una intervención basada en el “TeamSTEPPS”, organizada en cinco dominios: formación del equipo, comunicación, liderazgo, monitoreo y soporte mutuo. Población constituida por enfermeros y auxiliares de un servicio de medicina en un centro hospitalario portugués. Datos obtenidos mediante consulta de los procesos, entrevistas y aplicación de escala de evaluación de las prácticas y conductas de los equipos en la gestión del riesgo de caída en ancianos. **Resultados:** Los resultados de la aplicación de la escala de prácticas y conductas de los equipos en la gestión del riesgo de caída de los ancianos apuntan a una mejora en todos sus indicadores, claramente expresada en la discusión de factores de riesgo y medidas preventivas a implementarse. **Conclusión:** La intervención promueve la toma de decisiones sobre medidas preventivas a aplicarse con cada anciano, mejora la comunicación y el interés en identificar las causas de caída para prevenir su reiteración.

## DESCRIPTORES

Anciano; Hospitalización; Accidentes por Caída; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería Geriátrica.

## REFERÊNCIAS

- Weil T. Patient falls in hospitals: an increasing problem. *Geriatr Nurs*. 2015;36(5):342-7. doi: 10.1016/j.gerinurse
- Hill A, Etherton-Ber C, McPhail SM. Reducing falls after hospital discharge: a protocol for a randomised controlled trial evaluating an individualised multimodal falls education programme for older adults. *BMJ Open Quality*. 2017;7:e013931. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013931
- Baixinho CL, Dixe MA. Team practices in fall prevention in institutionalized elderly people: scale design and validation. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e2310016. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07022017002310016>
- Vaccari L, Lenardt M, Willig M, Betioli S, Oliveira E. Safety of the hospital environment in terms of preventing falls on the part of the elderly: a descriptive study. *OBJN*. 2014;13(3):271-81. doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144753>
- Walsh CM, Liang LJ, Grogan T, Coles C, McNair N, Nuckols TK. Temporal trends in fall rates with the implementation of a multifaceted fall prevention program: persistence pays off. *J Comm J Qual Patient Saf*. 2018;44(2):75-83. doi: 10.1016/j.jcjq.2017.08.009
- Stephenson M, McArthur A, Giles K, Lockwood C, Aromataris E, Pearson A. Prevention of falls in acute hospital settings: a multi-site audit and best practice implementation project. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(1):92-8. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv113>
- Aryee E, James S, Hunt G, Ryder H. Identifying protective and risk factors for injurious falls in patients hospitalized for acute care: a retrospective case-control study. *BMC Geriatr*. 2017;17:260. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0627-9>
- Najafpour Z, Godarzi Z, Arab M, Yaseri M. Risk factors for falls in hospital in-patients: a prospective nested case control study. *Int J Health Policy Manag*. 2019;8(5):300-6. doi: 10.15171/ijhpm.2019.11
- Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VLM, Pinho LB, Lucena AF. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03308. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017024203308>
- Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(9):CD005465. doi: 10.1002/14651858.CD005465.pub4
- Singh I, Okeke J. Reducing inpatient falls in a 100% single room elderly care environment: evaluation of the impact of a systematic nurse training programme on falls risk assessment (FRA). *BMJ Open Quality*. 2016;5:u210921.w4741. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjquality.u210921.w4741>

12. Quigley P. We've made gains in preventing falls, but more work remains [editorial]. *Am Nurse Today*. 2015;10(7).
13. Toren O, Lipschuetz M. Falls Prevention in Hospitals-the Need for a New Approach an Integrative Article. *Nurse Care Open Acces J*. 2017;2(3):93-6. doi: <http://dx.doi.org/10.15406/ncoaj.2017.02.00040>
14. Spiva L, Robertson B, Delk ML, Patrick S, Kimrey MM, Green B, et al. Effectiveness of team training on fall prevention. *J Nurs Care Qual*. 2014;29(2):164. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182a98247>
15. Godlock G, Christiansen M, Feider L. Implementation of an Evidence-Based Patient Safety Team to Prevent Falls in Inpatient Medical Units. *Medsurg Nurs*. 2016;25(1):17-23. doi: PMID 27044124
16. Kuhne GW, Quigley BA. Understanding and using action research in practice settings. In: Quigley BA, Kuhne GW, editors. *Creating practical knowledge through action research: posing problems, solving problems, and improving daily practice*. São Francisco: Jossey-Bass; 1997. p. 23-40.
17. Cunha LFC, Baixinho CL, Henriques MA. Preventing falls in hospitalized elderly: design and validation of a team intervention. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e3479. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018031803479>
18. Sousa LM. As propriedades psicométricas dos instrumentos de hétero-avaliação. *Enformação*. 2015;6:20-4.
19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum Associates; 1988.
20. Stephenson M, McArthur A, Giles K, Lockwood C, Aromataris E, Pearson A. Prevention of falls in acute hospital settings: a multi-site audit and best practice implementation project. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(1):92-8. doi: 10.1093/intqhc/mzv113
21. Gu Y, Balcaen K, Ni Y, Ampe J, Goffin J. Review on prevention of falls in hospital settings. *Chin Nurs Res*. 2016;3(1):7-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.11.002>
22. Wingood M, Renfro M, Cameron K. Interdisciplinary approach to fall prevention: research, practice and policy. *Innov Aging*. 2017;1 Suppl:373. doi: <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.1357>
23. Colon-Emeric CS, McConnell E, Pinheiro SO, Corazzini K, Porter K, Earp KM, et al. CONNECT for better fall prevention in nursing homes: results from a pilot intervention study. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(12):2150-9. doi: 10.1111/jgs.12550
24. Quigley P, White S. Hospital-based fall program measurement and improvement in high reliability organizations. *Online J Issues Nurs*. 2017;18(2):5. doi: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man05>
25. Baixinho CL, Dixe MA, Henriques MAP. Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):740-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>
26. Brown DK, Fosnight S, Whitford M. Interprofessional education model for geriatric falls risk assessment and prevention. *BMJ Open Quality*. 2018;7:e000417. doi: 10.1136/bmjoc-2018-000417

