

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM

Ana Sílvia Sincero dos Reis Walendowsky

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO RISCO
E NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS NO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA ADULTO**

Dissertação submetida ao Programa de
Mestrado Profissional em Gestão do
Cuidado em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau de
Mestre Profissional em Enfermagem
Orientador: Prof.^a Dr.^a Nádia Chiodelli
Salum
Coorientador: Prof.^a Dr.^a Melissa
Orlandi Honório Locks.

Florianópolis,
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Walendowsky, Ana Sílvia Sincero dos Reis
Proposta de implantação da avaliação do risco e
notificação de quedas no Serviço de Emergência Adulto / Ana
Sílvia Sincero dos Reis Walendowsky ; orientadora, Nádia
Chiodelli Salum ; coorientadora, Melissa Orlandi Honório
Locks. - Florianópolis, SC, 2015.
142 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Enfermagem. 3.
Segurança do paciente. 4. Acidentes por quedas. I. Salum,
Nádia Chiodelli. II. Locks, Melissa Orlandi Honório. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM

“Proposta de implantação da avaliação do risco e notificação de quedas no Serviço de Emergência Adulto”.

Ana Sílvia Sincero dos Reis

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem**

Profa. Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Nádia Chiodelli Salum (Presidente)

Prof. Dr. Lúcia Nazareth Amante (Membro)

Profa. Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi (Membro)

Prof. Dr. Francine Lima Gelbcke (Membro)

WALENDOWSKY, Ana Sílvia Sincero dos Reis. **Proposta de Implantação da avaliação do risco e notificação de quedas no Serviço de Emergência Adulto**. 2014. 147 p. Dissertação. (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

Orientadora: Professora Dra. Nádia Chiodelli Salum.

Coorientadora: Dra. Melissa Orlandi Honório Locks

Linha de Pesquisa: Arte, Criatividade e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa descritiva-exploratória que objetiva propor a implantação da avaliação do risco de quedas informatizada e a notificação da ocorrência destas no serviço de Emergência Adulto de um hospital universitário do Sul do País. Utiliza como suporte teórico as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a Segurança do Paciente. A coleta de dados foi realizada no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014. Foram considerados sujeitos deste estudo, os pacientes internados no serviço de emergência adulto no período da coleta de dados. Utiliza amostragem aleatória tendo como critério de inclusão: pacientes de ambos os sexos internados no referido setor, independente de seu diagnóstico ou idade. Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam desorientados e sem acompanhantes, no momento da coleta dos dados. Também fizeram parte do estudo os 23 profissionais enfermeiros do referido serviço, cuja participação deu-se no momento da aplicação da Escala de Queda de Morse e da notificação das quedas. A coleta dos dados ocorreu em duas etapas, sendo que a primeira consistiu na aplicação da Escala de Queda de Morse traduzida e adaptada à Língua Portuguesa, junto aos pacientes. A segunda etapa deu-se por meio do preenchimento do instrumento de notificação da ocorrência de quedas. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva simples, considerando a revisão de literatura e o referencial da segurança do paciente para discussão dos achados. Os dados deram origem a duas categorias que respondem aos objetivos, assim como resultou na proposta de implantação da avaliação da escala de queda de Morse, informatizada no sistema próprio da instituição. Os

resultados foram apresentados em dois manuscritos, sendo eles: 1- Avaliação do risco de queda nos pacientes internados em um serviço de emergência adulto e; 2- Caracterização das quedas de pacientes internados em um serviço de emergência adulto. Como resultados a pesquisa mostrou que 190 (49,5%) dos pacientes investigados apresentaram risco alto para quedas, 109 (28,4%) apresentam risco médio e 85 (22,1%) pacientes apresentaram risco baixo. Os fatores de risco predominantes foram: a presença de terapia endovenosa, os diagnósticos secundários e as alterações de marcha. Foram notificadas 15 ocorrências de quedas no período da coleta. As quedas predominaram nos pacientes do sexo masculino, com média de idade de 49,2 anos, internados em macas no corredor ou cadeiras (80%), orientados (73%), semidependentes para o cuidado (67%), com algum tipo de dispositivo terapêutico. No momento da queda a maioria dos pacientes (67%) encontrava-se deambulando ou em pé. As quedas foram igualmente frequentes nos períodos da tarde e noite (40%), sendo menos frequente no período da manhã (20%). Observou-se que 13% dos eventos causaram lesões, tendo como consequência hematomas e ferimentos corto-contusos. Foi identificado nesta pesquisa que a maioria dos pacientes internados no Serviço de Emergência apresentou risco alto para quedas, o que significa que a adoção de medidas de prevenção, é uma necessidade imediata, assim como, a reorganização do processo de trabalho no que se refere à construção de um ambiente e de uma assistência mais segura. Trabalhar a cultura de segurança dentro da instituição, também é necessário para que a equipe sinta-se comprometida com a segurança no cuidado. Esse estudo trouxe ainda como produto: (a) A proposta de Instrumento de Notificação de Quedas, que contribuiu para o conhecimento sobre a ocorrência das quedas, suas causas, circunstâncias e fatores de risco apresentados pelos pacientes no momento da queda e as consequências desta queda para o paciente, servindo também de base para construção de indicadores de qualidade da assistência na instituição; (b) A informatização da Escala de Queda de Morse, assim como a inclusão dos cuidados de enfermagem para a prevenção de quedas na prescrição de Enfermagem, os quais contribuem sobremaneira para o aprimoramento do cuidado, facilitando o trabalho do enfermeiro, uma vez que a avaliação do risco de quedas é feita conjuntamente à Sistematização da Assistência de Enfermagem, otimizando o tempo dos profissionais e auxiliando no raciocínio clínico para a implementação e execução dos cuidados. Comprova-se desta forma, a necessidade de implantação de protocolos de prevenção de

quedas no serviço de emergência e a realização da avaliação do risco de quedas diariamente pelo enfermeiro como uma ferramenta para garantir um cuidado seguro.

Palavras-chave: Enfermagem. Acidentes por Quedas. Segurança do Paciente.

Proposal for implementation of risk assessment and fall reporting on an adult medical emergency service

ABSTRACT

This study offers a descriptive-exploratory quantitative approach and had as objective to propose the implementation of an computerized assessment of fall risks and the notification about the occurrence of falls at the adult emergency service of a south brazilian university teaching hospital. The recommendations of the World Health Organization for Patient Safety were used to support its development. The data collection happened at the Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina from November 2013 to February 2014. The subjects of this study were patients hospitalized at the adult emergency service during the data collection period. Random sampling was adopted for patients of both genders hospitalized at the said sector regardless of diagnosis or age. Disoriented and unaccompanied patients at the moment of the survey were not assessed. 23 nurses from the service staff took part in the study by making both the application of the Morse Fall Scale and notifying the falls as they occurred. The data collection was made in two steps. The first consisted of the application of the Morse Fall Scale properly adapted and translated to Portuguese. The second step was the filling of the fall event notifying form. The data were analyzed with simple descriptive statistics using the literature review and the patient safety reference to discuss the findings. The data were split into two categories in order to fulfill the objectives. They also resulted in the proposal of implementing a computerized Morse fall scale assessment into the institution's own computer information system. The results were presented in two manuscripts, being: #1 - Assessment of fall risk of patients hospitalized at an adult emergency service; #2 - Characterization of falls of patients hospitalized at an adult emergency service. The results obtained in this study showed that 190 (49,5%) of the assessed patients presented high risk of falling, 109 (28,4%) presented medium risk of falling and 85 (22,1%) presented low risk of falling. The main risk factors were: the use of intravenous therapy, secondary diagnosis and affected gait. During the collection period 15 falling events were notified. Falls were predominant in male subjects, the average age was 49,2 years old, disposed in gurneys placed in the corridor or in seats (80%), oriented (73%), semi dependent for care (67%) and with some kind of

therapeutical device. By the time of the fall most patients (67%) were either walking or standing. Falls were equally frequent in both afternoon and night periods (40% each), being less frequent during morning (20%). It was observed that 13% of the fall events resulted in injuries, specifically hematoma and cut-contusion wounds. This research pointed out that most of the patients hospitalized at the emergency service presented high risk of falling, meaning that the adoption of preventive actions is an immediate need as well as the reorganization of the workflow regarding the construction of a safer environment and care. Develop the safety culture within the institution is also necessary in order to make the staff feel engaged to the safety embedded in the provided care. This study also reflected as a product: (a) The proposal of a Fall Notification Tool, that contributed to the acknowledgement about the occurrence of falls, their causes, circumstances and risk factors presented by the patients by the moment of the fall event and its consequences to the subject, serving also as a base to the construction of institution assistance quality indicators; (b) The informatization of the Morse Fall Scale and the addition of specific nursing cares to the nursing prescription in order to prevent falls, both of which contribute to care improvement favoring the nurses' work, given that the fall risk assessment is made during the nursing care systematization, optimizing the time spent by the professional and assisting the clinical judgement for implementation and execution of care. Thereby is evidenced the necessity of implementing protocols for fall prevention at the emergency care and a daily assessment of the fall risk promoted by the nurse as a tool to ensure a safe care.

Keywords: *Nursing. Accidental Falls. Patient Safety.*

Propuesta de aplicación de evaluación de riesgos y notificación de caídas en servicio de emergencia para adultos

RESUMEN

Se trata de una investigación de abordaje cuantitativa exploratorio-descriptiva que tuvo como objetivo proponer la implantación de la evaluación de riesgos de caídas computarizada y la notificación de la ocurrencia de estas en lo servicio de Emergencia Adulto de un hospital universitario en el sur de Brasil. Fue utilizado como soporte teórico las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la Seguridad del Paciente. La recolección de los datos fue realizada en lo Hospital Universitario Polydoro Ernani de São Thiago de la Universidad Federal de Santa Catarina, en lo periodo de noviembre de 2013 a febrero de 2014. Fueron considerados sujetos de este estudio, los pacientes ingresados en el servicio de emergência adulto en el periodo de la recolección de los datos. Se utilizo un muestreo aleatorio teniendo como criterios de inclusión: pacientes de ambos los sexos ingresados en lo referido sector, independientemente del diagnóstico o la edad. Fueron excluidos del estudio los pacientes que estaban desorientados y sin acompañantes en el momento de la recolección de los datos. También hicieron parte de lo estudio los 23 profesionales enfermeros de lo referido servicio, cuya participación se dio en lo momento de la aplicación de la Morse Fall Scale traducida y adaptada al portugués de Brasil, con los pacientes. La segunda etapa se dio por medio de lo completo del instrumento de notificación de la ocurrencia de caídas. El análisis de datos fue realizada por medio de estadística descriptiva simple considerando la revisión de la literatura y el marco de la seguridad del paciente para la discusión de los resultados. Los datos dieran origen a dos categorías que responden a los objetivos, así como resultado el la propuesta de implementación de la evaluación de la Morse Fall Scale computadorizada en el sistema propio de la institución. Los resultados fueron presentados en dos manuscritos, que son: 1- Evaluación del riesgo de caídas en pacientes ingresados en un Servicio de Emergencia Adulto y; 2- Caracterización de las caídas de pacientes ingresados em un Servicio de Emergencia Adulto. Como resultados, la investigación mostro que 190 (49,5%) pacientes investigados presentaran alto riesgo para las caídas, 109 (28,4%) presentaran medio riesgo y 85 (22,1%) pacientes presentaran bajo riesgo. Los factores de riesgo predominantes fueron: la presencia de

terapia intravenosa, diagnosticos secundarios y cambios de marcha, se registraron 15 ocurrencias de caídas en lo periodo de la recolección de los datos. Las caídas predominaran en los pacientes hombres, com media de edad de 49,2 años, ingresados en camillas en el pasillo o sillas (80%), orientados (73%), semi-dependientes para el cuidado (67%), con algun tipo de dispositivo terapéutico. En el momento de la caída de la mayoría de los pacientes (67%) estaba caminando o de pie. Las caídas también fueron frecuentes en los períodos de las tardes y las noches (40%), y menos frecuentes en las mañanas (20%). Se observó que 13% de los eventos causó lesiones, y como resultado tenía moretones y lesiones corto contundentes. Fue identificado en esta investigación que la mayoría de los pacientes ingresados en el Servicio de Emergencia presento alto riesgo para las caídas, lo que significa que la adopción de medidas preventivas, es una necesidad inmediata, así como la reorganización del proceso de trabajo con relación a la construcción de un ambiente y una asistencia más segura. Trabajar la cultura de seguridad dentro de la institución también es necesario para que el equipo de salud se sienta comprometida con la seguridad del cuidado. Este estudio también trajo como producto: (a) la propuesta del Instrumento de Notificación de Caídas, lo que contribuyó al conocimiento de la ocurrencia de las caídas, sus causas, circunstancias y factores de riesgo presentadas por los pacientes en lo momento de la caída y las consecuencias de esta caída para lo paciente, así, también sirve como una base para la construcción de indicadores de calidad asistencial en la institución; (b) la informatización de la Morse Fall Scale, así como la inclusión de los cuidados de enfermería para la prevención de caídas en la prescripción de Enfermería, que contribuyen en gran medida a la mejora del cuidado, lo que facilita el trabajo de los enfermeros, ya que el evaluación del riesgo de caídas se hace conjuntamente a la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, optimizando el tiempo de los profesionales y ayudando el razonamiento clinico para la implementación y prestación de cuidados. Está demostrado de esta manera la necesidad de la implantación de protocolos de prevención de caídas en el Servicio de Emergencia y la realización de la evaluación del riesgo de caídas diariamente por las enfermeras como una herramienta para garantizar un cuidado seguro.

Descriptor: *Enfermería. Accidentes por Caídas. Seguridad del Paciente.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço de Reason.....	34
Figura 2 - Cálculo Amostral.....	52
Figura 3 - Introdução da Escala de Queda de Morse na Evolução Diária do Paciente.....	96
Figura 4 - Escala de Queda de Morse informatizada.....	96
Figura 5 - Evolução do paciente mostrando o risco de queda de acordo com a Escala de Queda de Morse.....	97
Figura 6 - Prescrição de Enfermagem informatizada.....	98
Figura 7 - Seleção dos Cuidados de Enfermagem para a prevenção de quedas.....	99
Figura 8 - Prescrição de Enfermagem com os cuidados de prevenção de quedas.....	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Áreas de atuação do Programa de Segurança do Paciente.....	29
Quadro 2 - Fatores de risco para quedas e medidas relacionadas segundo o Protocolo de Prevenção de Quedas - MS (Pacientes adultos hospitalizados).....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das quedas sofridas pelos pacientes atendidos no serviço de emergência no período de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014.....	82
Tabela 2 – Consequências decorrentes das quedas em pacientes atendidos no serviço de emergência no período de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014.....	84
Tabela 3- Distribuição dos diagnósticos apresentados pelos pacientes que sofreram quedas no serviço de emergência no período de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AMSP – Aliança Mundial para a Segurança do Paciente
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVE – Acidente Vascular Encefálico
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CISP – Classificação Internacional de Segurança do Paciente
DE – Diretoria de Enfermagem
DM – *Diabetes Mellitus*
EA – Evento Adverso
EEFB – Escala de Equilíbrio Funcional de Berg
HDA – Hemorragia Digestiva Alta
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRC – Insuficiência Renal Crônica
IMD – índice de Marcha Dinâmico
IOM – *Institute of Medicine*
IRAS – Infecções relacionadas à assistência à saúde
JCI – *Joint Commission International*
MFS – *Morse fall scale*
MMII – Membros Inferiores
MMSS – Membros Superiores
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
QLN – Qualitativa Nominal
QLO – Qualitativa Ordinal
QTC – Quantitativa Contínua
QTD – Quantitativa Discreta
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SEA – Serviço de Emergência Adulto
SEI – Serviço de Emergência Interna
SNE – Sonda Nasoenteral
SNG – Sonda Nasogástrica
STRATIFY – *St^o Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly*
SUS – Sistema Único de Saúde
SVD – Sonda Vesical de Demora
TCE – Traumatismo crânio-encefálico

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI – Tecnologia de Informação

TUG – *Time up & go*

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 OBJETIVO.....	25
1.1.1 Objetivo Geral	25
1.1.2 Objetivos Específicos	25
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	27
2.2 EVENTO ADVERSO.....	33
2.3 AS QUEDAS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	36
2.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE).....	45
2.5 TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	46
3 MÉTODO.....	49
3.1 LOCAL DO ESTUDO.....	49
3.2 SUJEITOS DO ESTUDO.....	51
3.3 VARIÁVEIS.....	52
3.4 COLETA DE DADOS.....	56
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	59
5 RESULTADOS.....	61
5.1 MANUSCRITO 1 - AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NOS PACIENTES INTERNADOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO.....	61
5.2 MANUSCRITO 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS QUEDAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO.....	74

5.3 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM SISTEMA INFORMATIZADO.....	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES.....	117
ANEXOS.....	127

1 INTRODUÇÃO

A qualidade na execução dos serviços de saúde e segurança do paciente tornou-se um tema relevante, pois é considerado um problema de saúde pública em vários países, fazendo com que os meios acadêmicos e os serviços atentem-se para este contexto. A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem desenvolvendo ações com a finalidade de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado, em busca de garantir a segurança do paciente e uma assistência qualificada (CARNEIRO et al, 2011; BRASIL, 2013).

Nesse aspecto e visando reduzir o acontecimento de erros na assistência, programas de garantia de qualidade nas instituições de saúde são preconizados para que se possa assegurar ao paciente uma assistência de excelência (CARNEIRO et al, 2011).

Uma assistência de qualidade reduz o dano à saúde e a incidência de doença, minimizando o tempo de tratamento e hospitalização dos pacientes, sendo imprescindível a realização de práticas que visem a segurança do paciente. Isto pode ser alcançado por meio da medida e avaliação dos componentes estruturais, das metas, dos processos e resultados que os pacientes apresentam, seguidos das adaptações e mudanças necessárias para a melhoria do serviço (CARNEIRO et al, 2011; CARRARO et al, 2012).

A OMS estima que, anualmente, dezenas de milhares de pessoas sofram danos à saúde em todo mundo. Dados do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos mostram que os erros associados à assistência à saúde são responsáveis por cerca de 44.000 e 98.000 disfunções, a cada ano, nos hospitais dos Estados Unidos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; BRASIL, 2013a).

Estudo realizado em 2013, nos Estados Unidos, com o objetivo de atualizar esses números demonstrou que a estimativa de mortes prematuras associadas a danos evitáveis decorrentes ao cuidado hospitalar estariam entre 210.000 e 400.000 casos por ano. No Brasil, a ocorrência de danos à saúde e eventos adversos é de 7,6%, dos quais 66% são considerados evitáveis (MENDES et al, 2009; JAMES, 2013).

Várias iniciativas foram desenvolvidas na busca pela segurança do paciente no decorrer dos anos, porém destaca-se a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada em 2004 pela OMS, que lidera

em âmbito internacional os programas de segurança do paciente. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 529, de 1 de abril de 2013, demonstra comprometimento governamental, contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e promovendo maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde (BRASIL, 2013a).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente divulgou durante os anos de 2008 e 2009 as novas soluções para a segurança do paciente, as quais traduzem os conhecimentos científicos em soluções práticas para serem difundidas mundialmente. Entre estas soluções encontram-se a identificação do paciente; a comunicação durante a passagem de plantão e transferência do paciente; a realização de procedimento correto, no local correto; o controle de soluções concentradas de eletrólitos; a segurança na medicação nas transições de cuidado durante a passagem de plantão; conexões corretas entre cateteres e sondas e a prevenção de quedas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Neste contexto, as quedas hospitalares são consideradas um indicador de qualidade da assistência, os quais são utilizados para avaliação do serviço. Além das quedas, são exemplos de indicadores de qualidade de assistência os eventos adversos relacionados à frequência de úlcera por pressão, infecção hospitalar, problemas na manipulação de cateteres, entre outros (PAIVA et al, 2010).

Dentre as soluções apontadas em busca da garantia da segurança do paciente, as quedas no ambiente hospitalar mostra-se um grande desafio na assistência, por ser um dos eventos adversos mais encontrados, necessitando de cuidados específicos para sua prevenção. O acompanhamento e monitoramento de indicadores de qualidade assistencial são considerados ferramentas importantes para melhoria da segurança do paciente, ajudando na implantação de medidas de prevenção dos eventos adversos (BRASIL, 2013a).

As quedas, assim como outros eventos adversos, comprometem a segurança do paciente dentro da unidade hospitalar, pois causam desconforto ao paciente, gerando descrença em relação à qualidade da assistência de enfermagem e à responsabilidade do profissional que presta atendimento, podendo aumentar o tempo de internação e o custo do tratamento (PAIVA et al, 2010).

Pessoas internadas em instituições hospitalares são mais vulneráveis a quedas, por poderem apresentar condições agudas como delírio, acidente vascular encefálico (AVE), infecções sistêmicas, doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas e ainda causas relacionadas com os efeitos colaterais de medicamentos. O ambiente hospitalar desconhecido pode acentuar comorbidades como a demência, a incontinência e problemas de equilíbrio, força, mobilidade e visão. Portanto, a prevenção de quedas é um artifício crucial da segurança do paciente, havendo diversos recursos para identificar e reduzir os fatores de risco de queda (HEALEY et al, 2011).

São considerados fatores de risco para quedas: extremos de idade (≥ 65 ou ≤ 5 anos); alterações cognitivas; doenças crônicas; alterações musculoesqueléticas e de equilíbrio que comprometam a marcha; utilização de próteses; alterações sensoriais; uso de medicações psicoativas, laxantes ou diuréticos, entre outras; obesidade extrema e história prévia de quedas. A avaliação multifatorial do risco de quedas e, consequentemente, a implementação de intervenções para a redução das mesmas é uma estratégia interessante a ser utilizada com vistas à redução de tais eventos adversos (GATES et al, 2008; BRASIL, 2013b).

O cuidado ao paciente é uma atividade cotidiana e de responsabilidade legal da equipe de enfermagem em todas as instituições de saúde do país. A não observância dos princípios técnicos e humanos neste cuidado pode desencadear ocorrências indesejáveis, com consequências tanto para o paciente como para os profissionais e a instituição. Entre esses eventos adversos encontram-se as quedas, que podem ocorrer trazendo graves repercussões, tais como, disfunções temporárias, permanentes ou até a morte.

Devido à demanda imprevisível, à gravidade e à complexidade dos atendimentos realizados, o serviço de emergência é considerado um dos setores mais importantes de um hospital, onde a assistência prestada deve primar por uma qualidade de nível elevado e ser qualificada para todas as adversidades possíveis para responder às expectativas dos pacientes (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

Atuando em um serviço de emergência adulto, desde setembro de 2011, pôde-se observar problemas e dificuldades na assistência aos pacientes em situações agudas de saúde. Em um ambiente que necessita de avaliação e condutas rápidas, a segurança do paciente deve ser levada em consideração em todos os momentos do processo de cuidado. Entretanto, existem momentos em que a segurança do paciente é potencialmente ameaçada e um dos desfechos são as quedas dos

pacientes que estão internados no setor. Pôde-se presenciar diversos eventos adversos de pacientes que sofreram quedas, e em alguns casos, com complicações após este acontecimento. Percebo que as situações vivenciadas durante este estudo são semelhantes às já evidenciadas por outros autores, em que o risco de quedas pode ser atribuído à grande demanda de pacientes com alterações de conduta, idosos, pacientes comatosos e críticos, além da superlotação do serviço, condições ambientais e o fato de os materiais serem muitas vezes desfavoráveis ao cuidado seguro (OHARA; MELO; LAUS, 2010; JEPSON, et al, 2014).

A avaliação do paciente para o risco de quedas, tanto no momento de sua admissão na instituição hospitalar como no transcorrer da internação deve ser realizada, uma vez que se torna uma importante ferramenta de cuidado que permite à equipe de enfermagem implementar os cuidados necessários para a prevenção destes eventos adversos (BRASIL, 2013b). No entanto, não há na instituição um instrumento que auxilie o enfermeiro nesta avaliação, ficando a critério e envolvimento de cada profissional esta avaliação.

A notificação da ocorrência de quedas também é indispensável, assim como a descrição das circunstâncias em que este evento aconteceu, para que se possa modificar, quando possível, os fatores que predisuseram à queda, sendo possível também reestruturar o plano de cuidados do paciente (BRASIL, 2013b). Apesar de a instituição oferecer formulário para a notificação de eventos adversos, este não é específico para notificação de quedas. Além de existir subnotificação destes eventos adversos, sendo essencial o trabalho para a melhoria da cultura de segurança na unidade.

Assim, a construção e utilização de formulário adequado para a notificação das quedas e a ampliação da cultura de segurança faz com que os profissionais mobilizem-se para que se possa conhecer as características das quedas do setor, suas causas e fatores contribuintes, possibilitando a realização de modificações no processo de trabalho e no ambiente objetivando uma assistência mais segura.

Neste contexto, a preocupação com a ocorrência das quedas no Serviço de Emergência Adulto e com a qualidade da assistência, foram focos impulsionadores e que me instigaram a querer pesquisar sobre esta temática.

Considerando todos os prejuízos que as quedas no ambiente de internação hospitalar podem trazer, tanto para os pacientes quanto para a instituição e equipe de saúde e considerando os apontamentos acima expostos, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: **Quais os riscos e**

os fatores relacionados às quedas são encontrados nos pacientes internados no Serviço de Emergência Adulto?

A partir deste questionamento e por meio dos resultados desta pesquisa, pretende-se contribuir com a implantação da avaliação do risco e notificação da ocorrência de quedas, favorecendo a prevenção destes eventos adversos, aprimorando a qualidade da assistência e garantindo a melhoria da segurança do paciente internado no setor de emergência adulto.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Propor a implantação da avaliação do risco de quedas informatizada e a notificação da ocorrência destas no serviço de Emergência Adulto de um hospital escola do Sul do País.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar o risco e os fatores relacionados a quedas presentes nos pacientes internados no Serviço de Emergência Adulto, por meio da aplicação da Escala de Queda de Morse;
- b) Identificar e caracterizar a ocorrência de quedas no serviço de emergência adulto;
- c) Elencar os cuidados de enfermagem de acordo com a avaliação do risco de quedas;
- d) Inserir a escala de avaliação de risco de quedas e os cuidados específicos na Sistematização da Assistência de Enfermagem informatizada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção é apresentada revisão da literatura sobre o tema Segurança do Paciente, que embasa o presente estudo e sustenta suas análises. Discute-se os seguintes tópicos: Segurança do Paciente; Eventos Adversos (EAs); As quedas no ambiente hospitalar; Sistematização da Assistência de Enfermagem e Tecnologias em Serviços de Saúde.

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP) da OMS define segurança do paciente como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p. 15).

A preocupação com a segurança do paciente já é demonstrada desde 400 a.C, quando Hipócrates escreveu que a assistência em saúde deve primeiramente não causar dano. Nota-se que Hipócrates já admitia que os serviços de saúde fossem passíveis de erro e que a segurança do paciente era algo primordial (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Pesquisas relativas aos agravos causados pelo cuidado à saúde são divulgadas há muitos anos. Florence Nightingale, enfermeira atuante na Guerra da Criméia, em 1854 mostrou que a má higiene dos hospitais estava relacionada com os riscos para os pacientes. Nightingale também escreveu em seu livro *Notes on Hospitals*, em 1863, que o primeiro dever de um hospital é não causar mal ao paciente. Ernest Codman, no início do século XX, evidenciou a necessidade de avaliação contínua dos resultados negativos das cirurgias para a melhoria na qualidade das mesmas. Em 1955, Barr descreveu que o dano gerado pela exposição ao sistema de saúde é o ônus pago pelos avanços tecnológicos na área médica (NIGHTINGALE, 1863; MENDES, 2005).

A divulgação dos resultados do *Harvard Medical Practice Study*, realizado em 1984, foi um marco de grande importância na trajetória da segurança do paciente. Este estudo resultou em dois artigos, publicados em 1991, intitulados “*Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients*” e “*The nature of adverse events in hospitalized patients*” (BRASIL, 2014). O primeiro estudo estimou a incidência de eventos adversos que decorreram de negligência da prática médica, constatando a existência de quantidade representativa de prejuízos relacionados ao tratamento de saúde e apontou que muitas lesões eram

decorrentes de tratamentos abaixo do padrão (BRENNAN et al, 1991).

No segundo artigo, continuação do anteriormente citado, foi apresentada a natureza dos eventos adversos e sua ligação com o erro ou a negligência e a incapacidade, causada ao paciente. Os resultados classificaram os erros em cinco categorias: erros de desempenho, erros de prevenção, erros de diagnósticos, erros de tratamento medicamentoso e erros de sistemas. A maioria dos erros identificados (28%) foi de desempenho e as complicações decorrentes de procedimentos cirúrgicos foram os eventos adversos que causaram as maiores incapacidades. Os erros foram julgados como negligência em 28% dos casos (LEAPE et al, 1991).

Em 1999 foi divulgado um relatório realizado pelo *IOM*, nos Estados Unidos da América, denominado *To err is human: building a safer health system*. O documento apresentou a grande quantidade de eventos adversos provindos do ambiente hospitalar que culminavam em dano ao paciente, relatando suas causas e os tipos de erros mais comuns, além de propor estratégias para melhoria na segurança do paciente. Uma das conclusões desse relatório revelou que os erros geralmente acontecem por sistemas de falhas, processos e condições que levam a pessoa a cometer o erro ou não evitá-lo. Associado a isto, dentre as recomendações presentes está a de estabelecer um foco nacional para criar liderança, pesquisa, ferramentas e protocolos com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre segurança (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

Inspirado no relatório americano, o Reino Unido publicou, no ano 2000, *An organization with memory*, um documento que mostrou a situação do País no contexto da segurança do paciente, apontando que incidentes graves e falhas eram raros no sistema de saúde inglês devido a uma grande quantidade de trabalho voltado às ações de cuidado. Entretanto, quando estes ocorriam as consequências eram desastrosas para os pacientes e familiares. O relatório ainda indicou que os defeitos na qualidade do cuidado levam a entender que o sistema de saúde não é capaz de prevenir tais acontecimentos, levando à perda de confiança no serviço (GOMES, 2008).

Em outubro de 2002, durante a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, foi divulgada a Resolução 55.18, a qual reconheceu a necessidade de promover a segurança do paciente como um princípio fundamental de todos os sistemas de saúde. A mesma teve como objetivo estimular os países-membros a prestar uma atenção maior ao problema da segurança do paciente e estabelecerem sistemas de base

científica para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. Para que isso fosse possível, esta resolução solicitou à OMS que se responsabilizasse pelo desenvolvimento de normas globais, padrões e diretrizes para a qualidade do cuidado e segurança do paciente (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2002).

Em resposta à Resolução 55.18, a OMS lançou em 2004 um programa denominado *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente - AMSP) que, é constituída pelo Programa de Segurança do Paciente integrado a evidências científicas e pesquisas na área. Este programa tem por objetivo o desenvolvimento de normas baseadas em evidências, de classificações globais para erros médicos, além de fornecer suporte ao compartilhamento de conhecimento sobre o tema entre os países-membro. Associado a isto, busca compreender os motivos de um cuidado inseguro, identificando as maneiras de prevenção mais eficazes e meios possíveis de avaliação (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2008).

O Programa de Segurança do Paciente da OMS tem como objetivo coordenar, divulgar e acelerar os progressos relativos à segurança do paciente em todo o mundo (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2014). O mesmo foi constituído de 13 áreas de atuação, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Áreas de atuação do Programa de Segurança do Paciente

<p>Área 1 Desafio Global para a Segurança do Paciente</p>	<p>Implica no comprometimento e desenvolvimento de ações em segurança do paciente, para que se minimizem os riscos em todos os países. O primeiro desafio Global foi lançado em 2005 e teve como foco a prevenção e redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com o tema ‘Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura’. O segundo desafio lançado teve como tema ‘Cirurgias Seguras salvam vidas’ e foi lançado em 2007.</p>
<p>Área 2 Pacientes pela Segurança do Paciente</p>	<p>Garantem que a participação do paciente deva estar no foco do movimento pela saúde do mesmo em todo o mundo.</p>
<p>Área 3 Pesquisa em Segurança do Paciente</p>	<p>Envolve a realização de pesquisas internacionais para que se possa o conhecer a natureza do dano ao paciente e desenvolver ferramentas de prevenção.</p>

Continua

Área 4 Taxonomia/Classificação Internacional para Segurança do Paciente	Desenvolve um sistema reconhecido internacionalmente para classificar a informação em segurança do paciente, gerando um real aprendizado global.
Área 5 Relato e Aprendizagem	São entendidas como ferramentas valiosas de notificação, análise, investigação e abordagens. Assim podem-se identificar fontes e causas de risco que propiciam a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos.
Área 6 Soluções para Segurança do Paciente	Abordam ações práticas e intervenções, com o objetivo de prevenir dano ao paciente.
Área 7 Alto 5S	Aborda as boas práticas que possam culminar em mudança organizacional, clínica e de equipe.
Área 8 Tecnologia para segurança do paciente	Focaliza a utilização de novas tecnologias para ascensão da segurança do paciente.
Área 9 Gerenciando conhecimento	Busca agrupar e difundir conhecimentos sobre a trajetória da segurança do paciente mundialmente.
Área 10 Eliminando infecção da corrente sanguínea associada a cateter central	Reune esforços mundiais na prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em instituições de saúde.
Área 11 Educação para cuidado seguro	Está voltada para a produção de guias curriculares para estudantes da área da saúde, focado na segurança do paciente.
Área 12 Prêmio de segurança	Distribuição de prêmios internacionais de excelência no campo da segurança do paciente, estimulando a mudança e melhoria neste campo.
Área 13 <i>Checklists</i> para a área da saúde	Desenvolvimento de listas de verificação de segurança nos serviços de saúde.

Fonte: Brasil (2011a, p. 2).

Focando a área 6 do Programa de Segurança do Paciente, a *Joint Commission International (JCI)* e *The Joint Commission (TJC)* (órgãos sem fins lucrativos que lidam com a acreditação, atendimento de qualidade e segurança do paciente) realizaram a identificação, o desenvolvimento, adaptação e difusão de soluções para Segurança do Paciente. Desta forma, em 2005, a OMS designou a *JCI* e *TJC*

conjuntamente com a Comissão de Coordenação Internacional (rede de especialistas em Segurança do Paciente) para ser um Centro Colaborador voltado às Soluções para a Segurança do Paciente (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2008).

A AMSP e o Centro Colaborador lançaram em maio de 2007 nove soluções para a segurança do paciente, sendo elas: medicamentos com nome e som dos nomes semelhantes; identificação do paciente; comunicação durante a passagem de plantão e transferência do paciente; realização de procedimento correto, no local correto; controle de soluções concentradas de eletrólitos; segurança na medicação nas transições de cuidado; conexões corretas entre cateteres e sondas; uso único de dispositivos injetáveis e higiene das mãos para prevenir infecção associada ao cuidado de saúde (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2008).

Em complementação às soluções lançadas em 2007, e com as melhorias alcançadas pela AMSP em 2008, foram divulgadas mais cinco soluções para a segurança do paciente, sendo elas: melhores práticas no cuidado do cateter venoso central para prevenir a infecção associada aos cuidados de saúde; reconhecimento e respostas rápidas aos pacientes em deterioração; comunicação dos resultados de teste para os doentes críticos; prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2008).

Dentro deste contexto, na América Latina os países vêm se articulando para desenvolver as ações previstas nesta aliança, efetivando compromissos políticos, gerando alertas sobre temas sistêmicos e técnicos e ainda realizando iniciativas para a garantia da segurança do paciente com base nas metas internacionais para a segurança do paciente lançadas pela OMS (BRASIL, 2011). Estas metas têm o propósito de promover melhorias específicas para a segurança do paciente, sendo elas: identificar os pacientes corretamente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância, assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

No Brasil, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS vêm trabalhando os temas dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente, em parceria com Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desde 2007, ano em que foi assinada a Declaração de

Compromisso na Luta contra as IRAS, pelo Ministério da Saúde (MS) que envolve ações de prevenção de infecções em serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Considerando a necessidade de adoção de medidas que contribuíssem para a segurança na assistência ao paciente e melhoria na qualidade dos serviços de saúde no País criou-se a Portaria nº 1.443 MS – ANVISA, de 11 de Outubro de 2012, que instituiu grupo de trabalho para elaboração e implementação do Plano de Ação para a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. O grupo tem o objetivo de discutir e indicar estratégias para a elaboração e implantação do Plano de Ação para a Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (BRASIL, 2012a). Além desta portaria, o MS divulgou em 1º de abril de 2013, a Portaria nº 529, que instituiu o PNSP, considerando entre outros pontos

[...] a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema “Segurança do Paciente”. (BRASIL, 2013, p. 1).

O PNSP tem como objetivo colaborar para a melhoria da qualidade do cuidado à saúde em todos os locais de prestação de serviço de saúde do território nacional e propõe ações para a melhoria da segurança do paciente nos serviços de saúde e estas se referem a: implementação de seis protocolos de segurança do paciente, com foco nos problemas de maior incidência; obrigatoriedade da criação de núcleos de segurança do paciente nos serviços de saúde e da notificação de eventos adversos associados à assistência ao paciente, de acordo com o que estabelece a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, da ANVISA; e lançamento de edital de chamamento público do setor produtivo da saúde para a proposição de medidas de ampliação da segurança do paciente dentro dos serviços de saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a).

Nos dias 3 de maio e 3 de junho de 2013 foram lançadas as consultas públicas nº 6 e 8, respectivamente, que visam à construção dos Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente, com a contribuição de serviços especializados e da sociedade em geral (BRASIL, 2013a).

As Portarias do MS nº 1.377 e nº 2.095, ambas de 2013,

aprovaram os seis Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente sendo estes: protocolo de cirurgia segura, prática de higiene das mãos, úlcera por pressão, prevenção de quedas, identificação do paciente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Estes protocolos devem ser utilizados em todas as unidades de saúde do Brasil e visam instituir as ações para segurança do paciente nos serviços de saúde, evitando a ocorrência de eventos adversos (EA) e levando à melhoria da qualidade da assistência em saúde em caráter nacional (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

2.2 EVENTO ADVERSO

A Taxonomia/Classificação Internacional de segurança do Paciente define incidente como “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente/doente”. Os incidentes podem ser provenientes de atos intencionais ou não (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p. 15). Entre os tipos de incidentes encontra-se o evento adverso que é conceituado como “incidente que resultou em dano ao paciente”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p. 16). Os outros tipos de incidentes são: *Near Miss*, incidente que aconteceu, porém não chegou até o paciente, também chamado de circunstância notificável; incidente sem dano, incidente que ocorreu, porém não causou dano ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Casos documentados de eventos adversos no cuidado à saúde vêm ocorrendo de forma crescente, o que vem provocando debates no que se refere à segurança do paciente em âmbito internacional (MENDES, 2005).

Até recentemente, os erros, incidentes e os eventos adversos relacionados à assistência em saúde eram considerados inevitáveis ou vistos como uma ação realizada por profissionais mal treinados. Atualmente, o desenvolvimento de melhores práticas para a segurança do paciente e qualidade da assistência tem recebido atenção especial em âmbito global, uma vez que se acredita não existir fator uni causal envolvido neste processo de erro e que este ocorre por falhas onde estão envolvidos diversos atores (BRASIL, 2011).

Estudo realizado em três hospitais gerais, públicos e de ensino do Rio de Janeiro, no ano de 2003, mostrou que, dos 1103 prontuários analisados, 7,6% apresentou ao menos um evento adverso durante a internação e que 66,7% destes eram eventos evitáveis. Cirurgias,

procedimentos médicos e diagnósticos foram as maiores origens destes eventos (MENDES, 2010). Outro estudo também realizado recentemente em hospitais do Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar a taxa de EA cirúrgicos, mostrou que 65,8% destes EA eram evitáveis (MENDES; MOURA, 2013).

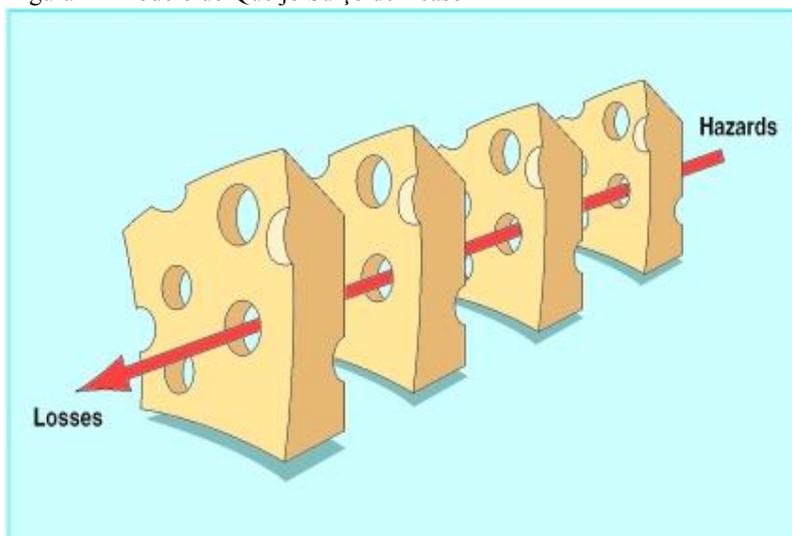
Entende-se que a taxa de pacientes que sofrem eventos adversos em hospitais é um importante indicador de segurança do paciente e é considerada um problema mundial de saúde pública (CARNEIRO, 2011).

Compreender que o ser humano é falível e os erros podem acontecer mesmo nas melhores organizações é imprescindível. Os erros são considerados consequências e não causas, originando-se nos fatores sistêmicos e não apenas da perversidade humana. As medidas de prevenção devem ser baseadas na hipótese de que embora não se possa modificar a condição humana, pode-se alterar as condições em que se trabalha. No acontecimento de um EA deve-se pensar em como as defesas falharam, ao contrário de buscar de quem foi o erro (REASON, 2000).

Camadas de defesas e barreiras são essenciais para a segurança de um sistema. No contexto do cuidado em saúde, estas barreiras podem ser físicas, tais como: alarmes, equipamentos de proteção individual, equipamentos médicos; ou administrativas, como: protocolos, treinamento, supervisão, entre outros. Estas camadas têm a função de proteger potenciais vítimas, porém cada uma delas não é perfeita, podendo ser comparada a fatias de queijo suíço. Mesmo que alguma falha transponha uma dessas camadas não significa um mal resultado. Este só ocorrerá quando os buracos das camadas se alinham, transformando-se em uma trajetória que oportuniza o acidente, como mostra a Figura 1 (REASON, 2000; CASSIANI, 2005).

Os furos nas camadas de defesa acontecem por falhas ativas e condições latentes. A maioria dos EA ocorre pela combinação destes dois fatores. As falhas ativas são as ações inseguras realizadas por pessoas que estão em contato direto com o paciente, são exemplos os deslizos, erros e violações de processos. Já as condições latentes relacionam-se às situações inevitáveis, que derivam das decisões dos projetistas, escritores de processos ou gerentes de níveis superiores. As condições latentes podem ficar adormecidas nos sistemas durante muito tempo, levando às falhas nas camadas de defesa, porém podem ser identificadas e corrigidas, evitando assim, a ocorrência do evento adverso (REASON, 2000).

Figura 1 - Modelo do Queijo Suíço de Reason



Fonte: Reason (2000, p. 769).

Entender como acontecem os EA, quais os fatores de risco e realizar seu gerenciamento permite à equipe multidisciplinar implantar medidas de prevenção e tratamento eficazes. Todas as decisões devem ser baseadas em evidências científicas, pois essa é uma importante maneira de conscientização da equipe de saúde. A prevenção dos EA é um desafio e uma meta a ser alcançada pelos profissionais que prestam serviços à saúde, para que se possa alcançar a qualidade e a excelência no cuidado ao paciente (CARNEIRO et al, 2011).

Segundo Fidélis (2011) é fundamental que os serviços de saúde trabalhem a questão da segurança do paciente para, assim, garantir a qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Estes usuários estão cada dia mais atentos à maneira como são assistidos, fazendo com que as instituições que dispõem cuidados à saúde aprimorem seu serviço, estabelecendo um elo entre a qualidade tecnológica e os recursos humanos, a fim de evitar o acontecimento de erros assistenciais. Para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança que garanta a qualidade dos serviços.

Entende-se por cultura de segurança “[...] o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da

gestão de uma organização saudável e segura”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p. 142).

A ideia de cultura de segurança advém dos comandantes navais que sempre deram prioridade máxima à segurança, entendendo a importância da repetição e padronização das técnicas, e, capacitação contínua dos sujeitos, preparando-se sempre para o inesperado. As instituições devem desenvolver uma cultura de segurança de tal maneira que os trabalhadores e os processos de trabalho estejam focados em melhorar a confiabilidade e a segurança dos cuidados prestados aos pacientes. O objetivo organizacional deve ser a segurança e este deve estar explícito e demonstrado pelas lideranças da instituição e órgãos governamentais (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

A cultura de segurança do paciente está presente nas organizações de alta credibilidade, as quais são caracterizadas por desenvolver processos complexos, envolvendo riscos, entretanto apresentando pequenas taxas de erros. A preocupação destas organizações é o dano, e de que maneira cada membro da equipe pode afetar um processo. As decisões são tomadas por aqueles que detêm maior conhecimento e, quando o erro acontece, os responsáveis não são considerados culpados; pelo contrário, os erros que ocorrem dentro das instituições são notificados e utilizados para oportunizar melhorias no processo (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; SILVA, 2012).

Tornar o cuidado de enfermagem mais seguro é uma necessidade, entretanto ao adotar uma conduta punitiva, as organizações de saúde incentivam a subnotificação do erro ou EA, uma vez que o profissional omitirá as informações da ocorrência do erro por medo de ser repreendido (FERNANDES et al, 2014).

Os Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente do MS servem como camadas de proteção na assistência à saúde, uma vez que instituem ações de melhoria para a segurança do paciente. Dentre esses protocolos destaca-se o Protocolo de Prevenção de Quedas, uma vez que as quedas são eventos comuns no ambiente hospitalar e que podem gerar grandes prejuízos, tanto para pacientes, quanto para a instituição de saúde (REASON, 2000; COSTA et al, 2011; BRASIL 2013b).

2.3 AS QUEDAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

As quedas de pacientes internados estão dentre os principais EA a serem prevenidos nas instituições de saúde e são prioridade dentro do programa de segurança do paciente, pois podem acarretar consequências

graves, tais como: traumas teciduais de diferentes intensidades, retirada não programada ou desconexão de diferentes artefatos terapêuticos, alterações emocionais, piora das condições clínicas e óbito. Além disso, fazem com que o período de internação e custo do tratamento aumente e podem refletir na confiança do paciente em relação ao cuidado que lhe está sendo prestado (COSTA et al, 2011).

Define-se queda como sendo “eventos involuntários que fazem perder o equilíbrio chegando ao chão ou outra superfície firme para pará-lo”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, p. 1). No passado, a ocorrência de quedas esteve relacionada a acidentes, incapacidades ou problemas do envelhecimento e, qualquer dano decorrente delas era visto como má sorte. Atualmente é possível prever a possibilidade de o paciente vir a sofrer uma queda observando a fragilidade apresentada pela doença e o envelhecimento (MORSE, 2009).

Estima-se que a cada ano aconteçam um milhão de quedas nos hospitais dos Estados Unidos e números semelhantes são encontrados na maioria dos países desenvolvidos. Na Inglaterra e no País de Gales esses números são de 280.000 quedas de pacientes, a cada ano, em hospitais de cuidados agudos, hospitais comunitários e unidades de saúde mental. Entretanto, apesar desta casuística, estima-se que a ocorrência de queda de pacientes seja ainda maior, considerando que a subnotificação ainda é um problema de todos os sistemas de saúde (HEALEY et al, 2011). No Brasil, estatísticas apontam que 66.409 quedas foram notificadas no período de Agosto a Outubro de 2011; destas, 1.156 ocorreram do leito e 45.381 foram quedas da própria altura (BRASIL, 2011a).

Os fatores de risco para queda são classificados como intrínsecos (predisponentes da pessoa), extrínsecos (do ambiente) e ainda comportamentais, sendo a especificidade de cada um elencadas a seguir (REDE..., 2013). Dentre os fatores intrínsecos destacam-se: história prévia de quedas; idade; sexo feminino; medicamentos; condição clínica; distúrbio de marcha e equilíbrio; sedentarismo; estado psicológico; estado nutricional deficiente; declínio cognitivo; diminuição da acuidade visual; condições ortopédicas; estado funcional (REDE..., 2013). No que se refere aos fatores extrínsecos, consideram-se: Iluminação insuficiente; superfícies molhadas ou escorregadias; tapetes; degraus altos e estreitos; obstáculos como móveis e objetos; ausência de barras de apoio em corredores e banheiros, prateleiras de altura inadequada; roupas e sapatos inadequados; via pública com irregularidades; órteses inadequadas (PAIVA et al, 2010; REDE...,

2013).

E, por fim, dentre os fatores comportamentais, o grau de atividade apresentado pela pessoa está associado ao risco de queda, seja pela maior exposição ao risco na realização de atividades inseguras ou ainda, pela fragilidade e insegurança ao caminhar, em indivíduos debilitados ou idosos. (PAIVA et al, 2010; REDE..., 2013).

As quedas podem ser classificadas em quedas acidentais, quedas fisiológicas previsíveis e quedas fisiológicas imprevisíveis. A identificação do tipo de queda que o paciente pode vir a sofrer é importante, pois os métodos de previsão e prevenção são diferenciados para cada um deles (MORSE, 2009).

As quedas acidentais representam 40% das quedas que ocorrem no ambiente hospitalar e na maioria das vezes são causadas por fatores ambientais ou acidentes como escorregões e tropeços. São consideradas quedas fisiológicas previsíveis quando o paciente que sofreu a queda já havia sido identificado como propenso a sofrer a queda. Entende-se por quedas fisiológicas imprevisíveis aquelas que são criadas por fatores fisiológicos que não podem ser previstos, este tipo de queda representa 8% de todas as quedas e incluem convulsões (MORSE, 2009).

No Brasil, Costa et al (2011) realizaram um estudo com o intuito de caracterizar o perfil, fatores de risco e diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos que sofreram quedas do leito na internação. Este estudo evidenciou que os pacientes que sofreram quedas apresentavam vários fatores de risco (uma média de 11 ± 3 fatores de risco). Entre eles os fatores de risco mobilidade física prejudicada, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado e estado mental diminuído apareceram em mais de 80% dos casos. Outro dado importante encontrado no estudo foi que mais de 50% dos pacientes estudados apresentavam ao menos 12 dos 21 fatores de risco avaliados. Em relação aos diagnósticos de enfermagem atribuídos aos pacientes da pesquisa foram encontrados 35 diagnósticos de enfermagem diferentes, porém o diagnóstico Risco de Queda foi verificado em apenas 13% dos pacientes (COSTA et al, 2011).

Em relação aos danos causados pelas quedas em ambientes hospitalares, estudo realizado em pacientes neurocirúrgicos mostrou que aproximadamente 23% das quedas de pacientes hospitalizados levam a lesões, dessas, 83% são abrasões, contusões e lacerações e 9% são fraturas. Os ossos do quadril foram afetados em 4% na ocorrência de fraturas e a calota craniana em 3,5% (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

Estudo realizado em um hospital especializado em cirurgias

ortopédicas nos Estados Unidos objetivou quantificar a incidência, tendências e fatores de risco associados às quedas intra-hospitalares em pacientes no pós-operatório de artroplastia total de joelho, além de comparar a incidência de complicações pós-operatórias e os custos hospitalares entre pacientes que sofreram e não sofreram quedas. Os resultados mostraram que os fatores de risco incluíram: novas cirurgias, idade avançada, sexo masculino e presença de comorbidades. Os pacientes que sofreram quedas foram submetidos a internações mais longas. As morbidades associadas, a mortalidade e os custos durante a internação também foram maiores nos pacientes vítimas de quedas (MEMTSOUDIS et al, 2012).

A JCI determina que os pacientes sejam avaliados para o risco de queda e, periodicamente, reavaliados. Como estratégia para esta avaliação, as instituições de saúde têm utilizado instrumentos específicos para a avaliação do risco de quedas. Esses instrumentos auxiliam os profissionais a objetivamente determinar a probabilidade de um paciente vir a sofrer uma queda, além de indicar condutas que possam ser assumidas para evitar tal acontecimento (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2007). Entretanto, esta avaliação tem sido subutilizada para a prevenção destes acontecimentos. Esta avaliação fornece uma linha de base para que se saiba os riscos aos quais o paciente está sujeito, e assim, utilizá-la como guia para a implementação de ações que combatam os riscos observados (DYKES et al, 2010).

No ano de 2013, o MS, em parceria com a Fundação Fiocruz e a ANVISA, desenvolveu o Protocolo de Prevenção de Quedas, que tem como finalidade a redução da ocorrência de quedas de pacientes nos pontos de assistência à saúde e suas consequências. Este protocolo deve ser aplicado em todos os hospitais e abranger todos os pacientes que receberem cuidados nesses estabelecimentos, durante todo o período de sua permanência. As intervenções recomendadas pelo Protocolo de Prevenção de Quedas são a avaliação do risco de quedas e implantação de ações preventivas, incluindo medidas gerais e específicas. As medidas gerais incluem a criação de estrutura física segura e educação dos pacientes e acompanhantes para o risco de queda. Dentre as medidas específicas encontra-se a notificação obrigatória em caso de ocorrência de quedas (BRASIL, 2013b).

Para a avaliação do paciente quanto ao risco de queda utilizam-se instrumentos chamados de escalas de risco de queda. Existem basicamente três tipos de escala de avaliação de risco de queda. O

primeiro tipo é representado pelas escalas que separam os pacientes que podem vir a sofrer uma queda dos demais pacientes, prevendo a probabilidade do paciente vir a cair; geralmente são escalas de aplicação rápida e fácil, podendo ser aplicada diariamente. O segundo tipo é formado pelas escalas chamadas de formulários de avaliação de quedas e são caracterizadas por ajudar a equipe a identificar possíveis causas de queda. Estas são mais extensas e complexas e usualmente são aplicadas apenas no momento da admissão do paciente. O terceiro tipo é designado para uso após a queda do paciente e consiste em descrever detalhes acerca da queda, sendo também considerados instrumentos longos e complexos (MORSE, 2009). O protocolo do MS/ANVISA não adota nenhuma escala para avaliação do risco de queda, porém ressalta a importância da utilização das mesmas (BRASIL, 2013b).

A avaliação para o risco de queda está presente em todos os estudos sobre programas de prevenção destes eventos, sendo que em 60% dos casos esta avaliação é realizada de maneira formal, com a utilização de escalas. Os outros 40% utilizaram métodos informais ou não declarados para a avaliação de pacientes para o risco de quedas (MIAKE-LYE et al, 2013).

As escalas para avaliação do risco de quedas mais utilizadas no Brasil são a *Morse Fall Scale* – Escala de Queda de Morse (MFS) (ANEXO 3) e a *St. Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly* (STRATIFY) (ANEXO 4) (BRASIL, 2013e).

A MFS é um método rápido e prático para verificar a probabilidade do paciente sofrer uma queda. A mesma consiste na avaliação de seis variáveis, sendo elas: histórico de quedas; presença de diagnósticos secundários; auxílio na deambulação; uso de terapia IV ou acesso salinizado; marcha e estado mental. Cada item avaliado recebe uma pontuação que pode variar de 0 a 25 pontos, sendo realizada uma somatória ao final. De acordo com o resultado desta avaliação a classificação é feita em risco baixo (0 – 24 pontos), risco médio (24 – 44 pontos) e risco alto (≥ 45 pontos) (MORSE, 2009).

A STRATIFY, por sua vez, permite classificar o grau de risco para quedas apresentado pelo paciente idoso internado em unidades hospitalares, servindo de orientação para instituir ações necessárias para a prevenção das quedas (BRASIL, 2013b). Esta escala avalia cinco variáveis sendo elas: presença de quedas durante a internação hospitalar ou anterior à admissão hospitalar; agitação; visão prejudicada; necessidade frequente de utilizar o banheiro e transferência e mobilidade escore de 3 ou 4 de acordo com o índice de Bartbel (já incluído na

escala). Cada variável tem pontuação 1 e ao final da avaliação os pontos são somados e classifica-se o risco em baixo (pontuação 0), moderado (pontuação 1) e alto (pontuação ≥ 2) (OLIVER et al, 1997; AGENCY..., 2014).

Além das escalas que avaliam o risco de quedas, há também a Escala de Equilíbrio Funcional de Berg (ANEXO 4). É muito utilizada e avalia o desempenho do equilíbrio funcional baseado em 14 itens relacionados às atividades diárias. Esta escala é focada em idosos e pacientes com déficits de equilíbrio previstos para reabilitação, independentemente da idade.

A pontuação máxima é de 56 pontos e cada item possui uma escala ordinal de cinco alternativas variando de 0 a 4 pontos. A pontuação atingida é inversamente proporcional ao risco apresentado, ou seja, quanto menor a pontuação do paciente, maior é o risco de queda apresentado por ele. Valores menores que 45 pontos já são indicadores de risco para queda. O teste é simples, de fácil aplicação e seguro para a avaliação de pacientes idosos (MIYAMOTO et al, 2004).

As lacunas na incorporação de medidas de prevenção, quando não são realizados critérios de avaliação para risco de quedas, mostram a necessidade da enfermagem em continuar a investigação e publicação de estudos que auxiliem nas discussões sobre o tema segurança do paciente no ambiente hospitalar (COSTA et al, 2011).

A realização de programas de prevenção de quedas têm apresentado resultados positivos. Além da identificação do risco de queda e implementação de técnicas de prevenção a reavaliação do paciente periodicamente com a finalidade de manter ou incluir novos fatores de risco é um outro ponto importante na prevenção destes eventos (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

A recomendação do MS sugere que a reavaliação dos pacientes para o risco de quedas deva ser realizada em caso de transferência de setor, alteração de estado clínico, na ocorrência de queda durante a permanência do paciente na unidade ou ainda na identificação de novo fator de risco (BRASIL, 2013b).

A implementação de medidas de prevenção gerais deve ser orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente de cada instituição. Essas medidas deverão ser tomadas independentemente do risco apresentado pelo paciente. Estão incluídas nessas medidas: a criação de ambiente seguro com pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados e movimentação segura dos pacientes. A orientação dos

pacientes e acompanhantes quanto ao risco de quedas e suas consequências também devem ser estimuladas (BRASIL, 2013b).

As medidas específicas deverão ser prescritas e implementadas individualmente, de acordo com os fatores de risco apresentado pelo paciente. No que se refere a isto, o MS divulgou um protocolo cujo conteúdo vem apresentar proposta de plano de cuidados preventivos a serem adotadas como forma de contribuir na adequação dos cuidados para as situações de risco de quedas identificadas (BRASIL, 2013b). O Quadro 2 apresenta os fatores de risco e as medidas preventivas correspondentes de acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas do MS.

Quadro 2 - Fatores de risco para quedas e medidas relacionadas segundo o Protocolo de Prevenção de Quedas - MS (Pacientes adultos hospitalizados). Brasília, 2013

Fator de Risco	Medidas
Idade	Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos já estão contempladas nos itens abaixo.
Histórico de Quedas	<ul style="list-style-type: none"> - Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; - Avaliar Nível de Confiança do Paciente para deambulação; - Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
Necessidades Fisiológicas e Higiene Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. - Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico. - Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente, caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro. - Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

Continua

Continuação

Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda. - Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado, devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente). - Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.
Uso de Equipamentos/Dispositivos	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso. - Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente. - Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída. - Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

Continua

Continuação

Mobilidade e Equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> - Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. - Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante. - Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama. - Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. - Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	<ul style="list-style-type: none"> - Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. - Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por cinco minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado. - Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

Fonte: Brasil (2013b, p 7-9).

A notificação das quedas é imprescindível, visto que um paciente que sofreu uma queda é particularmente susceptível de sofrer outra, decorrente da mesma causa. Apesar da previsão da queda ser o fator mais importante para sua prevenção, a análise das circunstâncias

acerca de uma queda ocorrida se faz necessária para que se possa evitar sua recorrência (MORSE, 2009).

Por meio da notificação de quedas é possível a identificação dos fatores que contribuíram para a ocorrência do evento, servindo como fonte de aprendizado para a equipe na melhoria da qualidade da assistência, com vistas ao desenvolvimento de um cuidado mais seguro. A notificação contribui ainda para construção de indicadores de qualidade da assistência como o índice de quedas, número de quedas com dano, número de quedas sem dano e proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão (BRASIL, 2013b).

2.4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

A SAE é um instrumento de organização do cuidado por meio da implementação do Processo de Enfermagem. Ela é obrigatória em todos os locais em que se prestam cuidados de enfermagem e deve constar, no mínimo, das seguintes etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, implementação da assistência e evolução de enfermagem (CONSELHO..., 2009). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) define a SAE como sendo:

Atividade privativa do enfermeiro utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. (CONSELHO..., 2009, p. 1).

O planejamento da assistência de enfermagem permite diagnosticar as necessidades do cliente, desenvolver uma prescrição adequada de cuidados, além de guiar a tomada de decisões do enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem, promovendo a autonomia da profissão (SILVA et al, 2011).

Além de embasar teoricamente o cuidado ao paciente, a utilização da SAE tem a função de garantir o respaldo legal do trabalho do enfermeiro. De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 429, de 30 de Maio de 2012 o registro, no

prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, das informações necessárias para assegurar a continuidade e qualidade da assistência é responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem (CONSELHO..., 2012; PENEDO; SPIRI, 2014).

Apesar do reconhecimento da importância do desenvolvimento da SAE, nos serviços de urgência e emergência, os enfermeiros não realizam todos os seus passos devido ao grande número de atendimentos no serviço somando-se à escassez de profissionais. Fazendo com que o enfermeiro volte-se para a administração hospitalar e não para o gerenciamento da assistência (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

Dentro deste contexto, as Tecnologias de Informação (TI) surgem e vêm sendo utilizadas como estratégia de apoio para o desenvolvimento da SAE, uma vez que reduz o tempo dispensado com os registros e integra as informações, facilitando a tomada de decisão relativa ao cuidado de enfermagem. A utilização do Processo de Enfermagem informatizado orienta o raciocínio lógico, melhora a qualidade do cuidado, uma vez que consegue articular a avaliação clínica, os diagnósticos, as intervenções e os resultados da Assistência de Enfermagem (DAL SASSO et al, 2013).

2.5 TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A área da saúde tem vivenciado, nas últimas décadas, processos de transformações e inovações tecnológicas sem precedentes. A OMS estima que 50% dos avanços terapêuticos existentes hoje tenham surgido nos últimos dez anos (BRASIL, 2007).

As tecnologias na área da saúde são agrupadas em três categorias: tecnologia dura, representada por equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; tecnologia leve-dura, que são representadas pelos saberes estruturados, ou seja, pelas disciplinas que operam em saúde como a clínica médica, odontológica; e, tecnologia leve, que são os processos de produção e comunicação, das relações, de vínculos que oportunizam o encontro do paciente com necessidades de ações de saúde (MEHRY et al, 1997).

Neste sentido, são consideradas tecnologias de atenção à saúde os medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais utilizados na atenção à saúde e nos cuidados prestados à população (LORENZETTI et al, 2012).

A tecnologia tem como principal objetivo aumentar a eficiência

da atividade humana nas mais variadas esferas. Assim, a tecnologia produz objetos diversos para atender às necessidades da demanda, ou os aperfeiçoa tornando-os mais duráveis, uma vez que melhora a produção ao reduzir o tempo ou o custo de certo objeto (KOERICH et al, 2006).

No contexto do trabalho em enfermagem, cada tecnologia é agregada para cuidar das rotinas de entrega e sistemas organizacionais. Sua utilização aumenta a complexidade do trabalho dos enfermeiros, ao mesmo tempo em que reduz potencialmente a carga de trabalho, melhorando a qualidade do atendimento, diminuindo os EA (ZUZELO et al, 2008).

A TI está sendo utilizada de forma a aperfeiçoar os registros em saúde e apoiar no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, pois, organiza as informações de maneira lógica, favorecendo a tomada de decisão e influenciando também na segurança do paciente (SOUSA; SASSO; BARRA, 2012).

Existem algumas definições para a TI, sendo esta conceituada pelo Ministério da Saúde como

O conjunto de recursos empregados na coleta, armazenamento, processamento e distribuição da informação, abrangendo ainda os métodos, técnicas e ferramentas, para o planejamento, desenvolvimento e suporte dos processos de utilização da informação. (BRASIL, 2007, p. 128).

Um estudo de revisão integrativa com o objetivo de identificar as principais contribuições dos registros eletrônicos em saúde, na área da segurança do paciente, em Unidades de Terapia Intensiva, evidenciou que os registros eletrônicos em saúde podem contribuir na elaboração de indicadores de qualidade e segurança do cuidado. A utilização de sistemas de TI no Brasil também tem repercussão no campo da gestão em saúde, uma vez que através desta ferramenta os gestores dos serviços podem analisar de forma adequada à situação de saúde local, avaliar o sucesso de suas intervenções, realizar o monitoramento e controle das atividades desenvolvidas por prestadores de serviços (BRASIL, 2007; SOUSA; SASSO; BARRA, 2012).

Se por um lado o advento de tecnologias na prestação do cuidado torna-se algo positivo, por outro, o uso irracional da mesma nos serviços de saúde pode tornar o cuidado desumano uma vez que pode afastar os profissionais do contato com o paciente, tornando-se excessivamente

dependente da tecnologia (BARRA et al, 2006).

Inferese assim que, a utilização adequada da tecnologia de informação pelos enfermeiros é uma estratégia importante para a melhoria do cuidado em enfermagem, porém, deve-se aliar esta tecnologia ao cuidado humano em suas múltiplas dimensões, de acordo com a complexidade que esse cuidado exige (BAGGIO; ERDMANN; SASSO, 2010).

A utilização da TI, pelos enfermeiros, na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma importante estratégia para a segurança do paciente, uma vez que possibilita a busca, o registro, o armazenamento e a documentação das informações de maneira segura. Além disso, proporciona o compartilhamento de informações relativas ao paciente por meio do prontuário eletrônico, facilitando, assim, a tomada de decisão por toda a equipe multiprofissional (SPERANDIO; ÉVORA, 2005; BAGGIO; ERDMANN; SASSO, 2010).

Os sistemas informatizados podem ser utilizados pelos enfermeiros no desenvolvimento de outras funções, como documentar, armazenar e processar grandes quantidades de dados; comunicar e recuperar dados necessários para a tomada de decisão; gerar informações para a realização de controle de qualidade da assistência, controle de custos, avaliação e investigação. Neste sentido, a avaliação do risco de quedas integrada à SAE informatizada, otimiza o tempo de trabalho do profissional ao mesmo tempo que subsidia a tomada de decisão e implementação dos cuidados que o paciente necessita (LLAPA RODRIGUEZ et al, 2008).

Dentre os benefícios trazidos pela TI no trabalho em saúde destaca-se a redução do tempo de preenchimento de documentos sem afetar a qualidade dos dados, o que reflete diretamente no tempo dispensado pelo enfermeiro na assistência direta ao paciente, gerando melhoria da assistência e consequentemente um cuidado mais seguro (LLAPA RODRIGUEZ et al, 2008).

3 MÉTODO

Para alcançar os objetivos propostos realizou-se um estudo de abordagem quantitativa do tipo prospectivo, exploratório-descritivo.

O método de pesquisa quantitativa objetiva alcançar evidências de associações entre variáveis independentes e dependentes. Historicamente, a abordagem quantitativa tem sido a mais utilizada, visto que grande parte dos estudos buscam a mensuração do impacto ou os efeitos das intervenções (MINAYO, 2010).

No entendimento de Minayo (2010), a pesquisa quantitativa caracteriza-se por sua atuação dentro da filosofia positivista; uso de métodos estatísticos; trabalho com mensuração controlada; verificação e confirmação de hipóteses e resultados; ênfase para os dados confiáveis e reaplicáveis e ainda; consideração sobre a perspectiva de uma realidade estável.

A pesquisa descritiva ou exploratória é utilizada quando se tem pouco conhecimento sobre o fenômeno a ser estudado. O pesquisador deve observar descrever e documentar diferentes aspectos deste fenômeno. Este tipo de estudo revela o que realmente existe, com que frequência o fato ocorre, além de categorizar as informações (SOUSA, DRIESSNACK; MENDES, 2007).

O método quantitativo foi eleito, pois se desejou conhecer os fatores de risco para quedas apresentados pelos pacientes internados no Serviço de Emergência Adulto, buscando conhecer com que frequência esses eventos acontecem, além de caracterizá-los. Embasados nessas evidências buscou-se implantar a avaliação de risco e a notificação da ocorrência das quedas neste serviço.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Emergência Adulto (SEA) de um hospital universitário público do Sul do Brasil, que presta atendimento exclusivamente aos pacientes do Sistema único de Saúde (SUS). Por sua característica, desenvolve trabalhos de ensino, pesquisa e extensão.

O hospital foi fundado em 1980, atualmente conta com aproximadamente 270 leitos de internação, sendo que destes, 30 encontram-se bloqueados devido ao déficit de profissionais de enfermagem. Atende a população local e é referência no Estado para alta complexidade, no que se refere ao atendimento tanto clínico quanto

cirúrgico.

A instituição possui serviços de atendimento Ambulatorial geral e de especialidades, Unidade de Tratamento Dialítico, Hemodinâmica, Quimioterapia, Emergência Adulto, Emergência Pediátrica, Emergência Gineco-obstétrica, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno, Centro Cirúrgico e Centro de Materiais e Esterilização, Unidades de Internação e ainda aloca o Centro de Informações Toxicológicas (órgão estadual).

As unidades de internação são divididas em: Unidade de Internação Pediátrica, Unidade de internação Ginecológica, Alojamento Conjunto, Clínicas Médicas I, II e III, Clínicas Cirúrgicas I e II e Unidade de Terapia Intensiva e Neonatologia.

No Serviço de Emergência Adulto, cenário deste estudo, o atendimento é prestado 24 horas por dia, com uma média diária de 220 atendimentos no período de Janeiro a Julho de 2013 (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2013). O atendimento é realizado por livre demanda, utilizando a classificação de risco adaptada do protocolo de Manchester, realizada por um enfermeiro, para ordenação do atendimento.

Em relação aos recursos humanos da Enfermagem para o atendimento ao paciente, o serviço conta com 17 enfermeiros assistenciais, 44 técnicos de enfermagem, sete auxiliares de enfermagem, divididos em três turnos de trabalho. Conta também com um chefe de serviço, seis enfermeiras residentes em urgência e emergência e dois bolsistas de enfermagem.

A estrutura física do serviço é composta de dois ambientes: o Serviço de Emergência Interna (SEI) e o Repouso. O SEI possui a finalidade de atender os pacientes que após a classificação de risco e consulta médica necessitam receber alguma medicação, observação ou internação. Neste local encontra-se um posto de enfermagem; um consultório de atendimento com classificação de risco; um consultório de clínica cirúrgica; quatro consultórios de clínica médica; uma sala cirúrgica com capacidade para dois atendimentos simultâneos; uma sala de procedimentos; uma sala de reanimação com duas macas de atendimento de urgência equipadas individualmente; uma sala de medicação com 12 poltronas; um banheiro unissex.

No SEI ainda são dispostas macas no corredor para acomodação de pacientes em observação ou pacientes que estão internados e aguardam leitos no Repouso ou nas Unidades de Internação. O serviço de emergência dispõe de 13 macas, porém esse número pode ser

aumentado de acordo com a demanda, pois quando necessário, as macas de transporte das ambulâncias que encaminham os pacientes ficam retidas no setor.

No Repouso ficam os pacientes internados que aguardam vagas nas unidades de internação. O tempo de permanência no repouso é variável, podendo levar dias ou semanas, dependendo da liberação de vagas em unidades de internação. São 13 leitos, sendo um isolamento, com banheiro individual e o restante separados por cortinas, um posto de enfermagem e três banheiros (um unissex, um masculino e um feminino). A taxa de ocupação média do Serviço de Emergência Adulto no período de Janeiro a Julho de 2013 foi de 80,26% (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2013).

3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

No período da coleta de dados do estudo, isto é, durante três meses foram realizados 10.856 atendimentos no Serviço de Emergência, sendo que destes 975 foram submetidos à internação hospitalar e os demais foram atendidos e dispensados (UNIVERSIDADE..., 2014a; 2014b).

Considerando essa clientela foram apontados sujeitos, os pacientes internados no serviço de emergência adulto, observando alguns critérios de inclusão de modo a possibilitar a coleta de informações importantes para o andamento do estudo.

Utilizou-se amostragem aleatória tendo como critério de inclusão: os pacientes de ambos os sexos internados, tanto no Repouso como no SEI, independente de seu diagnóstico ou idade. Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam desorientados e sem acompanhantes no momento da coleta dos dados, pois estes não teriam capacidade cognitiva para autorizar a realização da pesquisa. Referente à avaliação do nível de orientação foram levados em consideração os registros nos prontuários, bem como o julgamento subjetivo da avaliadora que, em um primeiro contato com o paciente pôde observar o nível de consciência do mesmo para responder o instrumento proposto.

A amostra aleatória justificou-se pela necessidade de se definir o perfil dos pacientes que procuram o serviço de emergência e os fatores de risco para ocorrência de quedas.

Para o cálculo da amostra do estudo, primeiramente foi identificado o número de pacientes internados no Serviço de Emergência Adulto, no período de Janeiro a Dezembro de 2012, sendo

que estes dados foram informados pelo Boletim Estatístico de Movimentação Hospitalar da Instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2013). Foi identificada uma população de 3.880 pacientes internados no ano de 2012. Com base neste quantitativo fez-se o cálculo amostral, utilizando um nível de confiança de 95% e perda amostral de 10%. O número da amostra (N) foi encontrado após cálculo realizado no sistema SestatNET, chegando-se a N = 384 sujeitos, demonstrado na figura 2 (NASSAR et al, 2013). Os pacientes foram identificados como P1, P2,...P384.

Figura 2 - Cálculo Amostral



Tamanho Mínimo da Amostra
Estimativa de Percentual

Tamanho da População	3880
Precisão da Estimativa	50 ± 5%
Nível de Confiança	95%
Tamanho da Amostra	384
Perda Amostral	10%

Para outros Níveis de Confiança

Nível de Confiança	Tamanho da Amostra
99.9%	931
99%	623
90%	278

Fonte: Nassar et al (2013).

Também fizeram parte do estudo os 23 profissionais enfermeiros do SEA, cuja participação deu-se no momento da aplicação da MFS e do Instrumento de Notificação de Quedas (APÊNDICE A).

3.3 VARIÁVEIS

De acordo com Hardy (2002) e Polit e Beck (2011), na pesquisa quantitativa os conceitos geralmente são titulados variáveis. Uma variável é uma característica que tem diferentes valores em diferentes sujeitos do estudo. Pesquisas quantitativas buscam entender de que maneira e por que as coisas variam e de que forma mudanças em uma variável estão relacionadas a alterações em outra variável.

A seguir são descritas as variáveis que foram utilizadas nesta pesquisa. As variáveis foram categorizadas em dependentes e

independentes. Quanto à sua estrutura numérica foram divididas em qualitativa ou quantitativa. As qualitativas foram subdivididas em ordinais (QLO) e nominais (QLN) e as quantitativas, por sua vez, em contínuas (QTC) e discreta (QTD).

Variáveis do Instrumento de avaliação do risco de quedas (ANEXO 1)

Risco de queda (QLO): Risco de sofrer queda apresentado pelo paciente no momento da internação. Avaliado pelo pesquisador de acordo com os critérios da MFS. Categorizado em: baixo, médio ou alto (MORSE, 2009).

Histórico de quedas (QTD): Ocorrência de queda anterior por causas fisiológicas, nos últimos três meses, relatada pelo paciente ou familiar. Categorizado em: não e sim.

Diagnósticos Secundários (QLN): Presença de dois ou mais diagnósticos médicos registrados no prontuário do paciente. Categorizado em: não e sim.

Auxílio na Marcha (QLN): Necessidade de ajuda para deambular. Categorizado em: nenhuma, acamado, auxiliado por profissional de saúde, muletas, bengala, andador, mobiliário e parede.

Terapia intravenosa/acesso salinizado (QLN): Presença de dispositivo para infusão endovenosa. Categorizado em: não e sim.

Marcha (QLN): Maneira como o paciente deambula. Categorizado em: normal, sem deambulação, acamado, cadeira de rodas, fraca e comprometida/cambaleante. Será considerado paciente com marcha normal aquele que, no momento da avaliação, não apresenta dificuldade para deambular.

Segundo Morse (2009), o paciente com marcha fraca é aquele que está parado, mas é capaz de levantar a cabeça enquanto anda sem perder o equilíbrio. É necessário o apoio em móveis com toque leve para a segurança, ao invés de segurar firme para se manter em pé. Já o paciente com marcha comprometida/cambaleante é aquele que tem dificuldade de levantar da cadeira, necessitando de apoio nos braços da cadeira, o paciente mantém a cabeça baixa e foca o chão. Seu equilíbrio está prejudicado e, por isso, precisa apoiar-se em móveis, pessoa ou andador, não podendo andar sem assistência. No momento da deambulação o paciente necessita segurar firmemente a mão do cuidador.

Estado mental (QLN): Condição neurológica apresentada pelo

paciente durante o período de internação, conforme registros no prontuário e/ou observação. Categorizado em: orientado, superestima capacidades ou esquece limitações.

Entende-se por superestima ou esquecimento de limitações a situação em que o paciente é questionado quanto à sua necessidade de ajuda para ir ao banheiro e sua resposta é inconsistente ou não condiz com a realidade (MORSE, 2009).

Variáveis do Instrumento de notificação de quedas (APÊNDICE A)

Queda (QLN): “eventos involuntários que fazem perder o equilíbrio chegando ao chão ou outra superfície firme para pará-lo”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, p. 1). Evidenciado durante o período em que se encontra em observação ou internado no serviço de emergência adulto e notificado em instrumento de notificação de quedas.

Idade (QTC): Período de tempo vivido pelo paciente, expresso em anos e meses, comprovado pela data de nascimento contida no prontuário.

Sexo (QLN): Define se o paciente é homem ou mulher, coletado no registro do prontuário. Categorizado em: masculino e feminino.

Local de internação na emergência (QLN): Ambiente onde o paciente estava acomodado no setor de emergência adulto, comprovado pessoalmente pela pesquisadora ou conforme registro no prontuário. Categorizado em: SEI e Repouso.

Estado mental (QLN): Condição neurológica apresentada pelo paciente no momento da queda, conforme registros no prontuário e/ou observação. Categorizado em: orientado e desorientado. O paciente foi considerado desorientado quando superestima ou esquece limitações quando questionado quanto à sua necessidade de ajuda para ir ao banheiro (MORSE, 2009).

Motivo da internação (QLN): Condição clínica e/ou diagnóstico pelo qual o paciente foi admitido no setor, de acordo com os dados da ficha de admissão ou da autorização de internação hospitalar (AIH).

Grau de dependência (QLN): Necessidade de auxílio para a realização do autocuidado, conforme avaliação do enfermeiro ou registro no prontuário. Categorizado em: dependente, semidependente e independente.

Acomodação do paciente (QLN): Local onde o paciente encontrava-se acomodado no momento da queda, conforme registro no

prontuário ou instrumento de notificação. Categorizado em: maca com grade elevada, maca com grade abaixada, maca sem grade, leito com grade elevada, leito com grade abaixada, cadeira fixa, cadeira de rodas, deambulando e/ou em pé e outros.

Presença de acompanhante (QTD): Presença de familiar/cuidador junto ao paciente no momento da queda, conforme registro no instrumento de notificação. Categorizado em: sim e não.

Alteração dos órgãos do sentido (QLN): Alteração da visão, audição ou tato apresentada pelo paciente no momento da queda, conforme registro no prontuário, instrumento de notificação ou ainda verbalização do próprio paciente. Categorizado em: sim e não.

Presença de dispositivos (QTD): Uso de dispositivos pelo paciente no momento da queda, conforme registro no instrumento de notificação. Categorizado em: sim e não. Se sim, categorizado em: drenos, sonda vesical de demora/Jontex®, sonda nasointestinal/sonda nasogástrica, oxigenioterapia e fluidoterapia.

Turno da queda (QLN): Período do dia em que a queda aconteceu, conforme registro no instrumento de notificação. Categorizado em: manhã, tarde ou noite.

Fatores de risco apresentados pelo paciente no momento da queda (QLN): Características apresentadas pelo paciente, dentre os avaliados na escala de Morse, no momento em que sofreu a queda, conforme registro no instrumento de notificação. Categorizado em: histórico de quedas, diagnósticos secundários, auxílio na marcha com muletas/bengala/andador/apoio em móveis, marcha fraca/prejudicada e alteração do estado mental.

Presença de lesão pós-queda (QLN): Comprometimento da integridade de tecidos ou órgãos, comprovado mediante exame físico ou de imagem, decorrente da queda sofrida pelo paciente. Categorizado em sim ou não. Se sim, categorizado em hematoma, ferimento cortocontuso, fratura, Traumatismo Crânio-encefálico (TCE) e outros.

Local da lesão (QLN): Local do corpo acometido pela lesão decorrente da queda, comprovada por exame físico ou de imagem. Categorizado em: cabeça, tórax, abdome, membros superiores, membros inferiores.

Conduta adotada após a queda (QLN): Procedimentos realizados pelos profissionais diante da queda do paciente, conforme registro no instrumento de notificação. Categorizado em: notificação, registro no prontuário, exames complementares, administração de medicamentos, sutura, curativos e outros.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em três etapas, sendo que as duas primeiras aconteceram simultaneamente. A primeira foi realizada por meio da aplicação da avaliação do risco de quedas pela *MFS* traduzida e adaptada à Língua Portuguesa (ANEXO 1) (URBANETTO et al, 2013), junto aos pacientes do SEI e Repouso; a segunda, realizada por meio do preenchimento do instrumento de notificação da ocorrência de quedas (APÊNDICE A); e a terceira a inclusão da *MFS* e dos cuidados de enfermagem para a prevenção de quedas no sistema informatizado da instituição.

Primeira etapa:

A primeira etapa da coleta de dados constituiu na avaliação dos pacientes em relação ao risco de quedas com a utilização da *MFS*, sendo esta realizada no período de 11 de Novembro a 20 de Dezembro de 2013, totalizando 384 pacientes avaliados. A avaliação foi realizada pela pesquisadora e por seis enfermeiros assistenciais do serviço de emergência que aceitaram participar desta etapa da coleta de dados. Os enfermeiros que contribuíram na coleta de dados puderam realizá-la em seus respectivos turnos de trabalho. Não houve alteração na *MFS*, visto que a autora da escala não autorizou mudanças, exclusão ou inclusão de itens no instrumento (ANEXO 2).

Os enfermeiros que aceitaram participar da coleta de dados receberam capacitação individual, durante seu horário de trabalho, para a aplicação correta da *MFS* e preenchimento do instrumento de notificação. Foram capacitados os 17 enfermeiros assistenciais, um enfermeiro chefe de setor e três enfermeiros residentes, entretanto, apenas seis destes participaram desta etapa da coleta de dados.

Em relação à capacitação, em um primeiro momento, os enfermeiros receberam o artigo de título *Morse Fall Scale*, tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa (URBANETTO et al, 2013) e, após foram marcados encontros individuais com a pesquisadora para explanar os objetivos da pesquisa, demonstrar a utilização da escala e sanar dúvidas existentes.

Os encontros iniciaram-se com a exposição da pesquisa e seus objetivos, seguindo-se da apresentação da *MFS* e demonstração prática da aplicação do instrumento. O último momento do encontro era aberto para a discussão sobre a utilização da escala e das dúvidas apresentadas pelos enfermeiros. Além disso, foi disponibilizada, na Unidade de Emergência Adulto, cópia do livro *Preventing Patient Falls*:

Establishing a fall intervention program (MORSE,2009), durante todo o período de coleta dos dados, conforme solicitação da autora (ANEXO 2).

A avaliação do risco de quedas foi realizada nas primeiras 12 horas de internação do paciente no SEA, para que fosse possível realizar a avaliação do mesmo para o risco de quedas na admissão do paciente na unidade, conforme recomendação da literatura (MORSE, 2009; BRASIL, 2013e).

Segunda etapa:

Na segunda etapa, foi proposto um instrumento para registrar a notificação da ocorrência de quedas (APÊNDICE A) no Serviço de Emergência Adulto, construído pela pesquisadora e, depois, validado pelos enfermeiros do SEA. Para que esta etapa fosse possível, primeiramente a pesquisa e seus objetivos foram apresentados aos enfermeiros do setor individualmente, por meio de encontro individual previamente agendado, conforme citado anteriormente.

De acordo com pesquisa realizada na literatura nacional e internacional foram identificados e elencados os fatores que podem influenciar na ocorrência de quedas em pacientes hospitalizados. A partir desta pesquisa foi criado um esboço do instrumento de notificação de quedas e entregue aos enfermeiros que testaram o mesmo durante seu turno de trabalho e sugeriram modificações, de acordo com o contexto e especificidade da instituição, bem como da unidade. Após a realização das alterações sugeridas, o instrumento foi novamente entregue individualmente aos enfermeiros para aprovação.

O instrumento final foi então disponibilizado à equipe para ser utilizado por um período de 90 dias, compreendido entre 11 de Novembro de 2013 e 11 de Fevereiro de 2014.

A coleta de notificação de quedas ocorreu simultaneamente à aplicação da MFS. A notificação foi feita pelos enfermeiros, sem necessidade de sua identificação. Para garantir o anonimato das notificações, foi disponibilizada na unidade uma urna lacrada para que as notificações fossem colocadas, sem nenhum tipo de constrangimento.

Terceira etapa:

A informatização da avaliação do risco de quedas e dos cuidados de enfermagem na Sistematização da Assistência de Enfermagem foi realizada após as duas primeiras etapas.

Foi elaborado o plano de cuidados de enfermagem preventivos para quedas com base no plano de cuidados do Protocolo de Prevenção de Quedas do MS (BRASIL, 2013b). Em seguida, foi solicitada a

autorização da Diretoria de Enfermagem (DE) para a inclusão dos cuidados e da MFS na Sistematização da Assistência de Enfermagem no sistema informatizado da instituição e, posteriormente, entrado em contato com o Serviço de Informática para a inclusão no sistema.

Foi solicitado ao serviço de informática da instituição que a Escala de Queda de Morse fosse incluída na etapa **Evolução de Enfermagem**, visto que a avaliação para o risco de quedas deve ser realizada diariamente, assim como a evolução de enfermagem do paciente. Os cuidados de enfermagem foram incluídos na etapa da **Prescrição de Enfermagem** na necessidade de Ambiente, Espaço e Segurança Física.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A fase de análise compreende a interpretação das informações obtidas durante a coleta de dados. Foram avaliados 384 pacientes utilizando-se a escala para a avaliação do risco de quedas de Morse, com o intuito de conhecer qual o risco de quedas apresentados pelos mesmos no SEA. Também foram analisadas 15 quedas notificadas no instrumento de notificação de quedas (APÊNDICE A) para que fosse possível contabilizar a ocorrência das quedas no setor, os fatores de riscos de queda que o paciente apresentou, os danos sofridos pelo paciente, o que levou à ocorrência da queda e em qual turno de trabalho essas quedas ocorreram com maior frequência.

Para sustentar a análise, os dados foram inicialmente organizados em planilha do Excel 2010[®] for Windows[®], sendo posteriormente submetidos à estatística descritiva simples, com cálculo das frequências absolutas e relativas. Esta análise teve uma sustentação teórica da revisão de literatura e o referencial da segurança do paciente para discussão dos dados.

Ao utilizar os procedimentos estatísticos, os pesquisadores têm a possibilidade de organizar, interpretar e transmitir as informações numéricas. A estatística descritiva é usada para descrever e sintetizar os dados. Um índice descritivo de uma amostra é uma estatística. Quando os índices são calculados a partir de dados de uma população são chamados de parâmetros. Geralmente as questões científicas referem-se a parâmetros. Comumente os pesquisadores estimam os parâmetros por meio do cálculo da estatística e empregam a estatística inferencial para tirar conclusões sobre a população (POLIT; BECK, 2011).

4 ASPÉCTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi orientada pela Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde, que apresenta as normas e diretrizes regulamentares dos processos investigativos envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). A coleta de dados iniciou-se somente após aprovação pela Direção Geral do Hospital Universitário e comitê de ética da UFSC (ANEXO 1). Os profissionais e pacientes que aceitaram participar da coleta de dados assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES B e C). A primeira via do TCLE foi entregue ao participante e a segunda via ficará em posse do pesquisador por cinco anos.

A utilização da MFS foi autorizada pela autora Janice M. Morse, por meio eletrônico (ANEXO 4), com a condição de que fossem seguidas todas as orientações, tais como não alterar nenhum item da escala original, não utilizar a escala em pacientes pediátricos e ainda manter disponível no local de realização da pesquisa uma cópia do livro *Preventing patient fall: Establishing a fall intervention program*, para sanar possíveis dúvidas dos profissionais que utilizaram a escala (MORSE, 2009; MORSE, 2013).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de dois manuscritos que, posteriormente, serão submetidos a periódicos científicos e um produto. Este procedimento atende às exigências do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, conforme Instrução Normativa 003/MPENF/2011.

O primeiro artigo refere-se à avaliação do risco de queda dos pacientes internados em um Serviço de Emergência Adulto e o segundo manuscrito discute a frequência e características das quedas ocorridas no Serviço de Emergência Adulto, respondendo aos objetivos do estudo. Ainda como produto do estudo está a inclusão da MFS e os cuidados de enfermagem para a prevenção das quedas no processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem informatizado do HU/UFSC.

5.1 MANUSCRITO 1 - AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NOS PACIENTES INTERNADOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO

Walendowsky, Ana Sílvia Sincero dos Reis¹
Salum, Nádia Chiodelli²
Locks, Melissa Orlandi Honório³

RESUMO

Pesquisa quantitativa, descritivo-exploratória com o objetivo de

¹ Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Assistencial do Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC).

² Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade. Docente do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem/UFSC, Membro do Grupo de pesquisa GIATE/UFSC, Coordenadora do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem/DE/HU/UFSC.

³ Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC e vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC. Coorientadora do trabalho. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisa da Pessoa Idosa (GESPI/UFSC), Santa Catarina, Brasil.

identificar o grau e os fatores relacionados a quedas presentes nos pacientes internados no Serviço de Emergência Adulto, por meio da aplicação da escala de risco de quedas de Morse. Foram avaliados 384 pacientes internados, no período de novembro a dezembro de 2013. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva. Os resultados do estudo apontam que, dos 384 pacientes avaliados, 190 (49,5%) apresentaram risco alto para quedas, 109 (28,4%) apresentam risco médio e 85 (22,1%) pacientes apresentaram risco baixo. Os fatores de risco predominantes foram: a presença de terapia intravenosa, diagnósticos secundários e alterações de marcha, o que vem alertar a equipe de enfermagem no que diz respeito à identificação precoce do risco de quedas, bem como o planejamento dos cuidados preventivos dispensados a esta clientela. Evidencia-se a necessidade de implantação protocolos de prevenção de quedas no serviço de emergência e a realização da avaliação do risco de quedas, diariamente, pelo enfermeiro, como uma ferramenta para garantir a segurança do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem. Acidentes por Quedas. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Descriptive-exploratory prospective type of quantitative research aiming at identifying the amount and the factors related to falls of patients hospitalized at the Adult Emergency Service, by means of using the Morse fall risk scale. 384 patients were assessed in the period from November to December 2013. The data was analyzed by means of descriptive statistics. The study results show that, from the 384 patients assessed, 190 (49,5%) offered high risk of falling, 109 (28,4%) offered medium risk of falling and 85 (22,1%) patients offered low risk or falling. The main risk factors were: the use of intravenous therapy, secondary diagnosis and affected gait, allowing the nursing staff to be alert about the early identification of falling risk as well as planning the preventive care provided to the patients. The need for implementation of fall prevention protocols on the emergency service is evident as well as a daily assessment of the fall risk promoted by nurses as a tool to ensure the patients safety.

Keywords: Nursing. Accidental falls. Patient safety.

RESUMEN

Investigación cuantitativa descriptivo-exploratorio con el objetivo de identificar el grado y los factores relacionados con las caídas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Emergencia de Adultos, por medio de la utilización de la escala de riesgo de caída Morse. 384 pacientes fueron evaluados en el período de noviembre a diciembre de 2013. Los datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva. Los resultados del estudio muestran que, de los 384 pacientes evaluados, 190 (49,5%) presentaron un alto riesgo de caer, 109 (28,4%) presentaron un riesgo medio de caída y 85 (22,1%) pacientes presentaron bajo riesgo o caer. Los principales factores de riesgo fueron: el uso de la terapia intravenosa, diagnóstico secundario y alteración de la marcha, que sirve de alerta a el personal de enfermería acerca de la identificación temprana del riesgo de la caída, así como la planificación de la atención preventiva prestada a los pacientes. La necesidad de la aplicación de los protocolos de prevención de caídas en el servicio de emergencia es evidente, así como una evaluación diaria del riesgo de caídas promovido por las enfermeras como una herramienta para asegurar la seguridad del paciente.

Descriptor: *Enfermería, Accidentes por caídas, Seguridad del paciente*

INTRODUÇÃO

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente, destaca-se entre os programas que buscam a melhoria da segurança do paciente. Entre 2008 e 2009, esta Aliança divulgou as novas soluções para segurança do paciente, as quais traduzem os conhecimentos científicos em soluções práticas para serem difundidas mundialmente. Dentre estas soluções estão a identificação do paciente; a comunicação durante a passagem de plantão e transferência do paciente; a realização de procedimento correto, no local correto; o controle de soluções concentradas de eletrólitos; a segurança na medicação nas transições de cuidado durante a passagem de plantão; conexões corretas entre cateteres e sondas e; a prevenção de quedas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O risco de ocorrência de eventos adversos no ambiente hospitalar é real e tem motivado os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, a desenvolverem estratégias de promoção da segurança da pessoa hospitalizada (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

As quedas, assim como outros eventos adversos que afetam a segurança do paciente que se encontra internado em uma unidade hospitalar, tornaram-se um desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência em saúde (PAIVA et al, 2010). Estas têm significativa predominância entre os fatores externos de lesões não intencionais em pacientes internados. Para esta pesquisa, considerou-se como queda os “eventos involuntários que fazem perder o equilíbrio chegando ao chão ou outra superfície firme para pará-lo”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, p. 1).

As quedas são consideradas a segunda causa de mortes acidentais ou não intencionais no mundo, calculando-se que ocorram cerca de 424.000 quedas fatais anualmente. Estima-se ainda que 37,3 milhões de pessoas necessitem de assistência médica quer sejam por quedas domiciliares ou de pacientes internados, ainda que não sejam fatais. Sendo assim, as quedas são consideradas um problema mundial de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Estudo realizado em um hospital privado da Cidade de São Paulo mostrou os acidentes por quedas como sendo o segundo evento adverso mais frequente (16,6%) notificado pela equipe de saúde, ficando atrás apenas dos eventos relacionados à sondagem nasointestinal (57,6%) (NASCIMENTO et al, 2008).

A pessoa internada no ambiente hospitalar encontra-se vulnerável a sofrer uma queda por apresentar condições agudas, sofrer com os efeitos colaterais das medicações, além do local desconhecido exacerbar comorbidades como a demência, a incontinência, problemas de equilíbrio, força, mobilidade e visão. Dessa maneira, prevenir as quedas é uma estratégia valiosa para a segurança do paciente no hospital, existindo vários recursos para identificar e reduzir os fatores de risco de queda (HEALEY et al, 2011).

Apesar de existirem múltiplas formas de promover a segurança do paciente, no contexto das quedas, a prevenção no meio hospitalar deverá ser iniciada por uma rigorosa avaliação individual do risco, no momento da admissão do paciente (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010). Dentre as estratégias está a utilização das escalas de avaliação para o risco de quedas, sendo este um importante instrumento para a detecção do risco e conseqüente prevenção das mesmas em ambientes

hospitalares. A Escala de Equilíbrio Funcional de Berg (EEFB), o Teste Timed Up & Go (TUG), o Índice de Marcha Dinâmico (IMD) e a Escala de queda de Morse – *Morse Fall Scale (MFS)*, são exemplos de escalas que avaliam e predizem o risco de quedas que o paciente está exposto (RODINI et al, 2008; MORSE, 2009).

Para este estudo optou-se pela utilização da MFS traduzida e validada para a Língua Portuguesa, para a avaliação do risco de quedas, pois esta se destaca pela rapidez e facilidade de aplicação. A mesma é composta por seis variáveis sendo elas: histórico de quedas; diagnóstico secundário; auxílio na deambulação; terapia endovenosa/acesso endovenoso salinizado ou heparinizado; marcha e; estado mental. Cada variável é pontuada e ao final da avaliação somam-se os valores, indicando o risco de queda a que o paciente está exposto. Para tanto é utilizado um escore que varia de 0 a 125 pontos que pode indicar: risco baixo (0-24), risco médio (25-44) e risco alto (45-125) (MORSE, 2009).

A taxa de quedas é um indicador da qualidade da assistência prestada. Sendo assim, a enfermagem deve voltar seu olhar para estes eventos, pois a não realização de um diagnóstico de risco de quedas e consequente implantação de cuidados preventivos pode ser entendido como negligência profissional (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

A ideia de que o ambiente hospitalar pode trazer dano ao paciente, entre eles as quedas, pode se tornar particularmente verdadeira para os cuidados prestados nos Serviços de Emergência, uma vez que estes são considerados ambientes propensos à ocorrência de incidentes, influenciados pelo ambiente, muitas vezes caótico de trabalho, alta rotatividade de pacientes, várias transições no atendimento e superlotação (JEPSON et al, 2014).

A grande demanda de pacientes com alterações de conduta, que exigem cuidados críticos e em condições agudas de saúde, além de idosos, demonstra o potencial risco de queda existente no serviço de emergência. Os fatores ambientais também podem colaborar para o aumento do risco de queda dos pacientes internados, podendo o sucateamento dos equipamentos, ser considerado fator contribuinte para a ocorrência de quedas.

Considerando o exposto, este estudo tem por objetivo identificar o grau e os fatores de risco relacionados a quedas ocorridas com os pacientes internados no Serviço de Emergência Adulto.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo-exploratório, desenvolvido no Serviço de Emergência Adulto de um hospital universitário público do Sul do Brasil, cuja coleta de dados ocorreu no período de 11 de novembro a 20 de dezembro de 2013. Neste período foram realizados 10.856 atendimentos no Serviço de Emergência, sendo que destes 975 foram submetidos à internação hospitalar e os demais foram atendidos e dispensados (UNIVERSIDADE..., 2014; 2014a).

Foram considerados sujeitos deste estudo todos os pacientes internados na unidade referida no momento da coleta de dados. Como critério de inclusão definiu-se: pacientes de ambos os sexos, independente de seu diagnóstico ou idade, internados a menos de 12 horas no Serviço de Emergência Adulto. A escolha por este critério de tempo deu-se pelo fato de que a MFS tem indicação de ser aplicada no momento da admissão e diariamente, enquanto estiver no ambiente hospitalar ou ainda a cada alteração das condições clínicas do paciente (MORSE, 2009), para que possam ser previstos os cuidados preventivos. Nesse sentido, pacientes internados há mais de 12 horas impossibilitariam a dinâmica de reavaliação das situações e riscos. Foram excluídos do estudo os pacientes que estavam desorientados e sem acompanhante, uma vez que não teriam capacidade cognitiva para consentir a realização da pesquisa.

Constituiu-se em uma amostra aleatória de livre demanda de internação dos pacientes que procuraram o serviço. Para o cálculo da amostra levou-se em consideração o número de pacientes internados no Serviço de Emergência Adulto no período de Janeiro a Dezembro de 2012, conforme dados do Boletim Estatístico de Movimentação Hospitalar da instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2013). Foi identificado que, no ano de 2012, a emergência teve 3.880 pacientes internados. Assim, para fins de cálculo amostral representativo, considerou-se este quantitativo (3.880) e um nível de confiança de 95% e perda amostral de 10% para a definição dos sujeitos do estudo. O número da amostra (N) foi encontrado após cálculo realizado no sistema SestatNET, chegando-se à amostra de N=384 sujeitos (NASSAR et al, 2013).

A coleta de dados foi realizada através da aplicação da MFS junto ao paciente, nas primeiras 12 horas de internação do mesmo. Para o desenvolvimento desta investigação, foi solicitada a permissão para a utilização da MFS à autora Janice M. Morse, por meio eletrônico, sendo seguidas todas as recomendações e exigências realizadas pela mesma. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva simples,

sustentada pelas publicações da literatura nacional e internacional, além do referencial para a segurança do paciente na discussão dos dados apresentados.

A pesquisa foi orientada pela Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012). A coleta de dados teve início somente após aprovação pela instituição e CEP/UFSC, sob o parecer nº 453.114 de 11 de novembro de 2013. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e uma via com o participante.

RESULTADOS

O resultado do estudo apontou que dos 384 pacientes avaliados, 190 (49,5%) apresentaram risco alto para quedas, 109 (28,4%) apresentam risco médio e 85 (22,1%) pacientes apresentaram risco baixo, de acordo com a MFS.

Em relação à variável Histórico de Queda, 95 pacientes (24,7%) já haviam sofrido quedas nos últimos três meses, enquanto 289 (75,3%) não apresentaram este fator de risco.

A presença da variável Diagnóstico Secundário foi observada em 64,8% dos pacientes, ou seja, 249 sujeitos apresentaram um ou mais diagnósticos, além do motivo da internação, confirmado por registro no prontuário.

No que se refere ao Auxílio na Deambulação, 39 pacientes (10,1%) apresentaram este fator de risco, sendo que destes, 20 (5,2%) utilizavam cadeira de roda, bengala ou andador e 19 (4,9%) buscavam apoio no mobiliário.

A Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado foi o fator de risco mais predominante entre os sujeitos do estudo, estando presente em 329 (85,7%) sujeitos da pesquisa.

Quando avaliada a Marcha, 165 pacientes (43%) apresentavam algum tipo de alteração, sendo que 104 (27,1%) apresentavam marcha fraca e 61 (15,9%) apresentavam marcha prejudicada.

Na avaliação do estado mental 57 pacientes (14,8%) esqueciam suas limitações ou superestimavam suas capacidades relacionadas à deambulação.

Observa-se, assim, que os principais fatores de risco de quedas no serviço de emergência constituem-se pela presença de mais de uma comorbidade (64,8%), marcha alterada (43%), associadas ao uso de

dispositivo de terapia endovenosa (85%).

DISCUSSÃO

Apesar do estudo em questão apontar que o setor de emergência apresenta um elevado número de pacientes com risco alto de quedas (49,5%), pesquisas similares indicam que as quedas ocorrem com maior frequência em unidades de clínica médica, neurologia e oncologia, onde os pacientes permanecem internados por períodos mais longos e exigem maior complexidade na assistência, além desses setores assistirem grande número de pacientes idosos (PAIVA et al, 2010; CORREA et al, 2012). Estudo realizado por Rocha et al (2013) em um hospital universitário, o qual utilizou a MFS para a avaliação de quedas de pacientes adultos internados em unidades de internação clínica e cirúrgica, mostrou que 45,2% dos pacientes apresentaram risco elevado para quedas.

Comparativamente, o presente estudo mostra uma porcentagem maior de pacientes com risco elevado de quedas, podendo tal diferença ser atribuída às características de atendimento da unidade de emergência e à peculiaridade da clientela que atende, pois o serviço recebe, de modo geral grande quantidade de pacientes idosos, casos de intoxicações, pacientes com múltiplas comorbidades. Este elevado número de pacientes com alto risco para quedas também pode ser atribuído às especificidades que esta unidade possui, uma vez que o setor de emergência concentra grande número de pacientes suscetíveis a quedas pela complexidade do quadro clínico, das condições de atendimento em cadeiras, macas, corredores, pela espera de vagas em leitos nas unidades de internação, entre outros fatores contribuintes. Além disso, por atender demanda espontânea, o número de pacientes pode variar significativamente, sendo o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem fixo, gerando sobrecarga de trabalho (OHARA; MELO; LAUS, 2010; JEPSON, et al, 2014).

Nesse contexto, observa-se que as quedas dos pacientes hospitalizados na emergência podem ocorrer por deficiências de infraestrutura, de pessoal, de padronização ou protocolos para a avaliação do risco de quedas e por características próprias dos pacientes/tratamento.

A sobrecarga de trabalho é apontada em estudo como um dos fatores de risco para a ocorrência de erros que implicarão negativamente na qualidade da assistência e na segurança do paciente (OHARA;

MELO; LAUS, 2010).

O fato de a Instituição não dispor de protocolo padronizado para avaliação e prevenção de quedas dificulta o planejamento da assistência pelo enfermeiro, gerando multiplicidade de informações e indicações de cuidado, bem como a não identificação dos riscos existentes. Com o objetivo de reduzir a ocorrência de queda de pacientes nas instituições de saúde, foi lançado o Protocolo de Prevenção de Quedas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Fundação Fiocruz. Este protocolo tem a finalidade de

reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. (BRASIL, 2013, p.1).

O referido protocolo não adota nenhuma escala específica para a avaliação do risco de queda, porém, reconhece a importância da utilização deste recurso na prevenção de quedas no ambiente hospitalar (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, identificou-se que na instituição estudada não se tem ainda implantado protocolos de cuidados que garantam a prevenção do risco de quedas. O que existe são iniciativas do Comitê de Segurança do Paciente da instituição que implantou a notificação de eventos adversos e com base nessas notificações são avaliadas pelo enfermeiro responsável e adotado as devidas medidas de segurança e estratégias de prevenção. Assim, o enfermeiro assume posição importante na prevenção de quedas, uma vez que desenvolve diariamente o planejamento e a avaliação das ações de cuidado a cada paciente, podendo tanto identificar o risco de quedas, como atuar de maneira preventiva para minimizar estes eventos.

Pacientes com histórico de quedas anteriores apresentam uma maior probabilidade de cair novamente ao realizar atividade semelhante a que o fez cair anteriormente. Considerando esta afirmativa, o enfermeiro possuindo informações relativas às quedas anteriores pode implementar medidas de prevenção para quedas recorrentes (MORSE, 2009). Em estudo realizado por Costa-Dias et al (2013) com pacientes

adultos internados em cinco unidades de internação de pacientes agudos e uma unidade de internação de pacientes com doenças crônicas, observou-se que 22% dos participantes sofreram quedas recorrentes e os pacientes que foram avaliados com risco alto pela MFS sofreram cinco vezes mais quedas recorrentes, corroborando com os dados deste estudo que identificou 24,7% dos paciente internados havia sofrido pelo menos uma queda nos últimos três meses.

Dentre os possíveis fatores relacionados à ocorrência das quedas, a utilização de dispositivos endovenosos para hidratação e medicação, nesta pesquisa, foi o fator de maior relevância, constituindo-se em 85,7% dos casos. O paciente em uso de fluidoterapia dirige atenção especial ao dispositivo e isto pode fazer com que se distraia no momento da mobilização/deambulação, colocando-o em condição de risco para quedas (URBANETTO et al, 2013).

Outro fator que contribui para um maior risco encontrado em pacientes com uso de dispositivos intravenosos está no fato de que a terapia endovenosa muitas vezes está associada à polifarmácia, podendo esta associação aumentar o risco para quedas devido aos efeitos de medicamentos, tais como: o ácido valpróico, levetiracetam, estazolam, haloperidol, tramadol, furosemida, metformina, entre outros, que estão comprovadamente relacionados ao risco de quedas e quedas recorrentes, sendo denominados, potenciadores de quedas. Estas medicações podem levar o paciente a apresentar sintomas que acentuam o risco para quedas como: sonolência no caso dos psicofármacos, urgência urinária causada por diuréticos e ainda hipoglicemia relacionada ao uso dos hipoglicemiantes (COSTA-DIAS et al, 2013). Os pacientes medicados com psicofármacos e/ou analgésicos estupefacientes e/ou que utilizam cinco ou mais fármacos associados ao risco de quedas são os mais susceptíveis a sofrerem quedas recorrentes (COSTA-DIAS et al, 2013). Observa-se que as drogas associadas ao risco de quedas são amplamente utilizadas nos serviços de emergência.

No que se refere a este aspecto, os enfermeiros devem ser capacitados para identificação dos pacientes em uso destas drogas, uma vez que ao realizar o aprazamento destas medicações, possam evitar as interações medicamentosas e, de certa forma, prevenir a ocorrência de quedas.

Outro fator de risco que está diretamente ligado à polifarmácia é o Diagnóstico secundário, o qual foi apresentado neste estudo por 64,8% pacientes, sendo o segundo mais prevalente, concordando com o encontrado em outros estudos que relacionam as enfermidades

associadas ao maior número de quedas (GUIMARÃES; FIRANATTI, 2005; COSTA et al, 2011). O serviço de emergência, local deste estudo, tem como característica prestar atendimento a uma grande demanda de pacientes idosos com múltiplas comorbidades e, nesse sentido, corrobora a maior propensão para quedas.

A associação entre o ambiente hospitalar e o aumento do risco de quedas ocorre, muitas vezes, pelo fato de que, na admissão, os idosos acumulam fatores de risco adicionais para quedas. Estes incluem o ambiente novo e estranho, no qual são pouco conhecidos os fatores de risco externos para quedas e, frequentemente, o desenvolvimento de confusões e doenças agudas (KANNUS, 2006).

Observa-se que aproximadamente 10% dos pacientes do presente estudo responderam que necessitavam de auxílio na deambulação, quando questionados de que maneira se locomoviam pelo setor. Porém, quando avaliados pelo enfermeiro no item Marcha da MFS, 43% dos pacientes apresentavam algum tipo de alteração de marcha (sendo ela fraca ou comprometida). Estas informações evidenciam que é importante o enfermeiro direcionar maior atenção na avaliação inicial do paciente quanto a esta variável, pois algumas vezes este aspecto é subnotificado ou não avaliado adequadamente, uma vez que apenas a minoria dos pacientes assume a necessidade de auxílio para deambular. Reconhece-se a importância deste aspecto para que a equipe possa dispensar assistência adequada a esses pacientes impedindo futuras quedas.

Pela característica de cuidados em condições agudas de saúde, em uma unidade de emergência, os pacientes passam por períodos de incapacidade de locomoção transitórios, ou seja, pacientes antes independentes para o autocuidado tornam-se temporariamente dependentes da equipe de enfermagem para se locomover. Neste momento, a orientação e auxílio imediato da equipe de enfermagem são essenciais para que o paciente não tente se levantar e deambular sozinho, expondo-se ao risco de queda (COSTA et al, 2011).

A alteração do estado mental também foi apontada em outras pesquisas como fator de risco para quedas (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010; COSTA, et al, 2011; LUZIA; VITOR; LUCENA; 2014). No presente estudo, 14,8% dos pacientes apresentavam superestima de capacidades ou esquecimento de limitações. A condição neurológica apresentada pelo paciente durante o período de internação foi identificada por meio dos registros no prontuário e/ou observação. Entende-se por superestima ou esquecimento de limitações, a situação

em que o paciente é questionado quanto a sua necessidade de ajuda para ir ao banheiro sem auxílio e sua resposta é inconsistente ou não condiz com sua realidade (MORSE, 2009).

Doenças agudas, uso de sedativos, benzodiazepínicos e anti-inflamatórios, além de idade avançada podem causar alteração do estado mental em pacientes hospitalizados (PESSOA; NÁCUL, 2006). Observa-se que os pacientes internados no serviço de emergência estão sujeitos a alteração de comportamento por suas condições clínicas agudizadas e uso de medicamentos, além de ambiente desconhecido, sendo estas, muitas vezes, são as causas de pacientes tentarem sair do leito e sofrerem quedas. Vale salientar que o risco de quedas se eleva, à medida que aumenta a coexistência destes fatores (KANNUS; KHAN; LORD, 2006).

A utilização de escala de avaliação para o risco de quedas, adequada ao perfil dos pacientes da instituição, é uma exigência do Protocolo de Prevenção de Quedas. A utilização da MFS viabilizou a avaliação de pacientes internados no serviço de emergência, pois é de simples compreensão e de aplicação rápida, podendo ser usada na admissão do paciente e diariamente, como é preconizado tanto pelo protocolo de prevenção de quedas do Ministério da Saúde como pela autora da escala (MORSE, 2009; BRASIL, 2013).

Outro aspecto importante a ser considerado diz respeito ao elevado número de pacientes internados no serviço de emergência com risco de quedas alto e médio. Isso implica em adoção de estratégias de prevenção como a utilização da avaliação do paciente para o risco de quedas e a prescrição de ações individuais ou coletivas para minimizar ou excluir os fatores de risco para quedas.

CONCLUSÃO

A aplicação da MFS possibilitou traçar um panorama dos fatores relacionados à queda nos pacientes que procuram o serviço de emergência da instituição, além de identificar um elevado risco para quedas. Dentre os fatores de risco mais encontrados estão a terapia endovenosa, o diagnóstico secundário e a marcha, o que vem trazer um alerta para a equipe de enfermagem no que diz respeito à identificação precoce do risco de quedas, bem como o planejamento dos cuidados preventivos dispensados a esta clientela.

O estudo mostrou a necessidade de realização da avaliação do risco de quedas diariamente pelo enfermeiro, corroborando a

necessidade de que estas anotações sejam evidenciadas no prontuário do paciente para que toda a equipe possa estar ciente do grau de risco daquele paciente.

Nesse sentido, a pesquisa trouxe importantes contribuições, uma vez que, proporcionou a construção de uma proposta de implantação da MFS no sistema informatizado de Sistematização da Assistência de Enfermagem da instituição. Esta proposta será incluída na evolução do paciente e os cuidados de enfermagem para a prevenção de quedas serão incluídos na prescrição de enfermagem realizada pelo enfermeiro, de acordo com o risco que o paciente está sujeito.

A existência de poucos estudos publicados sobre quedas em serviços de emergência dificultou a comparação com outros casos e evidenciou a importância de pesquisas sobre o tema. Comprova-se a necessidade de implantação de protocolos de prevenção de quedas no serviço de emergência e a realização da avaliação do risco de quedas diariamente pelo enfermeiro como uma ferramenta para garantir um cuidado seguro.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. R. de; ABREU, C. da C. F. de; MENDES, A. M. de O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 2, p. 163-172, dez. 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução número 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fiocruz. **Anexo 01: protocolo prevenção de quedas**. Brasília, DF, 2013b.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2015.

HEALEY, F. et al. *Essencial care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency*. **BMJ**, Londres, v. 342, n. 329, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d329.full?eaf>>. Acesso em: 10 an. 2013.

COSTA, S. G. R. F. da et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 676-681, dez. 2011.

COSTA-DIAS, M. J. M. da et al. Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 9, p. 105-114, mar. 2013.

GUIMARÃES, J. M. N.; FARINATTI, P. de T. V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 11, n. 5, p. 299-305, set/out. 2005.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Serviço de prontuário do paciente: seção de arquivo e estatística. **Boletim estatístico de movimentação hospitalar**. Jul. 2013.

JEPSON, Z. K. et al. *Emergency department patient safety incident characterization: an observational analysis of the findings of a standardized peer review process*. **BMC Emergency Medicine**, Londres, v. 14, n. 20, p. 1-7, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-227X-14-20.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

KANNUS, P.; KHAN, K. M.; LORD, S. R. *Preventing falls among elderly people in the hospital environment*. **MJA**. Sidney, v. 184, n. 8, p. 372-373, aug. 2006.

LUZIA, M. de F.; VICTOR, M. A. de G.; LUCENA, A. de F. Diagnóstico de enfermagem risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2014.

MORSE, J. M. *Preventing patient falls: establishing a fall intervention*

program. 2. ed. New York: Springer Pub. Co., 2009. (E-book).

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, ago. 2008.

NASSAR, S. M. et al. **SEstatNet**: sistema especialista para o ensino de estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestatnet.ufsc.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

OHARA, R.; MELO, M. R. A. da C.; LAUS, A. M.. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 749-754, out. 2010.

PAIVA, M. C. M. da S. de et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 134-138, mar. 2010.

PESSOA, R. F.; NACUL, F. E. *Delirium* em pacientes críticos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 190-195, jun. 2006.

ROCHA, H. B. da et al. Avaliação do risco de quedas em adultos hospitalizados conforme a Morse Fall Scale traduzida para a língua portuguesa. **Revista da Graduação**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/13763>>. Acesso em: 28 out. 2014.

RODINI, C. et al. Estudo comparativo entre a escala de equilíbrio de berg, o teste de timed Up & Go e o índice de marcha dinâmico quando aplicadas em idosos hígidos. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 267-268, dez. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Univesitário. Núcleo de Processamento de dados. **Distribuição de pacientes internos**. Intervalo de Tempo: 11-11-2013 a 11-02-2014. Ago. 2014.

_____. Hospital Universitário. Divisão de informática do HU. **Atendimentos na emergência por setor e turno**. Intervalo de Tempo:

11-11-2013 a 11-02-2014. Ago. 2014a.

URBANETTO, J. de S. et al. *Morse Fall Scale*: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, jun. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World alliance for patient safety: forward programme 2008-2009*. Geneva, 2008, 50 p. Disponível em:

<http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2013.

_____. *Media centre: falls: fact sheet n° 344*. Out. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>>. Acesso em: 21 ago. 2014

5.2 MANUSCRITO 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS QUEDAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO

Walendowsky, Ana Sílvia Sincero dos Reis⁴
Salum, Nádia Chiodelli⁵
Locks, Melissa Orlandi Honório⁶

RESUMO

Pesquisa quantitativa do tipo exploratório-descritiva com o objetivo de identificar e caracterizar a ocorrência de quedas em pacientes internados

⁴ Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira Assistencial do Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC).

⁵ Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade. Docente do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem/UFSC, Membro do Grupo de pesquisa GIATE/UFSC, Coordenadora do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem/DE/HU/UFSC.

⁶ Enfermeira Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC e vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC. Coorientadora do trabalho. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisa da Pessoa Idosa (GESPI/UFSC), Santa Catarina, Brasil.

em um Serviço de Emergência Adulto. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2013 a fevereiro de 2014, por meio da aplicação de um instrumento próprio de notificação. A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva simples. Como resultado, foram notificadas 15 ocorrências de quedas no período da coleta. As quedas predominaram nos pacientes do sexo masculino, com média de idade de 49,2 anos, internados em macas no corredor ou cadeiras (80%), orientados (73%), semidependentes para o cuidado (67%), com algum tipo de dispositivo terapêutico. No momento da queda a maioria dos pacientes (67%) encontrava-se deambulando ou em pé. As quedas foram igualmente frequentes nos períodos da tarde e noite, 13% causaram lesões, tendo como consequência hematomas e ferimentos cortocontusos. Evidencia-se que a notificação adequada das quedas é uma importante estratégia para conhecer as causas destes eventos e possibilita a implementação de medidas preventivas, colaborando para a melhoria da segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Enfermagem. Acidentes por Quedas. Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Exploratory-descriptive type of quantitative research aiming to identify and characterize the occurrence of falls in inpatients at an Adult Emergency Service. The data collection occurred in the period from November 2013 to February 2014, by using it's own notification tool. The data analysis was accomplished by using simple descriptive statistics. As a result, 15 fall occurrences were notified throughout the collection period. Falls were predominant in male patients, average age of 49,2 years old, disposed in gurneys placed in the corridor or in seats (80%), oriented (73%), semi dependent for care (67%) and with some kind of therapeutical device. By the moment of the fall most of the patients (67%) were either walking or standing. Falls were equally frequent in both afternoon and night periods. 13% of them caused injuries, resulting in hematoma and cut-contusion wounds. It is evidenced that the adequate reporting of falls is an important strategy to acknowledge the causes of such events and allows the implementation of preventive actions, improving the patients safety at hospital environment.

Keywords: Nursing. Accidental falls. Patient safety.

RESUMEN

Investigación cuantitativa de tipo exploratório-descriptivo con el objetivo de identificar y caracterizar la ocurrencia de caídas en pacientes hospitalizados en un Servicio de Emergencias de Adultos. La recolección de datos ocurrió en el período comprendido entre noviembre 2013-febrero 2014, mediante el uso de instrumento de notificación propio. El análisis de los datos se realizó mediante el uso de las estadísticas descriptivas simples. Como resultado, 15 ocurrencias de la caída fueron notificados en todo el período de recolección. Las caídas predominaron en hombres, la edad media de 49,2 años, dispuestos en camillas en el pasillo o en sillones (80%), orientado (73%), semi-dependientes para el cuidado (67%) y con algún tipo de dispositivo terapéutico. En el momento de la caída la mayoría de los pacientes (67%) estaban caminando o de pie. Las caídas fueron igualmente frecuentes en los dos períodos de la tarde y la noche. 13% de ellos causó las lesiones, lo que resulta en hematoma y heridas de corte contusión. Se evidencia que la notificación adecuada de cataratas es una estrategia importante para reconocer las causas de este tipo de eventos y permite la realización de acciones preventivas, la mejora de la seguridad del paciente en ambiente hospitalario.

Descriptor: *Enfermería. Accidentes por Caídas. Seguridad del Paciente.*

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico dentro das instituições hospitalares e a prática clínica têm demonstrado que no ambiente hospitalar encontram-se riscos que ameaçam não apenas a integridade física, como também psicológica dos pacientes, derrubando assim, a ideia de que o hospital é um local seguro na prestação da assistência à saúde (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

O número de mortes evitáveis e lesões causadas pelos serviços de saúde são atualmente motivo de preocupação global. Neste contexto, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, serviu como guia para incentivar e facilitar o desenvolvimento de iniciativas para a melhoria do cuidado em saúde, visando à segurança do paciente, pelos países

membros (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2008).

Nesse sentido, a OMS define segurança do paciente como sendo a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2009, p. 15). Esta mesma classificação define dano como:

prejuízo da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo. Inclui doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte, e pode assim, ser física, social ou psicológica. (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2009, p. 16).

Estudos apontam a ocorrência de altos índices de eventos adversos (EA) em hospitais, sendo que parte destes eventos foi considerada evitável (MENDES et al, 2013; PARANAGUÁ, 2013). Entende-se como evento adverso “Incidente que resulta em dano ao paciente” (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2009, p. 16).

Com o objetivo de “instituir ações para promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde”, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária por meio da RDC nº 36/2013 determinam que o monitoramento dos incidentes e eventos adversos seja realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente das instituições de saúde. (BRASIL, 2013, p. 1; 2013b). A notificação destes eventos deve ser realizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente até o 15º dia do mês subsequente ao mês de vigência, por meio de ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA (BRASIL, 2013). Portanto, para que seja possível esta notificação é importante que as instituições criem formulários próprios para que a equipe de saúde possa comunicar ao Núcleo de Segurança do Paciente a ocorrência destes eventos.

Nesse sentido, realizar a notificação de quedas também possibilita planejar medidas de intervenção tanto para os pacientes, quanto para o processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de enfermagem voltada para a segurança do paciente (OLIVA et al, 2014).

As quedas estão entre os eventos adversos que comprometem a segurança do paciente no ambiente hospitalar e são entendidas como um desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência na área da saúde. Podem gerar consequências físicas como traumas teciduais, retirada ou desconexão de dispositivos, piora das condições clínicas e óbito, além de consequências emocionais (medo de cair novamente e a

falta de confiança na equipe de saúde), podendo levar a um aumento do período de internação e custo do tratamento (PAIVA, 2010; COSTA et al, 2011). Existem algumas definições para quedas, sendo considerado para este estudo o conceito da OMS, que entende quedas como “eventos involuntários que fazem perder o equilíbrio chegando ao chão ou outra superfície firme para pará-lo”. (WORLD HELTH ORGANIZATION, 2012, p. 1).

São estimadas cerca de um milhão de quedas hospitalares por ano nos Estados Unidos e a maioria dos países desenvolvidos apresentam números semelhantes (HEALEY et al, 2011). Em hospitais de cuidados agudos, hospitais comunitários e unidades de saúde mental da Inglaterra e País de Gales, foram registrados cerca de 280.000 quedas de pacientes por ano. No entanto, acredita-se que estes números sejam ainda maiores devido à subnotificação destes eventos adversos (HALEY et al, 2011). No Brasil, foram notificadas 66.409 quedas no período de agosto a outubro de 2011, onde destas, 1.156 ocorreram do leito e 45.381 foram quedas da própria altura (BRASIL, 2011).

Dentro da concepção hospitalar, o serviço de emergência é considerado local de potencial risco de quedas pelo grande número de pacientes com alteração de conduta, em situações agudas e críticas de saúde, além das condições ambientais, internação de pacientes em macas no corredor, equipamentos sucateados e sobrecarga de trabalho da equipe pela superlotação habitual (OHARA; MELO; LAUS, 2010; JEPSON et al, 2014).

A equipe de enfermagem, dentro deste cenário, tem como responsabilidade promover a segurança do paciente enquanto internado na instituição hospitalar e implantar mecanismos de prevenção de eventos adversos. Para isso, deve desenvolver maneiras de facilitar a comunicação destes eventos e a captação das informações necessárias, sendo os boletins de notificação de eventos adversos importantes ferramentas de alerta e informação para o gerenciamento da assistência de enfermagem e consequente melhoria da segurança do paciente (PAIVA et al, 2010).

O Protocolo de Prevenção de Quedas desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) em 2013, em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Fiocruz, recomendam em casos da ocorrência de queda, que esta seja notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para evitar possíveis danos causados por este evento (BRASIL, 2013a).

Observando a relevância das quedas no ambiente hospitalar, este

estudo objetivou identificar e caracterizar a ocorrência de quedas em pacientes internados em um serviço de emergência adulto.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo exploratório-descritivo, desenvolvido no Serviço de Emergência Adulto de um hospital universitário público do Sul do Brasil, realizado entre 11 de novembro de 2013 e 11 de fevereiro de 2014.

A estrutura física do serviço é composta de dois ambientes: o Serviço de Emergência Interna (SEI) e o Repouso. O SEI dispõe de macas no corredor para acomodação de pacientes em observação ou pacientes que estão internados e aguardam leitos nas Unidades de Internação. O serviço de emergência dispõe de 13 macas, porém esse número pode ser aumentado, de acordo com a demanda do serviço. No Repouso acomodam-se apenas pacientes internados que aguardam vagas nas unidades de internação. O tempo de permanência no repouso é variável, podendo incluir horas ou dias. São 13 leitos, sendo um destinado a isolamento.

No período do desenvolvimento do estudo foram realizados 10.856 atendimentos no Serviço de Emergência, sendo que destes 975, foram submetidos à internação hospitalar (UNIVERSIDADE..., 2014, 2014a).

Foram considerados sujeitos deste estudo todos os pacientes atendidos no serviço de emergência adulto (SEI e Repouso), no período da coleta de dados, independentemente da idade, sexo e diagnóstico de internação e, que sofreram pelo menos uma queda durante o período em que estavam em observação ou internados na unidade.

A coleta dos dados foi desenvolvida por meio da notificação das quedas realizada pelos enfermeiros assistenciais em formulário específico, previamente desenvolvido pelo pesquisador e validado pelos próprios enfermeiros do serviço de emergência. Para tanto, estes foram capacitados individualmente durante seu turno de trabalho. O instrumento consta das variáveis: data da ocorrência da queda, sexo, idade, local de internação na emergência, estado mental, motivo da internação, grau de dependência, acomodação do paciente no momento da queda, presença de acompanhante, alteração dos órgãos do sentido, presença de dispositivos, turno de ocorrência da queda, fatores de risco apresentados pelo paciente no momento da queda, presença de lesão pós-queda, local da lesão e conduta adotada.

A organização dos dados foi realizada em planilha do Microsoft Excel 2010[®] e a análise realizada por estatística descritiva simples, sustentada pelas publicações da literatura nacional e internacional, bem como do referencial para a segurança do paciente na discussão dos dados apresentados.

A pesquisa foi orientada pela Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), com aprovação da instituição e CEP/UFSC, sob o parecer nº 453.114 de 11 de novembro de 2013. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e uma via com o participante.

RESULTADOS

No período de desenvolvimento do estudo, foram notificadas 15 quedas no Serviço de Emergência Adulto, dentre os 10.856 pacientes atendidos no SEI e no Repouso, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das quedas sofridas pelos pacientes atendidos no serviço de emergência no período de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014. Florianópolis/SC

Variáveis do instrumento de notificação	Distribuição em Categorias	Nº de Pacientes	%
Sexo	M	11	73
	F	4	27
Estado Mental	Orientado	11	73
	Desorientado	4	27
Grau de Dependência	Independente	3	20
	Semi-dependente	10	67
	Dependente	2	13

Continua

			Continuação
Acomodação do paciente no momento da queda	Maca com grade elevada	3	20
	Cadeira Fixa	1	7
	Cadeira de Rodas	1	7
	Em pé ou Deambulando	10	67
Presença de acompanhante	Sim	7	47
	Não	8	53
Alteração de órgãos do sentido	Sim	2	13
	Não	13	87
Presença de Dispositivos	Sim	12	80
	Não	3	20
Turno de ocorrência da queda	Manhã	3	20
	Tarde	6	40
	Noite	6	40
Fatores de risco	Histórico de quedas	1	7
	Diagnósticos Secundários	10	67
	Auxílio na Marcha	8	53
	Marcha fraca/prejudicada	10	67
Local das lesões	Membros Superiores	2	13
	Membros Inferiores		
	Abdome		
	Tórax		
	Cabeça	1	7

Fonte: Instrumento de notificação (2014).

Tabela 2 – Consequências decorrentes das quedas em pacientes atendidos no serviço de emergência no período de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014. Florianópolis/SC

Consequência da queda	Nº	(%)
Hematoma	2	13
Ferimento corto-contuso	2	13
Fratura	0	0
TCE	1	7
Sem danos	13	87

Fonte: Instrumento de notificação (2014).

Quanto às condutas adotadas pela equipe de saúde, diante das quedas dos pacientes, oito (53%) das quedas foram registradas no prontuário do paciente e em igual porcentagem foi realizado exame físico. Em dois (13%) casos houve necessidade de realização de curativos.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos diagnósticos nos pacientes que sofreram quedas.

Tabela 3 - Distribuição dos diagnósticos apresentados pelos pacientes que sofreram quedas no serviço de emergência no período de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014. Florianópolis/SC.

Diagnóstico	Nº de pacientes com o diagnóstico	%
Queimadura	1	7
Intoxicação Exógena	3	20
ICC	2	13
DM	1	7
IRC	1	7
Obesidade	1	7
Encefalite Autoimune	1	7
Síndrome Medular por Compressão	1	7
Hiperesplenismo	1	7

Continua

	Continuação	
Esplenomegalia	1	7
Neoplasia de Cólon	1	7
Anemia	1	7
Endocardite	1	7
Encefalopatia Hepática	1	7
HDA	1	7
Síndrome Consuptiva	1	7
Diagnóstico não definido	2	13

Fonte: Instrumento de notificação (2014).

DISCUSSÃO

O hospital conta com o Comitê de Segurança do Paciente (COSEP), criado em outubro de 2010, com o objetivo de desenvolver ações voltadas para a construção de uma cultura de segurança dos pacientes por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas que garantam a qualidade do processo assistencial. O comitê é constituído por profissionais das diferentes áreas, como enfermeiros, médicos, farmacêuticos, administradores e professores universitários da área da saúde. (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2010; 2012). O Núcleo de Segurança do Paciente também foi instituído no hospital no ano de 2014 e conta com um enfermeiro responsável pelas ações de melhoria de segurança do paciente, como a investigação dos eventos adversos notificados no atual formulário institucional.

Atendendo à normatização da RDC nº 36/2013, que determina a obrigatoriedade de notificação dos eventos adversos ocorridos nas instituições de saúde, no hospital em que aconteceu o estudo, a notificação dos eventos adversos, incluindo as quedas, é realizada por meio de formulário geral de notificações de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes, criado pelo Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar da instituição (NUVISAH) (UNIVERSIDADE..., 2014b).

Em boletim informativo de notificações de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes do primeiro semestre de 2014, divulgado pelo Núcleo em questão, apenas cinco notificações de quedas em todo o hospital (UNIVERSIDADE..., 2014b). Estes dados pressupõem que haja subnotificação dessa ocorrência, visto que no presente estudo, em três meses, ocorreram 15 quedas apenas no serviço de emergência, indicando que os profissionais não possuem o hábito ou desconhecem a

importância da notificação, ou ainda, tem medo de uma cultura punitiva ao erro.

O profissional de saúde muitas vezes sente-se desestimulado a transmitir as informações sobre a existência de eventos adversos, temendo represálias, punição e responsabilização legal pelo incidente, omitem e ocultam as mesmas, ou, quando identificados, buscam livrar-se logo do encargo que, não raro, cria uma cadeia de censuras que em nada contribui para o entendimento do que houve e para a solução do problema (CLARO et al, 2011). O entendimento de que sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se tornem EA, possibilita à organização hospitalar rever os seus processos e reforçar suas barreiras de defesa.

O motivo pelo qual os sistemas de notificação de incidentes existem é a oportunidade de aprendizagem a partir das experiências. Estes sistemas são utilizados para promoção da cultura de segurança do paciente e para definir o perfil de risco da instituição de saúde. No caso de ocorrência de queda esta deve ser notificada para que seja possível a avaliação destes eventos, identificando os fatores contribuintes, permitindo, assim, a reestruturação do processo de cuidado tornando-o mais seguro (BRASIL, 2013a; OLIVA et al, 2014).

No presente estudo, os pacientes do sexo masculino representaram 73% dos pacientes que sofreram quedas. Este dado corrobora com o resultado encontrado em estudos internacionais que identificaram uma maior prevalência de quedas no sexo masculino. Entretanto, no que diz respeito à idade, os resultados desta pesquisa divergiram com os outros estudos, uma vez que a idade média dos pacientes que sofreram quedas foi de 49,2 anos, mostrando-se inferior se comparado a realidades semelhantes. A literatura aponta os idosos como sujeitos com maiores índices de quedas. Isso se deve ao processo natural e gradual do envelhecimento que proporciona mudanças físicas, como perda de força, diminuição da coordenação, alterações cognitivas e procedimentos médicos, além do uso concomitante de polifármacos que acarretam uma maior vulnerabilidade para quedas (NAKAI; AKEDA; KAWABATA, 2006; MENEZES; BACHION, 2008; PAIVA et al, 2010; DUNNE; GABOURY; ASHE, 2014). A média de idade dos pacientes que caíram foi de 57,25 anos, entre os homens e, de 46,27 anos, entre as mulheres. Nos estudos comparados, a média de idade variou de 67,6 a 78,7 anos (NAKAI; AKEDA; KAWABATA, 2006; DUNNE; GABOURY; ASHE, 2014).

No que se refere ao local de internação, nota-se que a maioria dos

pacientes que sofreram quedas encontrava-se em observação ou internados no SEI, local em que geralmente há maior circulação de pessoas e onde os pacientes recém-admitidos recebem o primeiro atendimento, fazendo com que a equipe de saúde volte sua atenção para os casos de maior urgência. Além disso, o número de pacientes alocados no SEI é variável, de acordo com a livre demanda, enquanto a equipe de enfermagem tem número constante de profissionais, o que pode acarretar em sobrecarga de trabalho e consequente oportunidade para ocorrência de incidentes na assistência.

As quedas aconteceram, em sua maioria, com pacientes semidependentes, que não apresentavam alteração do estado mental e que no momento da queda encontravam-se deambulando ou em pé. Foram encontrados na literatura estudos que corroboram e outros que contradizem os achados deste estudo. Corroborando os dados identificados, pesquisa realizada no Reino Unido mostra que os pacientes orientados são mais susceptíveis à queda quando estão fora do espaço da cama (HIGNETT; SANDS; GRIFFTHIS, 2013). Isso pode ser explicado pelo fato destes pacientes muitas vezes não solicitarem auxílio para executar determinadas atividades como higiene pessoal, saída do leito, entre outras. Entretanto, estudos realizados em hospitais brasileiros apontaram que as quedas do leito foram as mais registradas, sendo que estas quedas aconteceram em sua maioria no momento em que o paciente tenta se levantar do leito para ir até o banheiro ou ainda no momento em que tenta retornar à cama, subindo pelas grades ou *peseira* da cama. (PAIVA et al, 2010; CARNEIRO et al, 2011).

A presença de acompanhante não teve relação significativa com o número de quedas, visto que aproximadamente metade dos pacientes estava acompanhada no momento da queda. Em pesquisa realizada em um hospital terciário da China, 90% dos pacientes que sofreram quedas estavam acompanhados (CHEN et al, 2010). Entretanto, a literatura aponta a presença de acompanhante como fator contribuinte na prevenção das quedas, pois o mesmo fica atento e auxilia na sua movimentação (PAIVA et al, 2011). Também a presença de acompanhante no momento da queda faz com que seja possível a correta notificação e compreensão das causas e consequências do evento, fazendo com que os cuidados para a prevenção de novo evento sejam implementados (DUNNE; GABOURY; ASHE, 2014).

A presença de dispositivos terapêuticos como fluidoterapia, sonda vesical de demora, oxigenioterapia, entre outros, foi considerado fator contribuinte para a ocorrência das quedas, pois, 80% dos pacientes

apresentaram este fator de risco. Isto pode ser justificado, pois se acredita que estes dispositivos podem dificultar ou limitar a movimentação e a deambulação do paciente, associado ao fato de que pacientes com fluidoterapia contínua, por receber maior volume hídrico, necessitem ir mais frequentemente ao banheiro, o que pode aumentar o risco de quedas (MORSE, 2009).

Estudos mostram que os turnos em que as quedas ocorrem com mais frequência são os turnos da manhã e da noite (CHEN et al, 2010; PAIVA et al, 2011). Já nesta pesquisa, os turnos da tarde e da noite foram igualmente presentes. No turno da noite o número de profissionais de enfermagem geralmente é reduzido, o que diminui a vigilância e as visitas aos leitos, resultando em um aumento da suscetibilidade para a queda. Os pacientes sentem-se menos à vontade para solicitar ajuda para deambular até o banheiro, além de muitas vezes o ambiente estar silencioso e mais escuro, podendo constranger o paciente em solicitar auxílio à enfermagem (PAIVA et al, 2011). Estes resultados ainda podem ser explicados pelo fato de que na emergência adulto, local onde o presente estudo foi desenvolvido, o turno da tarde tem como característica maior movimentação de pessoas, maior número de atendimentos, encaminhamento de pacientes para exames e transferências, fazendo com que os profissionais se ausentem do setor diversas vezes, aumentando o risco para quedas.

Os fatores de risco mais encontrados foram a alteração de marcha e a presença de mais de um diagnóstico médico, corroborando o encontrado em estudo semelhante, que mostrou que 74% dos pacientes que sofreram uma queda durante a hospitalização apresentavam três ou mais comorbidades. Neste mesmo estudo, 5,9% dos pacientes apresentaram diminuição de força em membros inferiores, dificultando a marcha (CHEN et al., 2010).

O número de eventos de queda notificados nesta pesquisa não foi suficiente para apontar quais os diagnósticos médicos mais presentes nos pacientes vítimas de quedas, uma vez que dos 15 pacientes notificados, a maioria (12 pacientes) apresentava diagnósticos diferentes e mais de um diagnóstico, impossibilitando inferências e comparações, porém, reafirma a pluralidade de doenças como fator de risco para quedas. Entretanto, a intoxicação exógena foi o diagnóstico mais recorrente, aparecendo em três pacientes, podendo ser justificado pela alteração do estado mental apresentado pelo paciente, além das reações causadas pela substância intoxicante. As doenças mais comumente encontradas nos pacientes que sofreram quedas durante a internação

hospitalar são as demências, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial sistêmica, doenças musculoesqueléticas (CHEN et al, 2010; DUNNE; GABOURY; ASHE, 2014).

Apenas 13% das quedas causaram lesões no paciente e estas foram classificadas como hematomas (dois casos) e ferimentos cortocontusos (dois casos). Estes resultados são semelhantes ao encontrado em estudos análogos que mostram que a maioria das quedas não causa lesão ao paciente. Entretanto, algumas quedas podem causar graves consequências ao paciente, aumento do tempo de internação ou ainda morte (NAKAI; AKEDA; KAWABATA, 2006; CHEN et al, 2010; PAIVA et al, 2011; DUNNE; GABOURY; ASHE, 2014). Além disso, a queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade do paciente, gerando ansiedade, depressão e medo de cair novamente, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Os sistemas de notificações de eventos adversos têm como objetivo principal o aumento da segurança do paciente, por aprendizagem com os incidentes e eventos adversos. Contribuem para o conhecimento acerca do evento estudado, neste caso as quedas, caracterizando-as, esclarecendo suas causas e consequências, com vistas a identificar e gerir os pontos de risco nos processos. Estas ações acabam por proporcionar o aprendizado e contribuem para minimizar os seus efeitos, prevenindo futuras ocorrências e encorajando pacientes e profissionais a comunicar estes incidentes. Isto pode ser alcançado por meio de uma gestão pró-ativa e um planejamento sistemático de estruturas e processos seguros (OLIVA et al, 2014).

CONCLUSÃO

A construção de um instrumento de notificação de quedas adequado potencializa a mudança de hábitos inseguros pela equipe de enfermagem, uma vez que os relatórios referentes às notificações realizadas mostrariam as oportunidades de melhoria no cuidado, implicando diretamente na segurança do paciente internado no Serviço de Emergência Adulto.

Observa-se que alguns resultados encontrados neste estudo diferem de outros da literatura, podendo-se atribuir isto ao fato de que grande parte das pesquisas encontradas foi realizada em unidades de internação ou em hospitais como um todo. Com isso, fica evidente que o Serviço de emergência tem características específicas e diferentes dos

outros setores hospitalares, sendo imprescindível a realização de estudos voltados para a realidade deste local.

Apesar da existência de formulário de notificação de eventos adversos e incidentes de segurança do paciente na instituição, este não fornece os dados necessários para o conhecimento das causas e consequências das quedas notificadas. Propõe-se a partir deste estudo a revisão do instrumento utilizado, com vistas a uma melhor abrangência do evento queda. Mostra-se assim, a relevância e contribuição do estudo para a realidade hospitalar em questão.

Nesse sentido, apesar das iniciativas institucionais e trabalhos já realizados, considera-se que a cultura de segurança ainda é algo a ser difundido no hospital do estudo, apontando-se como uma limitação do mesmo, o fato de a pesquisadora não ter ficado em período integral na unidade durante a coleta, o que pode ter levado a um sub-registro dos casos.

A notificação correta dos eventos adversos, entre eles as quedas, é de extrema importância para a construção de um ambiente seguro, implementação de medidas preventivas e consequente melhoria da segurança do paciente durante a internação hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. R. de; ABREU, C. da C. F. de; MENDES, A. M. de O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 2, p. 163-172, dez. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução número 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Vigilância de Violências e Acidentes: VIVA (Inquérito), 2011**. Atendimentos por Ano/mês do atendimento segundo Tipo de queda: Período: 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?viva/2011/viva11.def>>. Acesso: 7 ago. 2014

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fiocruz. **Anexo 01: protocolo prevenção de quedas**. Brasília, DF,

2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2013a. (Série Segurança do Paciente e Qualidade nos Serviços de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº36, de 25 de Julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente nas instituições de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2013b.

CARNEIRO, F. S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação de qualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 204-211, abr./jun. 2011.

CHEN, X.-L. et al. *Characteristics associated with falls among the elderly within aged care wards in a tertiary hospital: a retrospective case-control study*. **Chinese Medical Journal**, London, v. 123, n. 13, p. 1668-1672, 2010.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 167-172, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/23.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

COSTA, S. G. R. F. da et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 676-681, dez. 2011.

DUNNE, T. J; GABOURY, I.; ASHE, M. C. *Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm*. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 20, p. 396-400, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12144/full>>. Acesso em: 5 set. 2014.

HEALEY, F. et al. *Essencial care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency*. **BMJ**, Londres, v. 342, n. 329, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d329.full?eaf>>. Acesso em: 10

an. 2013.

HIGNETT, S.; SANDS, G.; GRIFFITHS, P. *In-patient falls: what can we learn from incidente reports?* **Age and Ageing**, Oxford, v. 42, n. 4, p. 527-531, fev. 2013. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/42/4/527.long>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Núcleo de vigilância sanitária hospitalar. **Segurança do Paciente no HU/UFSC**. Florianópolis. Jan. 2012. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/nuvisah/2012/01/27/seguranca-do-paciente-no-huufsc/>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

_____. Núcleo de vigilância sanitária hospitalar. **Segurança do Paciente**. Florianópolis. Out. 2010. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/nuvisah/2010/10/29/seguranca-do-paciente/>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

JEPSON, Z. K. et.al. *Emergency department patient safety incident characterization: an observational analysis of the findings of a standardized peer review process*. **BMC Emergency Medicine**, Londres, v. 14, n. 20, p. 1-7, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-227X-14-20.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 4, dez. 2005. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2015.

MENEZES, R. L. de; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1209-1218, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2014.

MORSE, J. M. *Preventing patient falls: establishing a fall intervention*

program. 2. ed. New York: Springer Pub. Co., 2009. (E-book).

NAKAI, A.; AKEDA, M.; KAWABATA, I. *Incidence and risk factors for inpatient falls in an academic acute-care hospital*. **Journal of Nippon Medical School**, Tokyo, v. 73, n. 5, p. 265-270, 2006.

OHARA, R.; MELO, M. R. A. da C.; LAUS, A. M.. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 749-754, out. 2010.

OLIVA, G. et al. *Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los hospitales de Cataluña durante el período 2010-2013*. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 143, p. 55-61, jul.2014.

PAIVA, M. C. M. da S. de et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 134-138, mar. 2010.

PARANAGUA, T. T. de B. et al. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 256-262, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Univesitário. Núcleo de Processamento de dados. **Distribuição de pacientes internos**. Intervalo de Tempo: 11-11-2013 a 11-02-2014. Ago. 2014.

_____. Hospital Universitário. Divisão de informática do HU. **Atendimentos na emergência por setor e turno**. Intervalo de Tempo: 11-11-2013 a 11-02-2014. Ago. 2014a.

_____. Hospital Universitário. Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar. **Notificações de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes: fevereiro a junho de 2014**. Ago. 2014b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World alliance for patient safety: forward programme 2008-2009*. Geneva, 2008, 50 p. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2013.

_____. *More than words: conceptual framework for international classification for patient safety*. Versão 1.1. jan 2009, 154 p. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2014.

_____. *Media centre: falls: fact sheet n° 344*. Out. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>>. Acesso em: 21 ago. 2014

5.3 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM SISTEMA INFORMATIZADO

O estudo mostrou que os pacientes que procuram o Serviço de Emergência Adulto apresentam alto risco para quedas (49,5%), médio risco (28,4%), e risco baixo (22,1%), apontando que estão expostos diariamente a eventos adversos, diminuindo sua segurança.

Neste sentido, a instituição e a enfermagem precisam utilizar estratégias para garantir a segurança do paciente durante a assistência que lhe é prestada.

Como resultado do estudo de aplicação da avaliação do risco e notificação das quedas ocorridas na emergência, bem como cumprindo as recomendações da OMS, Ministério da Saúde e Núcleo de Segurança do Paciente, apresenta-se como proposta, considerando os resultados deste estudo, a inclusão da Escala de Avaliação do Risco de Quedas de Morse e os cuidados de enfermagem aos respectivos riscos no prontuário eletrônico do paciente.

Esta proposição corresponde ao produto a ser apresentado pelo discente do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem e será posteriormente encaminhada à Diretoria de Enfermagem, bem como aos segmentos institucionais envolvidos com a segurança do paciente para aprovação e institucionalização desta nova ferramenta informatizada de trabalho.

O hospital em que o estudo foi realizado conta com sistema de prontuário eletrônico do paciente, no qual os profissionais de saúde realizam os registros e dados do desenvolvimento do estado do paciente e nele está inserida a Sistematização da Assistência de Enfermagem, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

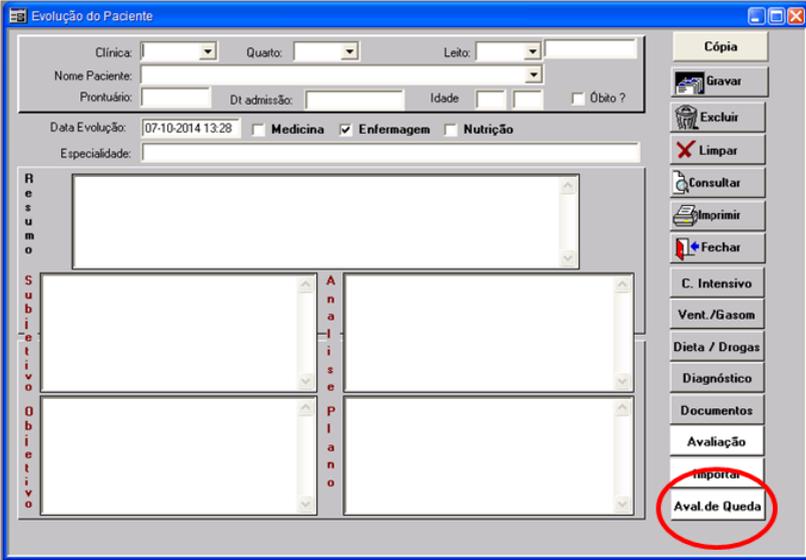
O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. (HORTA, 2005, p. 35).

O processo de enfermagem é dividido em seis fases, sendo elas: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução da enfermagem e prognóstico de enfermagem (HORTA, 2005).

Dentro deste contexto, a evolução e prescrição de enfermagem são realizadas diariamente pelo enfermeiro. A literatura recomenda que a avaliação para o risco de quedas seja realizada diariamente, desta forma, optou-se por introduzir a Escala de Queda de Morse na tela em que o Enfermeiro realiza a Evolução do paciente, como mostra a Figura 3. Assim, o enfermeiro ao avaliar as necessidades clínicas e emocionais do paciente aplica a Escala de Queda de Morse. Foi criada uma nova janela ‘Avaliação de Queda’, em que a avaliação do paciente é realizada clicando-se nas caixas de seleção na lateral esquerda da tela. Ao final da avaliação, o escore do paciente surge no canto inferior direito da tela (Figura 4).

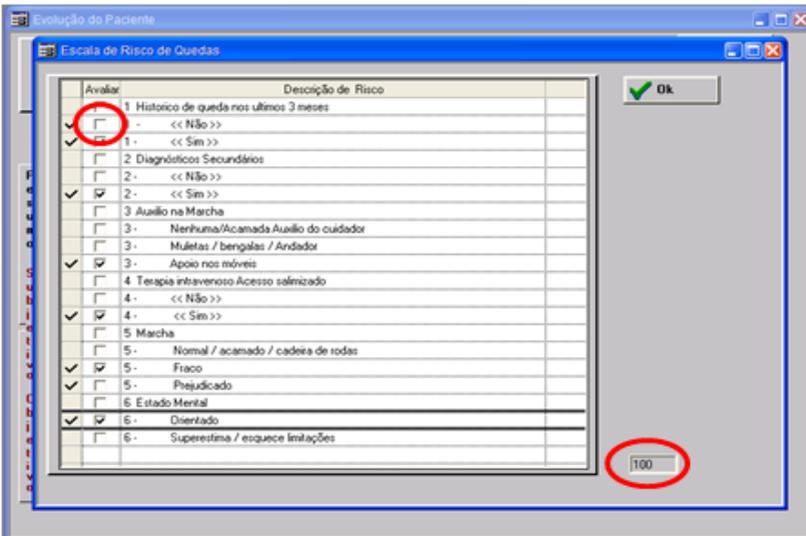
Clicando no botão OK da tela da Escala de Queda de Morse a janela se fechará e o grau de risco aparecerá no campo ‘Análise’ da Evolução do paciente, como mostra a Figura 5.

Figura 3 - Introdução da Escala de Queda de Morse na Evolução Diária do Paciente



Fonte: Hospital Universitário (2014).

Figura 4 - Escala de Queda de Morse informatizada



Fonte: Hospital Universitário (2014).

Figura 5 - Evolução do paciente mostrando o risco de queda de acordo com a Escala de Queda de Morse

Fonte: Hospital Universitário (2014).

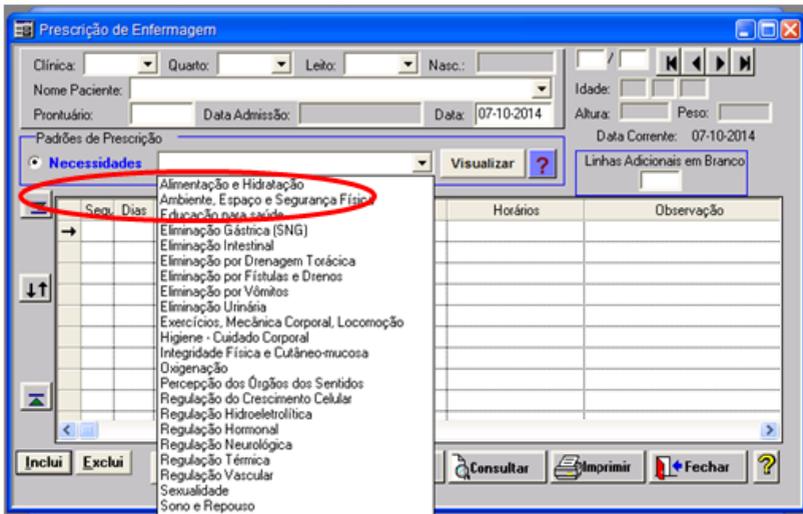
Assim como a avaliação do risco de quedas, a prescrição dos cuidados que serão prestados aos pacientes também é tarefa diária do enfermeiro. Nesse contexto, os cuidados de enfermagem para prevenção de quedas de pacientes foram incluídos no item ‘Ambiente, Espaço e Segurança Física’ da janela de prescrição de enfermagem (Figura 6).

Selecionando o item ‘Ambiente, Espaço e Segurança Física’ e clicando-se no botão ‘Visualizar’ abre-se uma nova janela, na qual se podem selecionar os cuidados de enfermagem de acordo com, a avaliação do Risco de queda (alto, médio ou baixo) apresentado pelo paciente. Esta ação pode ser realizada ao clicar nas caixas de seleção no lado esquerdo da janela (Figura 7). Após a seleção dos cuidados, clica-se no botão ‘Confirmar’ e ‘Fechar’ e, então, os cuidados selecionados aparecerão na prescrição de Enfermagem (Figura 8), podendo ser alterados pelo enfermeiro diariamente ou caso seja necessário. Os cuidados de enfermagem para a prevenção de queda incluídos na prescrição de enfermagem informatizada foram: Sinalizar o leito/maca do paciente com placa de identificação do risco alto de queda; Sinalizar o leito/maca do paciente com placa de identificação do risco médio de queda; Sinalizar o leito/maca do paciente com placa de identificação do

risco baixo de queda; Solicitar a presença de acompanhante em tempo integral; Encaminhar para banho de aspersão; Auxiliar paciente no banho de aspersão em cadeira; Realizar banho no leito; Orientar o paciente a solicitar ajuda para sair do leito; Oferecer auxílio para ir ao banheiro a cada 3h; Manter grades elevadas; Manter rodas do leito travadas; Manter contenção mecânica (quando autorizado por familiares); Manter leito em posição baixa e grades abaixadas; Orientar paciente quanto aos efeitos das medicações que está utilizando; e Realizar notificação em caso de quedas.

O enfermeiro faz o aprazamento dos cuidados, para que a equipe de enfermagem possa prestá-los.

Figura 6 - Prescrição de Enfermagem informatizada



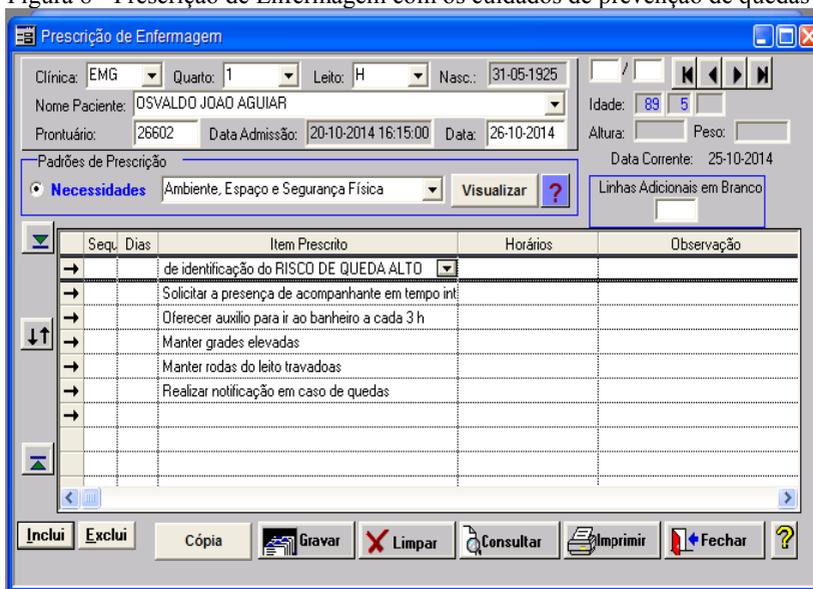
Fonte: Hospital Universitário (2014).

Figura 7 - Seleção dos Cuidados de Enfermagem para a prevenção de quedas



Fonte: Hospital Universitário (2014).

Figura 8 - Prescrição de Enfermagem com os cuidados de prevenção de quedas



Fonte: Hospital Universitário (2014).

O estudo também apresentou como produto a construção de um Instrumento de Notificação de Quedas (APÊNDICE A), que foi validado pelos enfermeiros do serviço de Emergência Adulto. Sua utilização tem a perspectiva de servir como ferramenta para a melhoria da segurança do paciente internado neste setor. Este instrumento de notificação será encaminhado ao Núcleo de Segurança do Paciente da instituição e ao NUVISAH para avaliação e implantação na instituição.

O instrumento de notificação elaborado consta de dados gerais do paciente (nome, prontuário, sexo, idade) além de dados relativos ao momento de ocorrência da queda, sendo eles: local de internação na emergência, estado mental do paciente, motivo da internação, grau de dependência acomodação do paciente, presença de acompanhante, alteração dos órgãos do sentido, presença de dispositivos, turno de ocorrência da queda, fatores de risco que o paciente apresentava no momento da queda, presença de lesão pós-queda, local da lesão e conduta adotada pela equipe de saúde após a queda.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi desenvolvido partindo das observações, vivências e questionamentos em relação à Segurança do Paciente no ambiente hospitalar, em especial em um Serviço de Emergência Adulto. Pelas características dos pacientes atendidos neste setor, pela necessidade de decisão e procedimentos rápidos, assim como, pela habitual superlotação, estrutura física e equipamentos precários, além da acomodação inadequada dos pacientes em macas ou cadeiras, nota-se que a segurança do paciente muitas vezes é deixada em segundo plano. Acredita-se assim, que uma instituição hospitalar deva ter como uma de suas metas a cultura de segurança do paciente com vistas à melhoria das condições de saúde e, a ocorrência de eventos adversos que causem dano ao paciente deve ser prevenida de forma constante.

Com um nível de orientação cada vez maior, os pacientes dos serviços de saúde estão exigindo um cuidado de qualidade. Para que isso seja oferecido, as instituições de saúde devem desenvolver tecnologias para auxiliar no processo de trabalho e difundir a cultura de segurança entre seus profissionais, com o objetivo de minimizar a ocorrência de danos associados aos cuidados de saúde.

A abordagem sistêmica do erro ou evento adverso é entendida como consequência de uma série de fatos humanos, estruturais, físicos, que na ausência de barreiras de proteção, facilitam a ocorrência deste erro ou EA. Nesse sentido, a identificação das falhas é necessária para reorganizar o processo e capacitar os profissionais, permitindo implantar melhorias na assistência.

O enfermeiro, sendo responsável pelos pacientes sob seus cuidados, deve buscar estratégias para prevenir o acontecimento de eventos adversos, prestando uma assistência segura e de qualidade. Neste panorama, as quedas no ambiente hospitalar são consideradas como um problema de difícil solução, cabendo à equipe de enfermagem se esforçar para identificar os pacientes com risco de sofrer queda durante a internação e implementar medidas para evitar a ocorrência, minimizando as consequências destas.

A experiência de utilizar a Escala de Queda de Morse na avaliação do risco de queda dos pacientes internados no serviço de emergência adulto, mostrou que o enfermeiro consegue de maneira rápida e fácil identificar os pacientes com alto risco.

Foi identificado nesta pesquisa que a maioria dos pacientes internados no Serviço de Emergência apresentou risco alto ou moderado

para quedas, o que significa que a adoção de medidas de prevenção, como a implantação do protocolo de quedas do MS, é uma necessidade imediata, assim como, a reorganização do processo de trabalho no que se refere à construção de um ambiente e de uma assistência mais segura. Dentre estes fatores pode-se citar manter camas baixas, realizar a manutenção dos equipamentos como macas, poltronas e cadeiras de rodas, atender os alarmes de cama assim que solicitado, entre outros cuidados. O desenvolvimento da cultura de segurança dentro da instituição, também é uma estratégia para que toda a equipe sinta-se comprometida com a segurança no cuidado.

Destaca-se que já existe instrumento de notificação de EA na instituição, porém este documento não abre espaço para registro específico de queda, das circunstâncias que a queda ocorreu, bem como não traz que tipo de consequência trouxe para o paciente e a conduta adotada. Estes aspectos são de grande importância para a tomada de decisão, tanto institucional como no processo de trabalho, necessitando de reformulação.

Observa-se, também, o problema da subnotificação destes eventos, que prejudica o conhecimento da realidade do serviço e não permite a realização das ações de melhorias para a prevenção dos eventos.

Assim, a proposta de Instrumento de Notificação de Quedas deste estudo vem contribuir significativamente para o conhecimento sobre a ocorrência das quedas, suas causas, circunstâncias e fatores de risco apresentados pelos pacientes no momento da queda e as consequências desta queda para o paciente, servindo também de base para construção de indicadores de qualidade da assistência na instituição, contribuindo diretamente para a melhoria da assistência prestada. No período da coleta de dados, 15 pacientes apresentaram quedas e destes dois trouxeram danos físicos aos pacientes, entretanto, esta constatação serve de alerta, já que as instituições de saúde são procuradas para melhorar as condições de saúde dos usuários.

A informatização da Escala de Queda de Morse, assim como a inclusão dos cuidados de enfermagem para a prevenção de quedas na prescrição de Enfermagem irá contribuir para o aprimoramento do cuidado, facilitando o trabalho do enfermeiro, uma vez que a avaliação do risco de quedas é feita diariamente através da Sistematização da Assistência de Enfermagem, otimizando o tempo dos profissionais. Além disso, é o primeiro passo para o processo de implantação do Protocolo de Prevenção de quedas do MS, que deve ser aderido por

todos os estabelecimentos de saúde do País.

Mostra-se, então, que os produtos deste estudo oportunizam a melhoria da prática assistencial da enfermagem, alcançando, assim, o objetivo do curso de mestrado profissional quanto à apresentação de um produto ou inovação tecnológica que possa transformar a prática diária no contexto do discente.

O processo de desenvolvimento deste estudo encontrou algumas dificuldades, sendo uma delas relativa à inclusão de mais uma atividade à rotina do enfermeiro, o que talvez possa ser observada na pequena participação dos enfermeiros na etapa da coleta de dados, referente à avaliação do paciente com o uso da MFS, tendo em vista que houve relatos de que a atividade aumentaria a carga de trabalho sem que isto refletisse na melhoria da qualidade da assistência. Vê-se, então, a necessidade de desenvolvimento da cultura de segurança dentro do setor, para que a equipe de saúde e principalmente a de enfermagem comprometa-se no desenvolvimento de atitudes para tornar o cuidado cada dia mais seguro.

Ao realizar a pesquisa bibliográfica, para sustentação deste estudo, nota-se que a maioria das pesquisas foram realizadas com foco na queda de pacientes idosos, em instituições de longa permanência, em unidades de internação hospitalar ou ainda, no domicílio. Entretanto, muito pouco é estudado sobre a ocorrência de queda em adultos hospitalizados ou nos serviços de urgência e emergências, reforçando uma lacuna de conhecimento nesta área e a necessidade de pesquisas futuras com esta temática. Justifica-se, então, a relevância deste estudo para o tema segurança do paciente e sugere-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care*. **3G: Stratify scale for identifying fall risk factors**, 2014. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/legacy/research/lrc/fallpxtoolkit/fallpxtool3g.htm>>. Acesso: 1 out. 2014.
- ALMEIDA, R. A. R. de; ABREU, C. da C. F. de; MENDES, A. M. de O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 2, p. 163-172, dez. 2010.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; SASSO, G. T. M. D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto: Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, jun. 2010.
- BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 8, n. 3, set. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7081/5012>>. Acesso em: 28 out. 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Tecnologia da Informação** In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. Cap. 5, p 127-148.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo. Brasília, v. 1, n.1, Jan – Jun. 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 11 jan. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Vigilância de Violências e Acidentes: VIVA (Inquérito), 2011**. Atendimentos por Ano/mês do atendimento segundo Tipo de queda: Período: 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?viva/2011/viva11.def>>. Acesso: 7 ago. 2014

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução número 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria número 1.443**, de 11 de outubro de 2012. Institui o Grupo de Trabalho no âmbito da Anvisa com o objetivo de discutir e indicar estratégias para a elaboração e implementação do Plano de Ação para a Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria número 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 1 de Abr. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 13 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente**. Brasília, DF, abr. 2013a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/01/PPT_COLETIVA_SEGURANCA_PACIENTE_FINAL.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2013. (Apresentação em Power Point).

_____. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fiocruz. **Anexo 01: protocolo prevenção de quedas**. Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria número 1.377**, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos para a Segurança do Paciente. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 17 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria número 2.095**, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília, DF, 24 Set. 2013d. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2095_2013.pdf>. Acesso: 23 Set. 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Investigação de**

Eventos Adversos em Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2013e. (Série Segurança do Paciente e Qualidade nos Serviços de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº36, de 25 de Julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente nas instituições de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2013f.

_____. Ministério da Saúde. Fiocruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF, 2014.

BRENNAN, T. A. et al. *Incidence of adverse events and negligences in hospitalized patients: results of Harvard Medical Practices Study I.* **The New England Journal of Medicine.** v. 234, n. 6, p. 370-376 fev. 1991. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102073240605>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

BUENO, Andressa Aline Bernardo; FASSARELLA, Cintia Silva. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Rev. Rede de cuidados em saúde.** Vol. 6, n 1, 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/viewFile/1573/843>. Acesso: 12 Jun. 2013.

CARARRO, T. E. et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Gaúcha enferm [online].** Porto Alegre, v. 33, n. 3, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jan. 2013.

CARNEIRO, F. S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação de qualidade. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 204-211, abr./jun. 2011.

CASSIANI, S. H. de B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 58, n. 1, p. 95-99, fev. 2005.

CHEN, X.-L. et al. *Characteristics associated with falls among the elderly within aged care wards in a tertiary hospital: a retrospective*

case-control study. **Chinese Medical Journal**, London, v. 123, n. 13, p. 1668-1672, 2010.

CLARO, C. M. et al. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 167-172, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v45n1/23.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 358** de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 2009.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2015.

COSTA, S. G. R. F. da et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 676-681, dez. 2011.

COSTA-DIAS, M. J. M. da et al. Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 9, p. 105-114, mar. 2013.

DAL SASSO, G. T. M. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jan. 2015.

DICCINI, S.; PINHO, P. G. de; SILVA, F. O. da. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692008000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2013.

DIKES, P. C. et al. *Fall prevention in acute care hospitals. The journal of the American Medical Association - Jama*, v. 304, n. 17, nov. 2010. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186836>>. Acesso em: 9 jan. 2013.

DUNNE, T. J; GABOURY, I.; ASHE, M. C. *Falls in hospital increase length of stay regardless of degree of harm. Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 20, p. 396-400, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.12144/full>>. Acesso em: 5 set. 2014.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 1, jul. 2014, p. 2507-2512. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6217/9853>>. Acesso em: 29 out. 2014.

FIDELIS, R. E. **Cultura de segurança**: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência do adulto. 2011. 170p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PGCF0001-D.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

GATES, S. et al. *Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. BMJ*. Londres, v. 336, n. 130, p. 1-9, 2008. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/336/7636/130>>. Acesso em: 1 out. 2013.

GOMES, A. Q. F. **Iniciativas para segurança do paciente difundidas pela Internet por organizações internacionais**: estudo exploratório. Rio de Janeiro, dez. 2008. p. 12. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1902>. Acesso em: 13 jun. 2013.

GUIMARÃES, J. M. N.; FARINATTI, P. de T. V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 11, n. 5, p. 299-305,

set/out. 2005.

HARDY, E. **Instruções para escrever um projeto de pesquisa**. Campinas: Macroven, 2002.

HEALEY, F. et al. *Essencial care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency*. **BMJ**, Londres, v. 342, n. 329, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d329.full?eaf>>. Acesso em: 10 an. 2013.

HIGNETT, S.; SANDS, G.; GRIFFITHS, P. *In-patient falls: what can we learn from incidente reports?* **Age and Ageing**, Oxford, v. 42, n. 4, p. 527-531, fev. 2013. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/42/4/527.long>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. 16. ed. São Paulo: E.P.U. 2005. p. 35-37.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Serviço de prontuário do paciente: seção de arquivo e estatística. **Boletim estatístico de movimentação hospitalar**. Jul. 2013.

_____. **Sistema de administração hospitalar: enfermagem, processo assistencial**. Out. 2014.

_____. Núcleo de vigilância sanitária hospitalar. **Segurança do Paciente no HU/UFSC**. Florianópolis. Jan. 2012. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/nuvisah/2012/01/27/seguranca-do-paciente-no-huufsc/>>. Acesso em: 9 jan. 2015.

_____. Núcleo de vigilância sanitária hospitalar. **Segurança do Paciente**. Florianópolis. Out. 2010. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/nuvisah/2010/10/29/seguranca-do-paciente/>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on quality of health care in America. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press, 2000. 312 p. Disponível em:

<<http://www.nap.edu/catalog/9728.html>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

JAMES, J. T. *A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care*. **Journal of Patient Safety**. Filadelfia, p. 122-128, set. 2013. Disponível em: <[http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A_New,_Evidence_based Estimate_of_Patient_Harms.2.aspx](http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A_New,_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.aspx)>. Acesso em: 30 out. 2014.

JEPSON, Z. K. et al. *Emergency department patient safety incident characterization: an observational analysis of the findings of a standardized peer review process*. **BMC Emergency Medicine**, Londres, v. 14, n. 20, p. 1-7, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-227X-14-20.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Instituições acreditadas pela JIC**. 2014. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Brazil&a=Hospital%20Program>>. Acesso em: 23 set. 2014.

KANNUS, P.; KHAN, K. M.; LORD, S. R. *Preventing falls among elderly people in the hospital environment*. **MJA**. Sidney, v. 184, n. 8, p. 372-373, aug. 2006.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 178-185. out. 2006.

LEAPE, L. L. *The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical practices study II*. **The New England Journal of Medicine**, v. 234, n. 6, p. 377-384, fev. 1991. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199102073240605>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

LLAPA RODRIGUEZ, E. O. et al. Informática em enfermagem: facilitador na comunicação e apoio para a prática. **Invest. Educ. Enferm**, Medellín, v. 26, n. 2, supl. 1, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2014.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, jun. 2012 .

LUZIA, M. de F.; VICTOR, M. A. de G.; LUCENA, A. de F. Diagnóstico de enfermagem risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2014.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. de F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, abr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 jan. 2015.

MEMTSOUDIS, S. G. et al. In-hospital patient falls after total joint arthroplasty: incidence, demographics, and risk factors in the United States. **NIH – PA**, v. 27, n. 6, p. 823-828, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653584/>>. Acesso: em 18 out. 2014.

MENDES, W. **Eventos adversos nos cuidados à saúde**. In: II CONGRESSO EM FARMÁCIA HOSPITALAR EM ONCOLOGIA DO INCA. 2010. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/inca/eventos_adversos_walter_mendes.pdf>. Acesso em: 11 jul 2014.

_____. et al . Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo , v. 8, n. 4, dez. 2005. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2015.

_____. et al. *The assessment of adverse events in hospitals in Brazil*. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279-284, jun. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>>. Acesso em: 29 out. 2014.

_____. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 5, p.

421-428, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2302013000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2014.

MENEZES, R. L. de; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1209-1218, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2014.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Praxis en salud un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MIAKE-LYE, B.A et al. *Preventing In-Facility Falls*. In: AGENCY FOR HELTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices**. AHRG Publication n. 13-E001-EF. Rockville, MD. mar. 2013. Seção D, cap. 19, p. 178-200. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0055924/pdf/TOC.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2014.

MIYAMOTO, S.T. et al. *Brazilian version of the Berg balance scale*. **Braz. J. Med. Biol. Res.** Ribeirão Preto, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2004000900017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2014.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. Cap. 1, p. 09-30.

MORSE, J. M. *Permission to use MFS*. [mensagem enviada à Janice Morse solicitando autorização para utilização da Escala de Queda de Morse]. Mensagem recebida de <janice.morse@nurs.utah.edu>. Em 10 set. 2013.

_____. *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. 2. ed. New York: Springer Pub. Co., 2009. (E-book).

NAKAI, A.; AKEDA, M.; KAWABATA, I. *Incidence and risk factors for inpatient falls in an academic acute-care hospital*. **Journal of Nippon Medical School**, Tokyo, v. 73, n. 5, p. 265-270, 2006.

NASCIMENTO, C. C. P. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 746-751, ago. 2008.

NASSAR, S. M. et al. **SEstatNet**: sistema especialista para o ensino de estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestatnet.ufsc.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

NIGHTINGALE, F. *Notes on hospitals*. 3. ed. Londres: Logman Green, 1863.(E-book).

OHARA, R.; MELO, M. R. A. da C.; LAUS, A. M.. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 749-754, out. 2010.

OLIVA, G. et al. *Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los hospitales de Cataluña durante el período 2010-2013*. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 143, p. 55-61, jul.2014.

OLIVER, D. et al. *Development and evaluation of evidence based risk 14 assessment tool (stratify) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies*. **BMJ**. Londres, v. 315, p. 1049-1053, out. 1997. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/13862605_Development_and_evaluation_of_evidence_based_risk_assessment_tool_\(STRATIFY\)_to_predict_which_elderly_inpatients_will_fall_all_case-control_and_cohort_studies](http://www.researchgate.net/publication/13862605_Development_and_evaluation_of_evidence_based_risk_assessment_tool_(STRATIFY)_to_predict_which_elderly_inpatients_will_fall_all_case-control_and_cohort_studies)>. Acesso em: 29 out. 2014.

PADILHA K. G. et al. **Enfermagem em UTI**: cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole, 2010. 1488 p.

PAIVA, M. C. M. da S. de et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. Esc.**

Enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 134-138, mar. 2010.

PARANAGUA, T. T. de B. et al. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 256-262, 2013.

PENEDO, R. M.; SPIRI, W. C. Significado da sistematização da assistência de enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 1, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000100086&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 jan. 2015.

PESSOA, R. F.; NACUL, F. E. *Delirium* em pacientes críticos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 190-195, jun. 2006.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 15, p. 430.

REASON, J. *Human errors: models and management*. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, mar. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a Segurança do Paciente**: manual para profissionais de saúde. REBRAENSP Polo RS. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p. Disponível em: <http://rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

ROCHA, H. B. da et al. Avaliação do risco de quedas em adultos hospitalizados conforme a Morse Fall Scale traduzida para a língua portuguesa. **Revista da Graduação**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/13763>>. Acesso em: 28 out. 2014.

RODINI, C. et al. Estudo comparativo entre a escala de equilíbrio de berg, o teste de timed Up & Go e o índice de marcha dinâmico quando aplicadas em idosos hígidos. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 15, n. 4, p.

267-268, dez. 2008.

SILVA, L. D. da. Segurança do Paciente no contexto hospitalar. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 291-292, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4076/2871>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 14 jun. 2013.

SOUSA, P. A. F. de; SASSO, G. T. M. D.; BARRA, D. C. C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-979, dez. 2012.

SPERANDIO, D. J.; EVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Univesitário. Núcleo de Processamento de dados. **Distribuição de pacientes internos**. Intervalo de Tempo: 11-11-2013 a 11-02-2014. Ago. 2014a.

_____. Hospital Universitário. Divisão de informática do HU. **Atendimentos na emergência por setor e turno**. Intervalo de Tempo: 11-11-2013 a 11-02-2014. Ago. 2014b.

_____. Hospital Universitário. Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar. **Notificações de eventos adversos, queixas técnicas e incidentes: fevereiro a junho de 2014**. Ago. 2014c.

URBANETTO, J. de S. et al. *Morse Fall Scale*: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São

Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, jun. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of care: patient safety
In: Fifty-Fifth World Health Assembly, **Wha 55.18**, 18 de Maio 2002.
Disponível em:
<http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ewha5518.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

_____. *Global Report on falls preventions in older age: ageing and life course family and community health*. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em:
<http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2014.

_____. *World alliance for patient safety: forward programme 2008-2009*. Geneva, 2008, 50 p. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2013.

_____. *More than words: conceptual framework for international classification for patient safety*. Versão 1.1. jan 2009, 154 p. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2014.

_____. *Media centre: falls: fact sheet n° 344*. Out. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>>. Acesso em: 21 ago. 2014

_____. **Patient Safety**: about us. 2014. Disponível em:
<<http://www.who.int/patientsafety/about/en/>>. Acesso em: 23 set.2014.

ZUZELO, P. R. et al. *Describing the influence of technologies on registered nurses' work*. **Clinical Nurse Specialist**, v. 22, n. 3, p. 132-140, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Notificação de Quedas

Instrumento de notificação de queda	
Data:	
Paciente:	Registro:
Sexo: F () M ()	Idade:
Local de internação na emergência: Repouso () SEI ()	Estado Mental: Orientado () Desorientado ()
Motivo da Internação:	
Grau de Dependência: Independente () Semi-dependente () Dependente ()	
Acomodação do Paciente no momento da queda: Maca: grade elevada () grade abaixada () sem grade () Leito: grade elevada () grade abaixada () Cadeira fixa () Cadeira de rodas () Deambulando ou em pé () Outro () Qual: _____	
Paciente estava acompanhado: Não () Sim ()	Alteração de órgãos do sentido: Não () Sim () Qual: _____
Presença de Dispositivos: Não () Sim () Drenos () SVD/Jontex () SNE/SNG () Oxigenoterapia () Fluidoterapia ()	
Turno em que a queda ocorreu: M () T () N ()	
Fatores de risco apresentado pelo paciente no momento da queda: Histórico de quedas () Diagnósticos secundários () Auxílio na marcha com muleta/bengala/andador/apoio nos móveis () Marcha fraca/prejudicada () Alteração do estado mental ()	
Presença de lesão pós-queda: S () N () (se sim assinale o tipo de lesão) Hematoma () Ferimento Corto-contuso () Fratura () TCE () Outros () Qual: _____	
Local da lesão: MMSS () _____ MMII () _____ Abdome () _____ Tórax () _____ Cabeça () _____	
Conduta adotada: Notificação () Registro no prontuário () Exame físico () Exames complementares () Administração de medicamentos () Sutura () Curativos () Outros () Qual: _____	

APÊNDICE B – TCLE Enfermeiros



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

**PESQUISA: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO
RISCO E NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS NO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA ADULTO**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Eu, Ana Silvia Sincero dos Reis, mestranda em Gestão do Cuidado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “**IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO PARA O RISCO E NOTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO (SEA) DO HU/UFSC**” sob a orientação da Prof^ª. Dra. Nádia Chiodelli Salum e coorientação da Dra. Melissa Orlandi Honório.

Esse estudo tem como objetivo geral: Propor um instrumento de avaliação para o risco e registro da ocorrência de quedas no Serviço de Emergência Adulto (SEA) do HU/UFSC. Tem como objetivos específicos: Identificar quais são os riscos de queda presentes no SEA; Propor um plano de cuidados para cada nível de risco de quedas identificado.

Os benefícios deste estudo estão relacionados à garantia da qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema único de saúde que garantam a segurança do paciente relacionado ao risco de quedas. Poderá contribuir na incorporação pela equipe de enfermagem em medidas de prevenção para a

ocorrência de quedas de pacientes, visando à melhoria da assistência de enfermagem no que diz respeito à segurança do paciente internado no Serviço de Emergência Adulto, além da redução do número de quedas sofridas por pacientes internados neste setor.

A sua participação na pesquisa será através do preenchimento da escala de Morse (avaliação do risco de quedas) e do instrumento de notificação da ocorrência de quedas em pacientes internados no setor de emergência adulto. A escala de Morse avalia o risco de quedas apresentados pelos pacientes caracterizado em baixo, médio e alto risco. O instrumento de notificação informa dados pessoais do paciente, local da queda, tipo de queda e condutas adotadas, que auxiliarão posteriormente para identificar a incidência deste evento no setor.

A sua participação é voluntária e de extrema importância para a conclusão do trabalho. Porém você poderá, a qualquer momento, negar-se a participar ou mesmo desistir de participar se assim o desejar, sem que isso lhe tragar qualquer prejuízo; poderá ter acesso ao relatório do estudo, caso solicite, tendo o suporte da mestrandia para tirar possíveis dúvidas sobre o estudo. Suas informações serão sigilosas e em nenhum momento serão relacionadas ao seu nome ou qualquer característica que o identifique, pois os participantes da pesquisa serão identificados por letras e/ou números para garantir o anonimato. Comprometo-me a manter o anonimato sobre as informações fornecidas por você em todas as etapas deste estudo.

A sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto diante da avaliação do risco e da notificação da ocorrência de quedas. Caso haja algum desconforto de sua parte, o registro poderá ser interrompido a fim de procedermos a escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim e só retomaremos a atividade quando você se sentir a vontade para fazê-lo ou desistir de sua participação.

A participação nesta pesquisa não lhe trará custo material, bem como não lhe fornecerá outra vantagem que não seja a contribuição para a construção

de conhecimento científico. Sua participação é livre, podendo desistir do mesmo em qualquer momento da pesquisa, sem que lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas, sendo que a pesquisadora assegura o total anonimato dos participantes.

Se você se sente plenamente esclarecido sobre as questões que envolvem o estudo e concorda em participar, você deve assinar o termo de consentimento livre esclarecido a seguir em duas vias. Uma das vias ficará com você, participante, e outra comigo, pesquisadora.

Em caso de qualquer dúvida, queira contatar com as responsáveis pela pesquisa seguem seus contatos:

Mestranda: Enf^a Ana Silvia Sincero dos Reis. Contato telefônico: Contato telefônico: (48) 9973-5278 ou e-mail: anasincero@gmail.com ou pessoalmente no Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário, no período matutino, das 07:00hs às 13:00hs.

Orientadora: Dra. Nádia Chiodelli Salum. Contato telefônico: (48) 3721-9188.

• CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, portador do documento de identidade e/ou CPF Nº _____, abaixo assinado, confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em participar da mesma. Fui devidamente informado e esclarecido sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido a liberdade de retirar-me da pesquisa em qualquer momento, ficando assegurado que não serei penalizado por isso. Declaro ainda ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Prof^ª Dr^ª Nádia Chiodelli Salum

Md^ª Ana Silvia Sincero dos Reis

Assinatura do participante do estudo:

Florianópolis, ___/___/___

APÊNDICE C – TCLE Pacientes



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

**PESQUISA: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO
RISCO E NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS NO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA ADULTO**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Eu, Ana Silvia Sincero dos Reis, mestranda em Gestão do Cuidado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO PARA O RISCO E NOTIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA ADULTO (SEA) DO HU/UFSC”** sob orientação da Prof^a. Dra. Nádia Chiodelli Salum e coorientação da Dra. Melissa Orlandi Honório.

Esse estudo tem como objetivo geral: Propor um instrumento de avaliação para o risco e registro da ocorrência de quedas no Serviço de Emergência Adulto (SEA) do HU/UFSC. Tem como objetivos específicos: Identificar quais são os riscos de queda presentes no SEA; Propor um plano de cuidados para cada nível de risco de quedas identificado.

Os benefícios deste estudo estão relacionados à garantia da qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema único de saúde que garantam a segurança do paciente relacionado ao risco de quedas. Poderá contribuir na incorporação pela equipe de enfermagem em medidas de prevenção para a ocorrência de quedas de pacientes, visando a melhoria da assistência de enfermagem no que diz respeito à segurança do paciente internado no Serviço

de Emergência Adulto, além da redução do número de quedas sofridas por pacientes internados neste setor.

A sua participação na pesquisa será no momento em que o enfermeiro irá aplicar a escala de risco de quedas, que avalia o grau de risco de quedas a que você está exposto. Esta avaliação será através de informações que você dará ao enfermeiro acerca de sua condição de saúde e quedas anteriores.

A sua participação é voluntária e de extrema importância para a conclusão do trabalho. Porém você poderá, a qualquer momento, negar-se a participar ou mesmo desistir de participar se assim o deseja, sem que isso lhe tragar qualquer prejuízo; poderá ter acesso ao relatório do estudo, caso solicite, tendo o suporte da mestranda para tirar possíveis dúvidas sobre o estudo. Suas informações serão sigilosas e em nenhum momento serão relacionadas ao seu nome ou qualquer característica que o identifique, pois os participantes da pesquisa serão identificados por letras e/ou números para garantir o anonimato. Comprometo-me a manter o anonimato sobre as informações fornecidas por você em todas as etapas deste estudo.

A sua participação não trará riscos a sua integridade física e também não ocasionará prejuízo a sua assistência, podendo apenas trazer algum desconforto diante da avaliação do risco de quedas. Caso haja algum desconforto de sua parte, a avaliação será interrompida e as informações colhidas descartadas.

A participação nesta pesquisa não lhe trará custo material, bem como não lhe fornecerá outra vantagem que não seja a contribuição para a construção de conhecimento científico. Sua participação é livre, podendo desistir do mesmo em qualquer momento da pesquisa, sem que lhe seja imputado qualquer tipo de prejuízo.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas, sendo que a pesquisadora assegura o total anonimato dos participantes.

Se você se sente plenamente esclarecido sobre as questões que

envolvem o estudo e concorda em participar, você deve assinar o termo de consentimento livre esclarecido a seguir em duas vias. Uma das vias ficará com você, participante, e outra comigo, pesquisadora.

Em caso de qualquer dúvida, queira contatar com as responsáveis pela pesquisa seguem seus contatos:

Mestranda: Enfª Ana Silvia Sincero dos Reis. Contato telefônico: Contato telefônico: (48) 9973-5278 ou e-mail: anasincero@gmail.com,_ou pessoalmente no Serviço de Emergência Adulto do Hospital Universitário, no período matutino, das 07:00hs às 13:00hs.

Orientadora: Dra. Nádia Chiodelli Salum. Contato telefônico: (48) 3721-9188.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa UFSC pelo telefone (48)3721-9206 ou pelo e-mail: cep@reitoria.ufsc.br.

• CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, portador do documento de identidade e/ou CPF N° _____, abaixo assinado, confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em participar da mesma. Fui devidamente informado e esclarecido sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, bem como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido a liberdade de retirar-me da pesquisa em qualquer momento, ficando assegurado que não serei penalizado por isso. Declaro ainda ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Md^a. Ana Sílvia Sincero dos Reis

Prof^a Dr^a Nádia Chiodelli Salum

Assinatura do Participante do Estudo:

Florianópolis ___/___/___

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 483.114

É apresentado ainda o "Instrumento de Notificação de Queda" e a "Escala de Risco de Quedas de Morse Traduzida", instrumentos que serão utilizados para a coleta de dados na pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Propor a implantação da avaliação para o risco e notificação da ocorrência de quedas no Serviço de Emergência Adulto do HU/UFSC.

Objetivo Secundário:

- Identificar os fatores de risco de queda presentes nos pacientes do Serviço de Emergência Adulto;
- Identificar a incidência de quedas ocorridas no serviço de emergência e;
- Propor um plano de cuidados para cada nível de risco de quedas identificado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta o seguintes conteúdos:

Riscos:

Para Enfermeiros: A participação não trará riscos a Integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto diante da avaliação do risco e da notificação da ocorrência de quedas. Para Pacientes: A sua participação não trará riscos a sua Integridade física e também não ocasionará prejuízo a sua assistência, podendo apenas trazer algum desconforto diante da avaliação do risco de quedas.

Benefícios:

A participação nesta pesquisa não trará custo material, bem como não fornecerá outra vantagem que não seja a contribuição para a construção de conhecimento científico tanto para os enfermeiros, quanto para os pacientes participantes"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do Processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto

Recomendações:

De acordo com a Resolução 466/2012 em relação a elaboração do TCLE, devem ser observadas as seguintes condições:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-0206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cesp@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 483.114

IV.5 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá, ainda:

d) ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente.

#pede-se então 1) a adição dos dados relativos ao CEP; 2) cuidado com a formatação para que as assinaturas não fiquem isoladas em uma folha sem nenhum conteúdo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base no exposto anteriormente e dado o mérito da pesquisa, voto pela aprovação do projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 11 de Novembro de 2013

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-0696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO 2 – Autorização para utilização da MFS

22/01/2015

Gmail - Permission to use MFS



Ana Sílvia Sincero <anasincero@gmail.com>

Permission to use MFS

6 mensagens

Ana Sílvia <anasincero@gmail.com>

10 de setembro de 2013 15:58

Para: "Janice.Morse@nurs.utah.edu" <Janice.Morse@nurs.utah.edu>

Good day Mrs. Morse. My name is Ana Sílvia Sincero dos Reis and I am attending Masters Degree at Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brazil. My research concerns about patient falls during hospitalization and I would like to use your Fall Risk Assessment Tool in both my project and an implementation of the Tool in my workplace, the University Hospital's Emergency Room.

I would like to ask you for your permission to use it that way.
Feel free to contact me if you need more details or have any concerns.

I am in advance very grateful for your cooperation. I know it will be of great importance to my project's development.

Best regards
Ana Sílvia Sincero dos Reis

Ana Sílvia <anasincero@gmail.com>

10 de setembro de 2013 16:05

Para: "janice.morse@nurs.utah.edu" <janice.morse@nurs.utah.edu>

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Janice Morse <janice.morse@nurs.utah.edu>

10 de setembro de 2013 16:25

Para: Ana Sílvia <anasincero@gmail.com>

Dera Ana

You have my permission to use the Morse Fall Scale.
Do not alter the scale in any way: Do not add or delete items, or change the value of each item, or change the format of the scale.

All of the information you will need to use the scale is described in the book
"Preventing Patient Falls" 2nd ed (Springer Pub, Fall 2008), as well as instructions on how to calibrate the scale.

You should have a copy of this book on each unit, so that nurses can refer to fall prevention strategies, and understand how the program works and how to calibrate the scale.

If you are using the first ed (Gage Pub) there is an error in the book on page 41, Table 4.1. The values for Gait (item #5) are:

Normal etc	0
weak	10
Impaired	20.

Staff training for using the MFS is available online from Hill Rom:
<http://www.hill-rom.com/canada/PatientSafety/PatientFallsRisk/D4.htm>

Pocket cards of the scale for staff reference are available from Hill-Rom, order number CTG5B1

Using the MFS: I strongly recommend that you record all of the item scores, as well as the total score on the chart, so that as patients'

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=52bca326&view=pt&ik=janice.morse%40nurs.utah.edu&ik=tr&ik=search=query&ik=141094276cc37395&siml> ... 1/3

2/20/2015

Gmail - Permission to use MFS

scores increase or decrease, these scores can be used to monitor improvements or decline in the patients fall risk.

I recommend that you use 45 as the high risk cutoff score.

In order to use the MFS, you must examine the patient. Scores cannot be obtained by using chart information.

I have received a lot of questions about medications recently. Medication is a part of the scale in the secondary diagnosis score. In developing the indices (Items) we first included meds that were thought to contribute to falls, then numbers of meds, then combined this item with co-morbidity (Secondary Dx). Of course meds contribute to falls as they relate to the other variables (mainly gait and mental status). I recommend that if a patient scores as high risk for falling, then a patient assessment is conducted, and this includes a review of meds, with the goal of reducing the medications or side effects, to reducing the pts fall score. (See Morse, Preventing patient falls, Sage publications)

Re Pediatric falls: I do not recommend the use of the MFS for children it was not developed with kids, so I was surprised that it has even used with kids. Develop a category called "developmental falls" (toddlers, and climbers) and tag them in your data past and analyze them separately.

The MFS was developed on adults (over 18) but with kids you should be concerned about INJURY from a standing fall. Look back in your records and see how old the first kid was who was injured from an anticipated physiological fall (it has something to do with impact-adequate height and weight to cause injury/my guess is 12 years for a big kid) and score from that age up.

Do not be fooled into looking at unanticipated physiological falls (seizures etc or true accidents or developmental falls (in little kids)-the scale does not predict those.

There are 4a scales that have been developed for pediatrics:

1. Falls Assessment Form/Children's Hospital Central California (Cooper & Nott, 2007)
2. Graf, E. (2004). General risk assessment for pediatric in-patient falls scale (GRAF_PIF). Fall risk assessment tool, Children's Memorial Medical Center. Federal Copyright received 2005.
3. Humpty Dumpty Scale. Miami Children's Hospital. Hill-Rodriguez, D., Messmer, P., Williams, P., Zeller, R., Williams, A., Wood, M., et al. (2009). The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 14(1), 22-32.

Janice Morse

[Texto das mensagens anteriores oculto]

ANEXO 3 - Morse Fall Scale traduzida e validada para a Língua Portuguesa

Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1 Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2 Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3 Auxílio na Deambulação	
Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por	0
Profissional de Saúde	15
Muletas/ Bengala/ Andador	30
Mobiliário/ Parede	
4 Terapia Endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5 Marcha	

Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometida/ Cambaleante	20
6 Estado Mental	
Orientado/ capaz quanto à sua capacidade/ limitação	0
Superestima capacidade/ Esquece limitações	15
Total: _____	

Fonte: Urbanetto et al (2013).

Risco Baixo: 0 – 24 Risco Médio: 25 – 44 Risco Alto: \geq 45
--

ANEXO 4 - *St. Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly*
(stratify)

#	Perguntas	Sim / Não	
1	Paciente internado por causa de uma queda ou com episódios de queda durante a internação?	Sim = 1	Não = 0
2	Paciente está agitado?	Sim = 1	Não = 0
3	Paciente com alterações visuais que afetem a sua atividade diária?	Sim = 1	Não = 0
4	Paciente com necessidade de utilizar o banheiro com frequência?	Sim = 1	Não = 0
5	<p>Paciente tem pontuação de transferência ou de mobilidade de 3 ou 4?</p> <hr/> <p><i>Escore de transferência:</i> Escolha uma das seguintes opções que melhor descreve o nível de capacidade do paciente quando da transferência de uma cama para uma cadeira:</p> <p>0 = Incapaz 1 = Necessita de grande ajuda 2 = Necessita de pequena ajuda 3 = Independente</p> <hr/> <p><i>Escore de mobilidade:</i> Escolha uma das seguintes opções que melhor descreve o nível de mobilidade do paciente:</p> <p>0 = Imóvel 1 = Independente com auxílio de cadeira de rodas 2 = Utiliza auxílio de andador ou de uma pessoa 3 = Independente</p>	Sim = 1	Não = 0

#	Perguntas	Sim / Não	
	<i>Escores combinados (transferência + mobilidade):</i> _____		
<p>Escore total das questões 1-5: _____</p> <p>0 = Risco baixo 1 = Risco Moderado 2 ou mais = Risco alto</p>			

Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality (2014, tradução nossa).

ANEXO 5 - Escala de equilíbrio funcional de Berg - versão brasileira

Nome _____ Data _____

Local _____ Avaliador _____

Descrição do item ESCORE (0-4)

- 1 . Posição sentada para posição em pé _____
- 2 . Permanecer em pé sem apoio _____
- 3 . Permanecer sentado sem apoio _____
- 4 . Posição em pé para posição sentada _____
- 5 . Transferências _____
- 6 . Permanecer em pé com os olhos fechados _____
- 7 . Permanecer em pé com os pés juntos _____
- 8 . Alcançar a frente com os braços estendidos _____
- 9 . Pegar um objeto do chão _____
- 10 . Virar-se para olhar para trás _____
- 11 . Girar 360 graus _____
- 12 . Posicionar os pés alternadamente no degrau _____
- 13 . Permanecer em pé com um pé à frente _____
- 14 . Permanecer em pé sobre um pé _____

Total _____

Instruções gerais

Por favor, demonstrar cada tarefa e/ou dar as instruções como estão descritas. Ao pontuar, registrar a categoria de resposta mais baixa, que se aplica a cada item. Na maioria dos itens, pede-se ao paciente para manter uma determinada posição durante um tempo específico. Progressivamente mais pontos são deduzidos, se o tempo ou a distância não forem atingidos, se o paciente precisar de supervisão (o examinador necessita ficar bem próximo do paciente) ou fizer uso de apoio externo ou receber ajuda do examinador. Os pacientes devem entender que eles precisam manter o equilíbrio enquanto realizam as tarefas. As escolhas sobre qual perna ficar em pé ou qual distância alcançar ficarão a critério do paciente. Um julgamento pobre irá influenciar adversamente o

desempenho e o escore do paciente. Os equipamentos necessários para realizar os testes são um cronômetro ou um relógio com ponteiro de segundos e uma régua ou outro indicador de: 5; 12,5 e 25 cm. As cadeiras utilizadas para o teste devem ter uma altura adequada. Um banquinho ou uma escada (com degraus de altura padrão) podem ser usados para o item 12.

1. Posição sentada para posição em pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

- 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
- 3 capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos
- 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
- 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
- 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.

- 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão
- 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item No. 3. Continue com o item No. 4

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho

Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.

- 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos
- 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão
- 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos

1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos

0 incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos

4. Posição em pé para posição sentada

Instruções: Por favor, sente-se.

4 senta-se com segurança com uso mínimo das mãos

3 controla a descida utilizando as mãos

2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida

1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle

0 necessita de ajuda para sentar-se

5. Transferências

Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.

4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos

3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos

2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão

1 necessita de uma pessoa para ajudar

0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

4 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança

3 capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão

2 capaz de permanecer em pé por 3 segundos

1 incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé

0 necessita de ajuda para não cair

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.

- () 4 capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança
- () 3 capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão
- () 2 capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos
- () 1 necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- () 0 necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.

(O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).

- () 4 pode avançar à frente mais que 25 cm com segurança
- () 3 pode avançar à frente mais que 12,5 cm com segurança
- () 2 pode avançar à frente mais que 5 cm com segurança
- () 1 pode avançar à frente, mas necessita de supervisão
- () 0 perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé

Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.

- () 4 capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança
- () 3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão
- () 2 incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente¹⁴²¹

- () 1 incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando
 - () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé

Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem tirar o pé do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. (O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento)

- () 4 olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso
- () 3 olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso
- () 2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio
- () 1 necessita de supervisão para virar
- () 0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

11. Girar 360 graus

Instruções: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.

- () 4 capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente
- () 1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
- () 0 necessita de ajuda enquanto gira

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio

Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes.

- () 4 capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos
- () 2 capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
- () 1 capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instruções: (demonstre para o paciente) Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- () 4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- () 3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- () 2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- () 1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- () 0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.

- () 4 capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos
- () 3 capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos

- () 2 capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 3 segundos
- () 1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
- () 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
- () Escore total (Máximo = 56)

Fonte: Miyamoto et al (2004).