UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOPITALAR
MESTRADO PROFISSIONAL

Cristiane Ferraz da Silva

Tecnologia educacional para prevenção de queda do paciente cirúrgico baseada na análise dos fatores de risco

Rio de Janeiro
2016

Cristiane Ferraz da Silva

Tecnologia educacional para prevenção de queda do paciente cirúrgico baseada na análise dos fatores de risco

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Orientadora: Profª Drª Karinne Cristinne da Silva Cunha

Linha de Pesquisa: "Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar"

Rio de Janeiro
2016

Cristiane Ferraz da Silva

Tecnologia educacional para prevenção de queda do paciente cirúrgico baseada na análise dos fatores de risco

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação – Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Aprovada em 08 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof.ª Dra. Karinne Cristinne da Silva Cunha - UNIRIO
Presidente

_____
Prof.ª Dra. Renata Flavia Abreu da Silva
1º Examinador

_____
Prof.ª Dra. Mônica de Almeida Carreiro
2º Examinador

_____
Prof.ª Dra. Danielle Galdino de Paula
Suplente

_____
Prof. Dr. Alexandre Sousa da Silva
Suplente

Rio de Janeiro
2016

RESUMO

Silva, Cristiane Ferraz. Tecnologia educacional para prevenção de queda do paciente cirúrgico baseada na análise dos fatores de risco. 71f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Introdução: A presente pesquisa tem como objeto de estudo a queda do paciente no ambiente hospitalar. A queda é descrita como sendo um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Neste contexto, pensou-se na queda do paciente na enfermaria de clínica cirúrgica e nos aspectos multifatoriais que envolvem a sua ocorrência. Sendo assim, a identificação dos fatores de risco, suas prevalências e causas relacionais são fundamentais para a manutenção da segurança do paciente. **Objetivos:** analisar os fatores de risco de queda nos pacientes internados em uma clínica cirúrgica, identificar a prevalência dos fatores de risco de queda intrínsecos durante a internação do paciente, mapear os fatores de risco extrínsecos relacionados ao ambiente de internação hospitalar, desenvolver tecnologia educacional a respeito da temática queda do paciente no ambiente hospitalar da clínica cirúrgica. **Metodologia:** estudo transversal, tendo como participantes pacientes internados na clínica cirúrgica de um hospital no Município do Rio de Janeiro. Foi aplicado um questionário contendo os fatores de risco de queda descritos no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde no mês de janeiro de 2015. **Resultados:** Foram entrevistados 98 pacientes, destes 5 (5,1%) tiveram queda. Destaca-se que 100% (5) dos pacientes que sofreram queda tinham o fator de risco comprometimento da visão, 80% (4) apresentavam idade maior que 65 anos e anemia, 60% (3) apresentavam ansiedade, faziam uso de quatro ou mais medicamentos e tinham história prévia de queda. Referente aos casos de queda, todos os leitos estavam com as grades adequadas. Em um caso de queda registrado a campainha estava danificada. **Conclusão:** O produto final desta dissertação é uma tecnologia educacional a respeito da temática queda do paciente no ambiente hospitalar da clínica cirúrgica. O material desenvolvido foi pautado nos fatores de risco de maior prevalência no cenário de estudo e na realidade vivenciada pelos profissionais de saúde. Os fatores de risco de queda descritos no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde serviram como base para essa pesquisa, porém observou-se a necessidade de padronizar tais fatores a partir do perfil clínico do paciente. A capacitação dos profissionais de enfermagem do cenário do estudo ocorreu e observou-se maior número de notificação de queda de paciente após treinamento, resultado que poderá ser visto em estudo futuro.

Descritores: Acidentes por queda; Segurança do paciente; Fatores de risco; Medidas de segurança; Enfermagem.

ABSTRACT

Silva, Cristiane Ferraz. Educational Technology for fall prevention of surgical patients based on risk factors analysis. 71f. Dissertation (Professional Master) – Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Introduction: This research focus on patients' fall in a hospital environment. A fall is described as an unintentional displacement of the body to an inferior level when compared to its initial position. It can be provoked by a variety of factors and results or not in damage to the patient. Thus, this study was thought to treat patient's fall in a surgical clinic's nursery environment in the context of the multifactor aspects that involves its occurrence. Considering also, that identifying risk factors, its prevalence and relational causes are fundamental for patients' safety maintenance. **Objectives:** Analyze the fall's risk factors for admitted patients in a surgical clinic; identify the prevalence of the fall's intrinsic risk factors during patient stay time, map extrinsic risk factors related to hospital admittance environment, develop an educational technology for patient's fall in a hospital surgical clinic environment. **Methodology:** Cross sectional study with admitted patients in a Rio de Janeiro municipality hospital's surgical clinic. A questionnaire containing risk factors as described by the Ministry of Health Fall Prevention Protocol was applied on January 2015. **Results:** 98 patients were interviewed, from which 5 (5.1%) experienced fall events. All of those 5 (100%) patients who experienced fall presented the compromised vision risk factor, 4 (80%) were 65 or more years old and had anemia, 3 (60%) presented anxiety, used four or more medicines and had former falling history. About the falling events, all beds had their suitable rails and in one of the falling events, the nurse station alarm was damaged. **Conclusions:** The final product of this research is an educational technology for patient's fall in a hospital surgical clinic environment. The material development was based on the most frequent risk factors found on the context of this study and on the reality experienced by health care professionals. Risk factors described by the Ministry of Health Fall Prevention Protocol were used as ground reference for this study, in another hand the need for a standardization of these factors by patients' clinical profile was observed and is recommended. Health care professionals' capacitation should be an important strategy for appropriate identification of patients in fall risk, for the establishment of fall prevention measures, events notification, number of falling events reduction and consequently resulting damages mitigation.

Descriptors: Accidental Falls; Patient Safety; Risck Factors; Security Measures; Nursing.

LISTA DE TABELAS

- **Tabela 1** - Diferenciação dos pacientes quanto à idade, ao sexo e ao desfecho queda (p. 27).
- **Tabela 2** - Presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus e o desfecho queda nos participantes (p. 30).
- **Tabela 3** - Enfermaria de clínica cirúrgica do paciente no dia da entrevista e o desfecho queda (p. 31).
- **Tabela 4** - Condição operatória do paciente no dia da entrevista e o desfecho queda (p. 31).
- **Tabela 5** - Presença de acompanhante com o participante no dia da entrevista e o desfecho queda (p. 32).
- **Tabela 6** - Tempo de internação do paciente na enfermaria de clínica cirúrgica e o desfecho queda (p. 33).
- **Tabela 7** - Presença da pulseira amarela para risco de queda nos participantes do estudo (p. 34).
- **Tabela 8** - Presença dos fatores de risco psico-cognitivos e o desfecho queda (p. 35).
- **Tabela 9** - Condições de saúde e desfecho queda nos entrevistados (p. 36).
- **Tabela 10** - Condições de saúde e desfecho queda nos entrevistados (p. 38).
- **Tabela 11** - Presença de dificuldade funcional no desenvolvimento das atividades de vida diária nos entrevistados (p. 39).
- **Tabela 12** - Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha nos entrevistados (p. 39).
- **Tabela 13** - Presença de problemas articulares e deformidade nos membros inferiores (p. 40).
- **Tabela 14** - Prevalência de fraqueza muscular no grupo dos pacientes que sofreram queda (p. 41).
- **Tabela 15** - Presença de comprometimento sensorial como fator de risco para queda no entrevistado (p. 42).
- **Tabela 16** - Fator de risco de queda referente ao equilíbrio corporal segundo relato do paciente (p.43).
- **Tabela 17** - Quantidade de entrevistados que se encontravam fazendo uso de quatro ou mais medicamentos (p. 44).
- **Tabela 18** - Presença de história prévia de queda segundo relato do participante (p.45).
- **Tabela 19** - Avaliação da dependência do paciente em relação à promoção do autocuidado no ambiente da enfermaria (p. 46).
- **Tabela 20** - Perfil do paciente em relação à avaliação de dependência e meio de locomoção (p. 47).
- **Tabela 21**- Presença de pelo menos um fator de risco de queda no total de participantes do estudo (p. 48).

LISTA DE FIGURAS

- **Figura 1 -** Diagrama – Descrição das etapas de coleta de dados (p. 15).
- **Figura 2 -** Distribuição dos participantes que sofreram queda por idade (p. 29).

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- **ANVISA -** Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **AVC –** Acidente Vascular Cerebral
- **CEP –** Comitê de Ética em Pesquisa
- **CIPNSP –** Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
- **CONEP –** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- **DVP –** Doença Vascular Periférica
- **MS –** Ministério da Saúde
- **PNSP –** Programa Nacional de Segurança do Paciente
- **OMS –** Organização Mundial de Saúde
- **SNC –** Sistema Nervoso Central
- **TCLE –** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **TE –** Tecnologia Educacional
- **UNIRIO –** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Sumário

1. Considerações Iniciais 10
1.1 Problematização 10
1.2 Questões Norteadoras 12
1.3 Objetivos do estudo 12
1.4 Justificativa e contribuições 13
2. Metodologia 15
2.1 Tipo de pesquisa 15
2.2 Cenário do estudo 15
2.3 Participantes do estudo 16
2.4 Coleta de dados 17
2.4.1. Etapa I – Coleta de dados sobre fatores de risco de queda 17
2.4.2. Etapa II – Coleta de dados sobre incidente queda segundo o participante do estudo 18
2.4.3. Etapa III – Coleta de dados sobre incidente queda segundo notificação e registro . 18
2.5 Análise dos dados 18
2.6 Produto final da dissertação 19
2.7 Aspectos éticos da pesquisa 20
2.8 Orçamento da pesquisa 20
3. Revisão de Literatura 21
3.1 Protocolo de Prevenção de Quedas 21
3.2 Prevenção de queda como promoção de saúde e ações de intervenção 22
3.3 Medidas de intervenção para prevenção de queda 23
3.4 A tecnologia educacional como produto da dissertação 25
4. Resultados e Discussão 27
4.1 Etapa I 27
4.1.1 Perfil clínico do participante 27
4.1.2 Fatores de risco de queda intrínsecos aos participantes do estudo 33
4.1.3 Perfil de dependência dos participantes do estudo em relação ao risco de queda. . 46
4.1.4 Fatores de risco de queda extrínsecos aos participantes do estudo relacionados ao ambiente da enfermaria e banheiro. 49
4.2 Etapas II e III - Registro de queda durante período de internação 51
4.2.1 Perfil da queda segundo formulário de registro de queda após alta hospitalar 52
5. Conclusão 53
Referências 55

Apêndices 59
Apêndice A – Questionário de Coleta de Dados 60
Apêndice B – Formulário Registro de queda 64
Apêndice C – Roteiro para a ligação telefônica 66
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 67
Anexos 68
Anexo A – Memorando autorização de coleta de dados 69
Anexo B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa 70

1. Considerações Iniciais

1.1 Problematização

Os programas de acreditação hospitalar utilizam as taxas de eventos adversos para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços hospitalares. Os enfermeiros dentro das instituições hospitalares podem estar envolvidos com falhas na assistência ao paciente. A queda do paciente encontra-se dentro dessas situações, como também os erros de medicação, a extubação, as queimaduras durante os procedimentos, hemorragias por desconexão de drenos e cateteres entre outros (NASCIMENTO et al, 2008).

Um estudo de revisão integrativa sobre a temática: fatores de risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados, das publicações utilizadas para análise, nos dezoito países dos estudos encontrados, o Brasil estava na oitava posição em termos de publicação com o tema, com total de três (4,2%) pesquisas. Sobre os preditores de quedas identificados nos estudos revisados, aqueles relacionados ao paciente foram maioria (SEVERO et al, 2014).

A queda tem incidência de 12,4% em ambientes cirúrgicos, sendo considerado o evento adverso mais comum entre pacientes hospitalizados. Mas poderá ser mitigada por meio de estratégias de melhoria na estrutura do ambiente hospitalar e através de programa de prevenção (DICCINI, PINHO e SILVA, 2008).

A mensuração do nível de risco do paciente sofrer queda pelo profissional de saúde é necessária para a promoção de intervenções preventivas, portanto é imprescindível que tais fatores de risco de queda sejam identificados com o intuito de evitar esse agravo à saúde (SEVERO et al, 2014).

> Considera-se queda quando: o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário (BRASIL, 2013).

A queda é descrita como sendo um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano (BRASIL, 2013).

A queda do paciente no cenário hospitalar é um incidente que poderá gerar danos ao mesmo. A identificação dos fatores de risco de queda e o estabelecimento de medidas

adequadas de prevenção para a sua ocorrência deverão ser priorizadas diariamente a fim de proporcionar ao paciente o máximo de segurança.

A queda do paciente no ambiente da enfermaria permeia aspectos diversos, como: a identificação do paciente com risco, ou seja, a definição do diagnóstico de enfermagem "Risco de Quedas"; o estabelecimento de medidas de prevenção pela equipe de saúde; o fluxo da notificação da queda e o fluxo de atendimento ao paciente após a queda.

A identificação dos fatores de risco de queda poderá ser realizada utilizando-se uma escala adequada ao perfil do paciente assistido. Porém, tais fatores são dependentes de características intrínsecas ao paciente, da sua condição de saúde e tratamento. Sobre o tratamento médico, as medicações prescritas, as dosagens e os aprazamentos poderão contribuir com a do paciente sofrer a queda.

Os profissionais de saúde precisam conhecer os fatores de risco para quedas, além de critérios para identifica-los e avalia-los, porque na literatura científica há quantidade pequena de instrumentos testados nos cenários diversos que avaliam os riscos de queda (SEVERO et al, 2014).

Os fatores de risco ambientais, como a disposição dos móveis, o tipo de superfície do chão, a presença de barras de segurança e os fatores de risco intrínsecos ao paciente que dizem respeito a sua marcha e locomoção relacionam-se e em algumas situações são interdependentes. Além disto, condições do pré-operatório e pós-operatório interferem e modificam para maior o risco para queda.

Para a identificação do risco de queda é importante estabelecer em conjunto os fatores de risco intrínsecos presentes ou não no paciente com os fatores de risco extrínsecos, relacionados ao ambiente e ao cuidado prestado pelo profissional (SEVERO et al, 2014).

Neste contexto, pensou-se na queda do paciente na enfermaria de clínica cirúrgica e nos aspectos multifatoriais que envolvem a sua ocorrência. Sendo assim, a identificação dos fatores de risco, suas prevalências e causas relacionais são fundamentais para a manutenção da segurança do paciente.

Em estudo anterior desenvolvido no cenário de estudo em questão referente a notificação e os fatores de risco para queda, os resultados indicaram falhas nos aspectos que envolvem a dificuldade em identificar o paciente em risco de queda no momento da internação pelo profissional de saúde, ausência de medidas individuais para prevenção do incidente e erros durante notificação do evento. Os problemas compreenderam tanto a ausência de programas de capacitação e estímulo para o uso correto da ficha de notificação de

queda como também o registro do incidente no local errado, neste caso era feito no livro de ordem e ocorrência da enfermaria, gerando subnotificações (SILVA, 2013).

Não há registros anteriores de treinamento em serviço envolvendo a temática prevenção de queda nesta clínica cirúrgica o que corrobora com a construção deste projeto.

Um trabalho, realizado em um hospital pertencente à Rede de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, identificou a prevalência de queda em uma unidade de internação cirúrgica como evento adverso em seis casos (2,75%) do total de 218 (100%) durante o transcorrer de um ano. Tal acidente ocasionou nova intervenção cirúrgica e maior tempo para o cuidado (PARANAGUÁ et al, 2013).

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a queda do paciente no ambiente hospitalar.

1.2 Questões Norteadoras

Pensando no cenário da enfermaria de clínica cirúrgica de um hospital no Município do Rio de Janeiro, foram feitas as seguintes questões norteadoras:

- Quais os fatores de risco de queda intrínsecos apresentados pelo paciente no momento da internação?
- Quais são os fatores extrínsecos presentes no ambiente de internação hospitalar?
- Existe associação entre os fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos no paciente que sofreu a queda?

1.3 Objetivos do estudo

Geral:

- Analisar os fatores de risco de queda nos pacientes internados em uma clínica cirúrgica.

Específicos:

- Identificar a prevalência dos fatores de risco de queda intrínsecos durante a internação do paciente.
- Mapear os fatores de risco extrínsecos relacionados ao ambiente de internação hospitalar.
- Desenvolver tecnologia educacional a respeito da temática queda do paciente no ambiente hospitalar da clínica cirúrgica.

1.4 Justificativa e contribuições

Justifica-se a escolha da temática em tela, visto que a queda do paciente no ambiente hospitalar é um evento evitável, havendo formas de prevenção que deverão ser discutidas e trabalhadas com os diversos participantes envolvidos na assistência.

Por isso, é relevante a escolha da construção da tecnologia educacional para capacitação dos profissionais de saúde da clínica cirúrgica visando os fatores de risco de queda mais prevalentes em relação à forma como ocorre o incidente neste cenário, com enfoque no perfil clínico do paciente, estratégias de prevenção pautadas na realidade estrutural, profissional e de acordo com os recursos disponíveis.

Através da capacitação pautada na prevenção da ocorrência de queda pretendem-se diminuir os custos do tratamento e do tempo de internação advindos das intercorrências clínicas possíveis apresentadas pelo paciente após o evento da queda, como custos com exames diagnósticos de imagem, tratamento medicamentoso, intervenções cirúrgicas emergenciais, aumento da demanda de tempo de assistência e desgaste físico e psíquico da equipe interdisciplinar.

No Brasil, a causa da ocorrência de queda e erros de medicação incide sobre a equipe de enfermagem em diversas situações, mesmo sabendo que além dos erros cometidos durante a assistência, contribuem para isso também: as falhas do ambiente, das estruturas e dos processos de trabalho mal elaborados (TEIXEIRA e CASSIANI, 2014).

A queda do paciente no ambiente hospitalar ainda poderá causar desconforto e lesões de gravidade variável ao paciente, podendo levá-lo ao óbito ou agravar seu quadro clínico dependendo da extensão do problema ocasionado. Além da ocorrência da queda contribuir de forma negativa para a imagem da instituição.

A análise de incidentes relacionados à segurança do paciente deverá ser feita no momento em que há perda dos níveis de qualidade na instituição. Neste intuito ações deverão ser tomadas a fim de corrigir os erros para a melhoria do processo de trabalho (TEIXEIRA e CASSIANI, 2014).

A realização deste estudo irá contribuir com as publicações científicas na área, promovendo incentivo e auxiliando na construção de práticas de intervenção para outras Instituições de Saúde, contribuindo deste modo para o fortalecimento da prevenção de quedas nos diversos ambientes hospitalares do Brasil.

O foco principal é por em prática os ideais do Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde e reduzir os casos de queda no cenário de estudo desta pesquisa.

Portanto, destaca-se a relevância deste projeto de Mestrado Profissional a fim de promover ao paciente internado no ambiente hospitalar segurança nos aspectos que envolvem boas práticas assistenciais de prevenção da ocorrência de queda. Proporcionando ao profissional o entendimento dos fatores envolvidos para a sua ocorrência, maneiras de prevenção focando um perfil clínico específico, tendo em mãos os fatores de risco de queda definidos e as medidas adequadas de intervenção após a ocorrência do evento.

O trabalho desenvolvido contribuiu para a linha de pesquisa "Cuidado em Saúde no Espaço Hospitalar" do Mestrado Profissional e do projeto de pesquisa "Avaliação de riscos preveníveis nos procedimentos realizados pela enfermagem" da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO devido a possibilidade de criar uma tecnologia educacional baseada nos resultados do estudo e nas necessidades apresentadas pela instituição. O produto da dissertação é pautado na vivência prática da pesquisadora no cenário de pesquisa e contribuirá na promoção da saúde do paciente ao propor a prevenção da queda como meta.

2. Metodologia

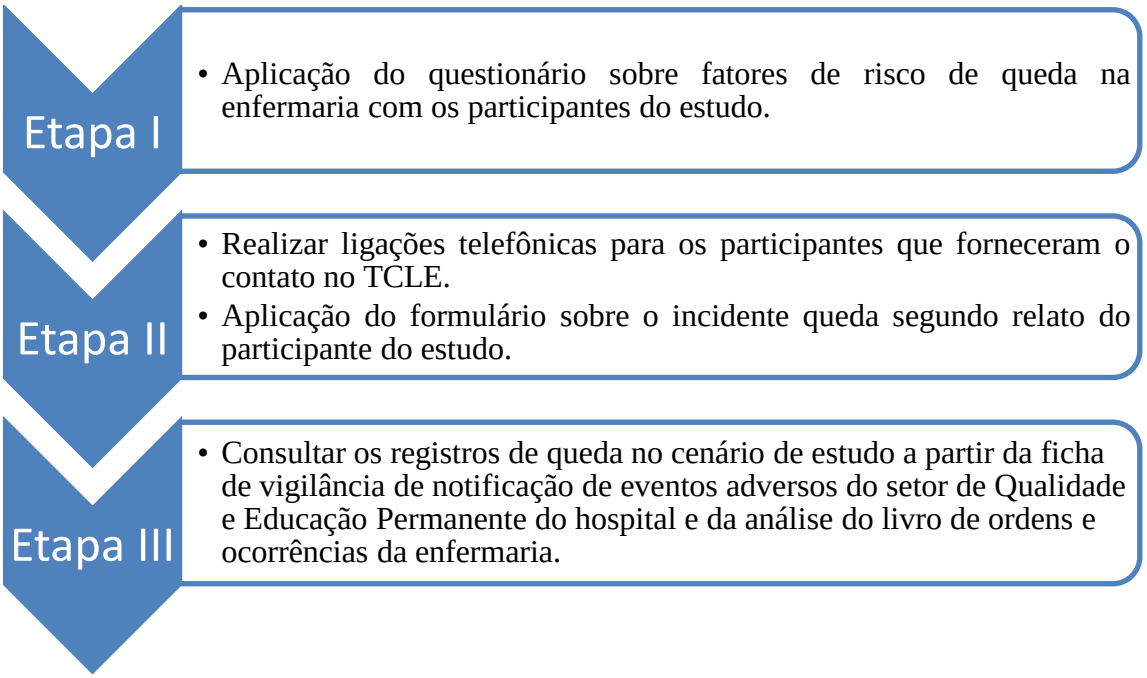
2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal. Estudos transversais examinam dados num ponto do tempo; isto é, os dados coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos (WOOD e HABER, 2001).

A coleta de dados ocorreu em três etapas como pode ser visto na Figura I.

Figura 1

Diagrama – Descrição das etapas de coleta de dados



2.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em uma enfermaria de clínica cirúrgica de um hospital no Município do Rio de Janeiro.

Justifica-se a escolha do cenário deste projeto de mestrado porque se observou, através de pesquisa anterior realizada nesta instituição, número superior de registros de queda no livro de ordem e ocorrência da clínica cirúrgica em comparação com a clínica médica. Destacaram-se nesta pesquisa situações errôneas envolvendo o Diagnóstico de Enfermagem "Risco de Quedas" pelo enfermeiro e problemas a respeito do fluxo de notificação do evento (SILVA, 2013).

O andar escolhido para a coleta dos dados atende aos pacientes das seguintes clínicas: cirurgia vascular, cirurgia geral, neurocirurgia e cirurgia em proctologia. Neste setor de clínica cirúrgica encontram-se trinta leitos distribuídos em quinze quartos, cada quarto com disponibilidade de ocupação de dois leitos.

Ao longo da enfermaria, a quantidade de cada leito por clínica se divide da seguinte forma:

- Clínica Cirúrgica Proctologia: seis leitos.
- Clínica de Cirurgia Vascular: oito leitos.
- Clínica de Neurocirurgia: seis leitos.
- Clínica de Cirurgia Geral: dez leitos.

O andar possui um posto de enfermagem, contendo: um arsenal com materiais para realização de cuidados ao pacientes, uma área com bancada específica para manipulação de medicamentos e infusões de forma geral, um setor com armário para armazenar os prontuários e prescrições dos pacientes e uma bancada para a equipe sentar e realizar anotações. O posto possui vidro para observação externa do corredor, mas não é possível visualizar dentro dos quartos, contém também um quadro onde consta o nome de cada paciente por quarto e uma lâmpada vermelha que é acesa quando o paciente aciona a campainha dentro da enfermaria por ajuda.

Em cada quarto encontram-se um banheiro na entrada à esquerda após a porta. Cada paciente possui como estrutura mínima dentro do quarto: uma cama com grades laterais; uma poltrona; um móvel com gavetas na lateral da cama e uma mesa de alimentação na frente do leito. Há uma janela no quarto, uma televisão presa na parede; um ar condicionado e uma campainha ao lado de cada leito.

2.3 Participantes do estudo

Os participantes foram os pacientes internados na enfermaria da clínica cirúrgica de um hospital no município do Rio de Janeiro. Ao total foram entrevistados noventa e oito participantes.

Foram incluídos na amostra:

- Os pacientes em pré-operatório ou pós-operatório das clínicas de cirurgia vascular, cirurgia geral, neurocirurgia e cirurgia em proctologia.
- Pacientes que se encontravam no leito da enfermaria no momento da abordagem da coleta de dados pelo pesquisador.

- Que estavam aptos em responder ao questionário referente à primeira etapa da pesquisa e aceitaram participar do estudo após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram excluídos da segunda etapa da pesquisa os participantes que não forneceram o número de telefone para registro dos casos de queda durante o período de internação e que na primeira abordagem do entrevistador tinham idade menor que 18 anos.

A identificação do participante no banco de dados foi descrita em sequência de 1 até 98, tendo sido realizado contato verbal pelo seu nome apenas no início da ligação telefônica segundo dado do TCLE, com o intuito de certificar que tratava-se do participante certo. Apenas a pesquisadora principal tinha acesso à lista com os nomes dos participantes. .

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em três etapas distintas denominadas:

- Etapa I: Coleta de dados sobre fatores de risco de queda intrínsecos e extrínsecos.
- Etapa II: Coleta de dados sobre incidente queda segundo o participante do estudo.
- Etapa III: Coleta de dados sobre incidente queda segundo o livro de ocorrência do cenário de estudo e ficha de notificação de queda no setor de Qualidade e Educação Permanente do Hospital.

A etapa I da pesquisa aconteceu no mês de janeiro de 2015, a etapa II nos meses de fevereiro e março de 2015 e a etapa III aconteceu de forma simultânea as etapas I e II.

2.4.1. Etapa I – Coleta de dados sobre fatores de risco de queda

Nesta etapa foi utilizado um questionário (apêndice A) desenvolvido a partir dos fatores de risco de queda descritos no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde (2013).

A escala de Morse é a atualmente a única escala para avaliação do risco de queda traduzida e adaptada para língua portuguesa. Entretanto, os fatores de risco contidos no instrumento de coleta de dados da presente dissertação de mestrado foram pautados naqueles descritos pelo Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde (2013).

Foi realizado inicialmente teste-piloto para aplicação do questionário da Etapa I anterior a coleta de dados.

A aplicação do questionário ocorreu segundo critérios de inclusão do participante descritos no item 2.3 da metodologia. Foram consideradas a presença ou ausência dos fatores

de risco intrínsecos ao participante para queda, avaliado os fatores de risco extrínsecos segundo o ambiente do quarto, inclusive o banheiro e o perfil clínico do paciente. Referente aos medicamentos em uso pelo participante foi realizado coleta de dados da prescrição no dia da entrevista.

2.4.2. Etapa II – Coleta de dados sobre incidente queda segundo o participante do estudo

Após o término da primeira etapa foi possível obter os números telefônicos dos participantes do estudo para coleta de dados referente ao formulário (apêndice B) sobre a ocorrência do incidente queda na enfermaria do quarto andar posto I. Portanto, a etapa II é continuação da etapa I.

Foram excluídos desta etapa do estudo os participantes que não forneceram o número telefônico ou por aqueles que se negaram a informar o número para contato futuro.

Na etapa II foi realizado contato por telefone com o participante do estudo que foi entrevistado na etapa I da pesquisa, que recebeu alta hospitalar e forneceu o seu contato telefônico após leitura e assinatura do TCLE. Essa etapa é a segunda forma para checar uma possível queda do participante da pesquisa.

Para cada participante foi realizado um contato por telefone após um mês da entrevista na enfermaria. O participante não foi avisado quando receberia a ligação telefônica. Caso não pudesse responder as perguntas, o familiar que estava acompanhando o mesmo durante internação hospitalar poderia responder no seu lugar. As ligações foram feitas no horário de 13h às 17h, de segunda à sexta-feira, pelo telefone fixo da UNIRIO e telefone privado da pesquisadora. O roteiro utilizado na ligação telefônica encontra-se no apêndice C.

2.4.3. Etapa III – Coleta de dados sobre incidente queda segundo notificação e registro

Na terceira etapa do estudo foi realizado um levantamento da incidência de quedas de pacientes que ocorreram no período da coleta de dados. Foram utilizados os registros de queda do setor a partir da ficha de vigilância de notificação de eventos adversos do setor de Qualidade e Educação Permanente do hospital e da análise do livro de ordens e ocorrências da enfermaria.

2.5 Análise dos dados

Os resultados obtidos na coleta de dados nas três etapas foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel 2010®. As variáveis foram listadas em colunas e cada participante em uma linha.

Para análise das variáveis utilizou-se o programa estatístico R® com a finalidade de computar os dados em tabelas e imagens, realizar cálculos estatísticos de significância, medidas de prevalência e incidência.

As variáveis utilizadas nessa pesquisa foram: prevalência dos fatores de risco de queda intrínsecos e dos fatores de risco de queda extrínsecos e incidência de quedas no mês.

2.6 Produto final da dissertação

Visando a redução da incidência de queda em um hospital no Município do Rio de Janeiro, é imprescindível a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos pela Educação Permanente da instituição.

O produto final desta pesquisa é uma tecnologia educacional a respeito da temática queda do paciente no ambiente hospitalar da clínica cirúrgica. O material desenvolvido foi pautado nos resultados dessa dissertação e na abordagem do tema encontrado na literatura científica, através de pesquisas atuais na área e no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde (2013).

A tecnologia educacional foi apresentada no formato de slides através do programa Microsoft Power Point®. Sua construção aconteceu em parceria com o Programa de Residência em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e a Educação Permanente do cenário de estudo.

O produto encontra-se descrito no formato de *slides* (poderá ser vista ao final da dissertação) para nortear o uso da tecnologia educacional pelo profissional da educação permanente, durante capacitação para os profissionais de saúde da clínica cirúrgica, onde foram coletados os dados da pesquisa.

Os seguintes conteúdos compõe a tecnologia educacional em questão:

- fatores de risco intrínsecos mais prevalentes no cenário, medidas individuais de prevenção de queda e abordagem multifatorial da presença de diversos fatores de risco intrínseco em um indivíduo internado;
- valorização dos fatores de risco extrínsecos como responsáveis em favorecer a queda do paciente, com propostas de melhoria para o cenário da enfermaria a fim de reduzir a queda;
- identificação da ocorrência da queda e notificação correta, envolvendo o paciente e seus familiares.

2.7 Aspectos éticos da pesquisa

O trabalho de mestrado em questão trata-se de uma pesquisa de campo envolvendo seres humanos, por isso foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), com o número do registro 850.633 em 30/10/2014. Foram respeitados os princípios da Resolução nº 466/2012 do CONEP.

Os participantes da pesquisa que aceitaram participar das etapas do estudo descritas na coleta de dados, após primeira abordagem durante o período de internação do participante, tiveram que realizar a leitura do TCLE (apêndice D), registrar sua assinatura e número de telefone para contato futuro.

Durante a coleta de dados na enfermaria nos casos em que o pesquisador observou situação de risco para o paciente, medidas de segurança eram realizadas.

2.8 Orçamento da pesquisa

A pesquisa não conta com nenhuma fonte de fomento ou outro tipo de patrocínio, sendo de responsabilidade dos pesquisadores o custeio integral para realização do estudo.

3. Revisão de Literatura

Medidas de prevenção da queda no cenário hospitalar são imprescindíveis para evitar danos ao paciente, promovendo um ambiente seguro, organizado a partir de protocolos baseados em pesquisas científicas.

A prevenção do risco de queda deverá ser norteada pelas características físicas do ambiente de internação, protocolos da instituição, a estrutura de organização da educação permanente e do perfil do paciente assistido.

Sendo assim, torna-se necessário o reconhecimento das medidas de prevenção de risco de queda descritas nas publicações científicas nacionais e internacionais com o intuito de aprofundar o assunto para construção de medidas educativas padronizadas a realidade em questão.

3.1 Protocolo de Prevenção de Quedas

A Portaria número 529 de primeiro de abril de 2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O PNSP tem como um dos seus objetivos específicos fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino de graduação e pós-graduação na área da saúde. São adotadas algumas definições, dentre estas: incidente é considerado um evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou, em dano desnecessário ao paciente e evento adverso é definido como um incidente que resulta em dano ao paciente. Compete ao Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) a prevenção de quedas (BRASIL, 2013).

O CIPNSP é uma instância colegiada no âmbito do Ministério da Saúde, de caráter consultivo e tem como objetivo "promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam" (BRASIL, 2013 art. 6).

O Ministério da Saúde juntamente com a ANVISA e a Fiocruz divulgou no mês de maio de 2013 o Protocolo de Prevenção de Quedas. Tal protocolo é integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Possui como objetivo definido:

> Reduzir a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013, p. 1).

O Protocolo de Prevenção de Quedas deverá ser aplicado ao hospital, portanto incluirá todos os pacientes que recebem cuidado neste serviço, durante o tempo de permanência em todos os ambientes do hospital. O protocolo publicado define como intervenção importante na admissão do paciente na instituição hospitalar a avaliação quanto ao risco de queda utilizando-se uma escala adequada ao perfil do paciente e a determinação dos fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda. Tal avaliação deverá ser repetida diariamente até que o paciente receba alta hospitalar (BRASIL, 2013).

A equipe multiprofissional precisa relatar os incidentes que ocorrem e notifica-los para que haja análise destes eventos e identificação causal, não devendo por isso, ficar a cargo apenas da equipe de enfermagem a responsabilidade sobre esse processo (TEIXEIRA e CASSIANI, 2014).

Sabe-se que, através do uso de protocolos específicos associados ao trabalho conjunto com a educação permanente e com o estabelecimento de barreira de segurança nos sistemas de uma unidade hospitalar, é possível reduzir riscos e danos através do uso de estratégias simples e efetivas de prevenção (OLIVEIRA et al, 2014).

3.2 Prevenção de queda como promoção de saúde e ações de intervenção

No contexto de prevenção de quedas no que tange a promoção da saúde na realidade da comunidade de um idoso, geralmente os programas incluem: treino de força e equilíbrio, atividades de intervenção e avaliação dos obstáculos no domicílio, a revisão dos medicamentos, avaliação funcional e da acuidade visual (ALVES JUNIOR e PAULA et al, 2008).

Todo programa de prevenção de quedas deverá realizar adaptações necessárias para o perfil do grupo a ser trabalhado, em sintonia com os determinantes sociais (ALVES JUNIOR e PAULA et al, 2008).

Considera-se para um programa de prevenção de quedas em idosos três pilares articulados, sendo estes: políticas, pesquisa e prática. As políticas deverão fornecer a infraestrutura necessária para permitir a prevenção na realidade prática. A pesquisa é realizada com intuito de fornecer evidências que respaldem a aplicação das intervenções preventivas. A prática é a evidência sendo aplicada de acordo com as exigências descritas nas normas e protocolos estabelecidos pela política (SCOTT, 2007).

Ao promover uma intervenção na prevenção de queda no ambiente hospitalar é fundamental reconhecer a prevalência dos fatores de risco com o objetivo de implementar

ações de prevenção, pautando-se no controle das causas intrínsecas e eliminação das extrínsecas (ALMEIDA, ABREU e MENDES, 2010).

Para prevenção da queda é notória o benefício resultante dos processos de investigação, da capacitação dos profissionais sobre os riscos de queda nos pacientes internados no hospital e na produção de *guidelines* de prevenção deste incidente (ALMEIDA, ABREU e MENDES, 2010).

A notificação da ocorrência de quedas no cenário hospitalar é fundamental para identificação das circunstâncias do evento e seus possíveis riscos ambientais associados. Para tal é imprescindível o exame físico ao paciente após a ocorrência da queda (SARAIVA et al, 2008).

3.3 Medidas de intervenção para prevenção de queda

A prevenção das quedas de forma sistematizada poderá estar dividida em quatro áreas de intervenção, como: a identificação do paciente em risco, favorecer a autoconfiança deste indivíduo, tornando-o sempre ativo e independente, promover melhorias no cenário de internação a fim de torna-lo seguro (SARAIVA et al, 2008).

A avalição individual do risco de queda do indivíduo no ambiente do hospital permeia uma avaliação criteriosa no momento da admissão. Durante o período de internação, deverá ser realizada contínua monitorização, exigindo adaptação e/ou reformulação das intervenções planejadas a partir do surgimento de novos fatores de risco de queda. A notificação do incidente é fundamental para caracterizar a queda (ALMEIDA, ABREU e MENDES, 2010).

A comunicação do profissional de saúde com o paciente e os familiares sobre o risco real de queda e suas possíveis consequências é primordial para ajudar a reduzir o risco (HENDRICH, 2006).

Para melhoria da qualidade em um hospital deverão estar incluídas atividades de educação do profissional, auditoria de série e *feedback*, podendo até mesmo incluir incentivos financeiros, abordagem multidisciplinar, contínua e sistemática (OHDE et al, 2012).

Atividades para melhoria da qualidade de prevenção de queda foram descritas em estudo observacional realizado em um hospital em Tóquio – Japão, como: 1- uso de ferramenta para avaliação do risco de queda; 2- criação de um protocolo de intervenção para prevenir o mecanismo da queda; 3- intervenções específicas de segurança ambiental; 4- programa de educação profissional; 5- controle dos cumprimentos pelo profissional de saúde e dos mecanismos de *feedback* (OHDE et al, 2012).

Um estudo transversal realizado com enfermeiras em unidades de saúde do Estado do Michigan - Estados Unidos identificou conjunto de cinco intervenções para prevenção de queda mais adotadas nestas instituições, são estas: 1- preencher uma avaliação de risco de queda na admissão; 2- manutenção dos freios da cama hospitalar bloqueados; 3- uso de pulseira de risco de identificação de queda; 4- colocar cama do paciente em posição baixa; 5- completar avaliação diária do estado mental do paciente (TZENG e Yin, 2013).

Sobre o estudo relatado acima, foram descritos ainda cinco intervenções para prevenção de queda mais eficazes, como: 1- manutenção dos freios da cama hospitalar bloqueados; 2- manutenção das superfícies dos pisos limpos e secos; 3- uso de calçado apropriado para os pacientes; 4 - manutenção de uma luz de chamada ao alcance do paciente; 5- reduzir os riscos para o paciente tropeçar (TZENG e Yin, 2013).

Uma pesquisa recomendou a identificação dos vinte fatores de risco de queda mais observados com o objetivo de combiná-los com estratégias de prevenção, cruzando a frequência do uso destas intervenções com sua eficácia. Tal medida propõe identificar oportunidades de cursos de reciclagem no trabalho (TZENG e Yin, 2013).

No contexto canadense, muitos hospitais tentam alcançar a acreditação em segurança do paciente com a implantação de práticas baseadas em evidências na prevenção de quedas (IRELAND et al, 2013).

Através do uso da metodologia de estudo de caso foi realizada uma pesquisa em três hospitais no Canadá. Identificaram-se quatro recomendações com o intuito de guiar medidas de prevenção de queda, sendo estas: 1- a necessidade de reconhecer e ouvir as competências e realidades clínicas da equipe; 2- a importância da manutenção simplificada do processo de implantação; 3- o reconhecimento do que parece simples se torna complexo para atender as necessidades individuais do paciente; 4- necessidade de ver o processo como melhoria da qualidade (IRELAND et al, 2013).

Na realidade brasileira, em um estudo de quatro anos de seguimento realizado em um hospital privado na cidade de São Paulo, objetivou apresentar os resultados de um protocolo de gerenciamento de quedas implantado nesta unidade. A vivência da pesquisa mostrou a importância do uso de protocolos e indicadores de avaliação como ferramenta para melhoria no que se refere à qualidade assistencial nos moldes da segurança para o paciente (CORREA et al, 2002).

Pesquisa realizada em 2013 teve como objetivo traduzir e adaptar transculturalmente a *Morse Fall Scale* para a língua portuguesa do Brasil. A partir deste estudo foi possível que

profissionais utilizassem a escala para avaliação do risco de quedas em pacientes hospitalizados (URBANETTO et al, 2013).

Um estudo sugeriu que a prevenção para queda pode ser intensificada quando existem determinadas características que favorecem o incidente. Por isso, é importante manter medidas para garantir a adesão às ações de prevenção pela equipe, paciente e acompanhante, realizar busca ativa para o aumento da notificação do evento e medidas que priorizem o ambiente (CORREA et al, 2002).

3.4 A tecnologia educacional como produto da dissertação

A tecnologia educacional (TE) compreende: "a forma sistemática de planejar, implementar e avaliar o processo total da aprendizagem e da instrução em termos de objetivos específicos". Pretende tornar a instrução mais efetiva a partir do resultado de pesquisas de aprendizagem humana, comunicação e materiais (BRASIL, 2015).

As TE servem como instrumento aos profissionais e pesquisadores no desenvolvimento de um trabalho pedagógico de construção do conhecimento (BRASIL, 2015).

Não foi encontrado na literatura científica trabalho referente à tecnologia educacional como recurso para prevenção de queda do paciente no ambiente hospitalar. As publicações têm como foco a TE como meio de promoção do conhecimento junto ao paciente, com objetivo de favorecer o autocuidado. O mesmo pode ser dito do uso da TE para transmissão de conhecimento ao profissional de saúde na prática clínica.

O uso das tecnologias para criar instrumentos que auxiliam o trabalho é um recurso utilizado por enfermeiros, porém são pouco divulgadas e escassas como mostram os periódicos de enfermagem sobre o tema (OLIVEIRA, FERNANDES e SAWADA, 2008).

O enfermeiro utiliza-se dos recursos tecnológicos para promoção da saúde, manutenção e recuperação quando interliga conhecimento científico aos procedimentos técnicos (OLIVEIRA, FERNANDES e SAWADA, 2008).

O produto tecnológico que surge ao se agregar a vivência da prática com conhecimento científico, proporciona aos profissionais envolvidos dinâmica no trabalho, tornando-o mais ágil e fácil.

A enfermagem produz tecnologia ao empregar criatividade para superar dificuldades e resolver problemas no decorrer do seu processo de trabalho (MENDES, 2013).

A tecnologia educacional construída neste estudo será utilizada como modelo para capacitação dos profissionais de enfermagem da clínica cirúrgica do cenário do estudo no

primeiro momento, porém poderá ser aplicada a qualquer profissional envolvido na assistência ao paciente.

4. Resultados e Discussão

4.1 Etapa I

Os resultados nessa fase da pesquisa compreendem os dados da Etapa I de coleta de dados através da aplicação do questionário sobre fatores de risco de queda na enfermaria de clínica cirúrgica com os participantes do estudo. Ao total foram entrevistados 98 pacientes internados, no mês de janeiro de 2015. Ocorreram neste período 5 (5,1%) casos de queda. Serão descritos a prevalência dos fatores de risco entre os participantes do estudo que sofreram queda e daqueles que não tiveram o desfecho.

Na literatura científica encontram-se pesquisas que buscaram encontrar a incidência de queda no ambiente hospitalar como pode ser visto abaixo.

Em pesquisa desenvolvida por Diccini, Pinho e Silva (2007) em unidade de neurocirurgia, no período de sete meses, foram descritos oito (8,2%) pacientes que apresentaram queda do total de 97 da amostra, resultado maior do que o encontrado na pesquisa em questão.

Porém Paiva et al (2010), encontraram média de queda menor em um Hospital Universitário durante 30 meses de avaliação das notificações em boletim de evento adverso, foi igual a 2,6 quedas no mês.

4.1.1 Perfil clínico do participante

O perfil clínico do participante do estudo compreendeu a idade, o sexo, a comorbidade, a enfermaria de internação, a condição operatória, se estava com acompanhante e o tempo de internação.

Tabela 1

Diferenciação dos pacientes quanto à idade, ao sexo e ao desfecho queda.

Sofreu queda	Feminino	Masculino	> 65 anos	< 65 anos
Não	46	47	32	61
Sim	4	1	4	1
Total	50	48	36	62

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Referente ao sexo no quesito gênero tem-se que 50 (51%) dos entrevistados eram do sexo feminino e 48 (49%) do sexo masculino. Não há nos estudos referenciados pelo

Ministério da Saúde razão de associar o sexo do indivíduo com a probabilidade de sofrer queda no ambiente da enfermaria. Porém observa-se maior frequência de queda entre as mulheres, total de 4 casos representando 80%.

Um estudo descritivo realizado em Hospital Universitário notou-se maior prevalência de queda na faixa etária de 60 anos ou mais. Houve predominância de queda entre os pacientes do sexo masculino, justificando-se devido o serviço de enfermagem ser predominantemente feminino, o que expõe o paciente do sexo masculino ao risco com maior frequência por receio de solicitar auxílio (PAIVA et al, 2010).

As mulheres são descritas nas publicações científicas com maior probabilidade de sofrer queda do que os homens devido às mesmas utilizarem mais o serviço de saúde e terem expectativa de vida maior. Porém, em pesquisa realizada por López (2010) houve maior número de quedas nos pacientes hospitalizados do sexo masculino, total de 60% da amostra.

Segundo Costa-Dias et al (2013), em estudo desenvolvido no ambiente hospitalar, do total de pacientes que sofreram queda, 63% eram do sexo masculino.

Na tabela 1 encontra-se a diferenciação dos participantes quanto à idade menor ou superior a 65 anos. Sabe-se que segundo o Ministério da Saúde (2013), o idoso com mais de 65 anos internado no ambiente hospitalar possui risco para queda maior em comparação a pessoas com idade inferior. Observa-se que na presente pesquisa, 36 (36,7%) dos entrevistados tinham idade maior que 65 anos. Corroborando com este dado o estudo apresentou 4 (80%) casos de queda no qual os participantes eram idosos.

Na unidade de neurocirurgia e UTI em estudo de coorte prospectivo verificou-se que 25% das quedas ocorreram em pacientes com idade superior a 65 anos (DICCINI, PINHO e SILVA, 2008).

A maioria das quedas, particularmente nas pessoas idosas, resulta de vários fatores que interagem. Os fatores mais significativos nos pacientes hospitalizados são: marcha claudicante, estado de confusão, incontinência ou a necessidade de usar o banheiro em muitas situações, queda anterior, o uso de sedativos e remédios para dormir. Por isso, as pessoas mais idosas são mais vulneráveis a queda (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2007).

No grupo dos participantes que tiveram o desfecho queda observa-se segundo a figura 2, mediana de idade maior em comparação ao grupo dos pacientes que não caíram. Esse resultado sugere que o paciente com idade superior a 65 anos tem maior probabilidade de cair.

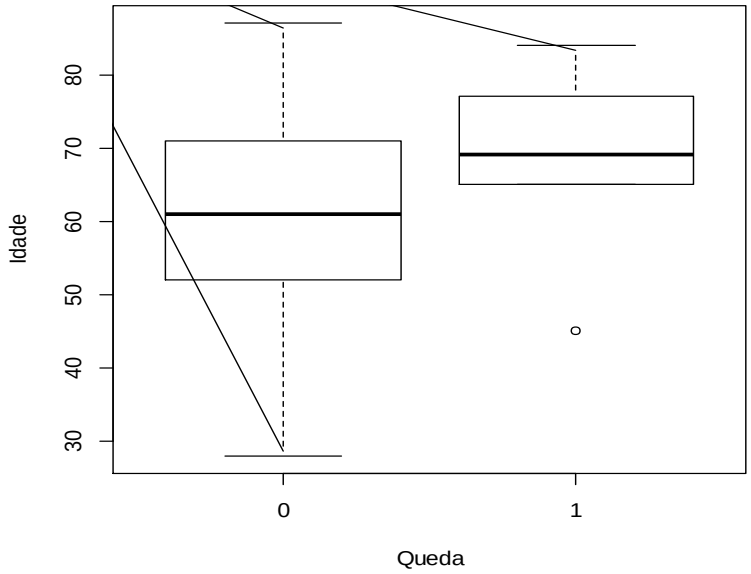


Figura 2

Distribuição dos participantes que sofreram queda por idade (0= ausência do desfecho; 1= desfecho).

A figura 2 mostra a distribuição dos cinco casos de queda em relação à idade dos entrevistados. No grupo de pacientes que não caíram há distribuição simétrica (mediana de 61 anos) entre as faixas etárias, variando entre 28 e 87 anos, com média de 60 anos. No grupo dos participantes que tiveram o desfecho queda a idade variou entre 45 e 84 anos, com média de 68 e mediana em 69 anos.

Sabe-se que na população do estudo diversos foram os motivos de internação do paciente na clínica cirúrgica, envolvendo desde pacientes que se internaram para procedimentos simples, como também para cirurgias complexas que exigiram tempo maior de recuperação. Portanto, neste momento foi considerado relevante à presença das doenças crônicas segundo o Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde e o diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Tabela 2

Presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus e o desfecho queda nos participantes.

Sofreu queda	Hipertensão Arterial	Diabetes mellitus
Não	**55**	**25**
Sim	**4**	**2**
Total	**59**	**27**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Sobre a Hipertensão Arterial 59 (60%) participantes afirmaram ter a doença. Sobre a Diabetes Mellitus 27 (28%) participantes tinham essa patologia. Referente aos pacientes que tiveram o desfecho queda 4 (80%) tinham Hipertensão arterial e 2 (40%) referiram ter Diabetes Mellitus.

Dentre os diagnósticos médicos prevalentes dos pacientes que sofreram queda do leito em um Hospital Universitário destaca-se o Diabetes Mellitus com 34% e a Hipertensão Arterial com 26%. A doença crônica mais comum entre os idosos é a Hipertensão Arterial e geralmente está acompanhada de outras comorbidades (COSTA et al, 2011).

Em pesquisa realizada em um Hospital de Ensino, as doenças do aparelho circulatório corresponderam 19,8% de diagnósticos médicos na admissão dos pacientes que sofreram queda e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 8,7%. A Hipertensão Arterial foi a comorbidade mais frequente com 67,1%, seguida pelo Diabetes Melittus com 34,3% (SOUSA, 2014).

As publicações científicas apresentam o local de internação do paciente como cenário de coleta de dados referente ao evento queda. Nesta pesquisa a clínica cirúrgica é dividida por especialidades e perfis diferentes de pacientes. Portanto, é imprescindível evidenciar se há relação entre o evento queda e a clínica de internação do participante do estudo.

A incidência de queda foi maior na clínica cirúrgica em comparação à clínica médica em trabalho desenvolvido por Sousa (2014). Porém, estudo conduzido por Costa et al (2011) mostrou maior percentual de quedas na internação clínica do que na internação cirúrgica.

Tabela 3

Distribuição dos participantes nas enfermarias e o desfecho queda no dia da entrevista.

Sofreu queda	Geral	Neurologia	Proctologia	Vascular	Total
Não	**37**	**15**	**24**	**17**	**93**
Sim	**1**	**1**	**0**	**3**	**5**
Total	**38**	**16**	**24**	**20**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

O local de internação do participante nos dias da aplicação do instrumento distribuiu-se da seguinte forma: 38 (38,8%) na enfermaria de cirurgia geral, 24 (24,5%) na proctologia, 20 (20,4%) na cirurgia vascular e 16 (16,3%) na neurologia.

No cenário da pesquisa há 10 leitos para a cirurgia geral, além de haver maior rotatividade de internação e alta nesta clínica em comparação as demais, o que se justifica pelos procedimentos de menor complexidade e tempo de recuperação. Entretanto, o maior número de quedas foi identificado na clínica vascular, 3 (60%) do total.

Os eventos adversos foram identificados em uma pesquisa documental onde a clínica cirúrgica foi o cenário de estudo. Observa-se a queda do paciente com incidência de 18,56% do total de eventos adversos. Os fatores de risco para a queda estão presentes principalmente em clientes internados em unidades cirúrgicas, sendo maior em pacientes do pré e pós-operatório de neurocirurgia. O que justifica vigilância maior durante a assistência perioperatória (CARNEIRO et al, 2011).

Referente ao perfil de paciente internado na clínica vascular neste estudo destaca-se a Doença Vascular Periférica (DVP). Silva e Nahas (2002) descreveram que a prevalência da DVP aumenta com a idade de maneira significativa, tendo maior acometimento após os 50 anos, em ambos os sexos, o que pode ser visto nesta pesquisa.

Tabela 4

Condição operatória do paciente no dia da entrevista e o desfecho queda.

Sofreu queda	Pré-operatório	Pós-operatório	Total
Não	**68**	**25**	**93**
Sim	**1**	**4**	**5**
Total	**69**	**29**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

No dia da entrevista, observa-se a partir da tabela 4 que 69 (70,4%) dos participantes encontravam-se no pré-operatório e 29 (29,6%) no pós-operatório. Contudo, há na amostra 4 (80%) pacientes que sofreram queda e encontravam-se no pós-operatório.

O paciente em pós-operatório remete cuidados específicos da equipe de enfermagem. Destacam-se alguns aspectos, na unidade campo de estudo, no momento em que o paciente chega à enfermaria após o procedimento cirúrgico, como: à inserção de medicações na prescrição que não eram utilizadas anteriormente, alterações no padrão de sono, vigília, nível de consciência e frequência que recorre ao banheiro, dor relacionado ao procedimento, uso de dispositivos intravenosos e comprometimento do autocuidado.

Tabela 5

Presença de acompanhante com o participante no dia da entrevista e o desfecho queda.

Sofreu queda	Com acompanhante	Sem acompanhante	Total
Sim	**4**	**1**	**5**
Não	**45**	**48**	**93**
Total	**49**	**49**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Segundo a tabela 5, não houve diferença entre os pacientes no que se refere à presença de acompanhante junto ao paciente na enfermaria, sendo assim 49 (50%) participantes estavam com acompanhante no dia da entrevista e destes 4 (80%) sofreram queda.

A presença do acompanhante poderá diminuir o número de vezes que o paciente solicita a presença da enfermagem no quarto, além do mesmo auxiliar o paciente durante mudanças de posição no leito e banho. Quando o profissional de saúde deixa de orientar o paciente e acompanhante sobre medidas de prevenção de queda e/ou remete ao acompanhante o cuidado de enfermagem, aumenta-se a possibilidade do desfecho negativo.

O acompanhante poderá auxiliar a equipe de enfermagem no que se refere à vigilância aos equipamentos conectados ao enfermo, na alternância de decúbito, ao desconforto e agitação por exemplo. Sendo por isso, capaz de proporcionar segurança física e emocional ao paciente (BEUTER et al, 2009).

Correa et al (2012), caracterizaram o evento queda nas unidades de internação de um hospital privado. A presença do acompanhante com o paciente foi descrita em 58,8% dos eventos de queda e a deambulação do paciente sem utilização de medidas preventivas indicaram a necessidade de intensificar as orientações de enfermagem aos pacientes e acompanhantes.

Meneguin, Ayres e Bueno (2014) descreveram a ocorrência de queda no ambiente hospitalar. Ressaltam que 35,8% dos pacientes tinham acompanhante e mesmo assim sofreram queda. Está informação mostra que a presença do acompanhante junto ao idoso não impede a ocorrência deste evento adverso.

Tabela 6

Tempo de internação do paciente na enfermaria de clínica cirúrgica e o desfecho queda.

Sofreu queda	< 1 dia de internação	> 1 dia de internação	Total
Sim	**1**	**4**	**5**
Não	**40**	**53**	**93**
Total	**41**	**57**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Na tabela 6 é descrito o tempo de internação do paciente na enfermaria no momento da entrevista, sabe-se que 41 (42%) dos participantes estavam internados há menos de um dia e 57 (58%) internados em período maior que vinte quatro horas.

Durante o período de internação é necessário avaliação diária dos fatores de risco de queda e medidas de prevenção individuais.

Pesquisa descritiva mostrou que 61,7% das quedas em um hospital ocorreram nos primeiros cinco dias da admissão. O resultado poderá estar relacionado aos fatores como: introdução de novas medicações, ausência de familiaridade com a organização espacial do ambiente e ansiedade pela nova condição (PAIVA et al, 2010).

Meneguin, Ayres e Bueno (2014) indicaram o predomínio de queda nos primeiros trinta dias de internação. Fato este que poderá ser justificado pelo período de adaptação do paciente ao ambiente hospitalar e/ou pela dificuldade de aceitar sua dependência à equipe de enfermagem.

4.1.2 Fatores de risco de queda intrínsecos aos participantes do estudo

Segundo o Ministério da Saúde (2013) existem fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda. A queda do paciente no hospital poderá estar associada aos fatores vinculados ao indivíduo e ao ambiente físico.

Neste momento, serão apresentados os fatores de risco para queda, relacionados ao indivíduo, denominados pela autora como intrínsecos.

Na rotina para reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de queda, na instituição campo de estudo, é descrita a forma de identificar um paciente em alto risco de queda segundo os critérios estabelecidos pela mesma.

A pulseira amarela é utilizada nos pacientes em alto risco de queda com um ou mais fatores, sendo estes: ter idade menor que cinco anos ou maior que 65 anos, paciente agitado ou confuso, com distúrbio neurológico, com sedação e/ou ter dificuldade de marcha.

Ainda são descritos pela rotina desta instituição como tendo alto risco de queda, o paciente em pós-operatório, aqueles que fazem uso de diurético e tranquilizante.

Sendo assim, na tabela 7 encontra-se descrito que 25 (25,5%) dos entrevistados estavam com pulseira amarela no momento da entrevista, enquanto 73 (74,5%) não estavam. Os participantes que tiveram o desfecho queda não estavam identificados com a pulseira amarela nesta pesquisa.

Tabela 7

Presença da pulseira amarela para risco de queda nos participantes do estudo.

Sofreu queda	Com pulseira	Sem pulseira	Total
Não	**25**	**68**	**93**
Sim	**0**	**5**	**5**
Total	**25**	**73**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

O uso de dispositivos para identificar o paciente em risco de queda deverá estar descrito na rotina da instituição, assim como, quando e onde utilizar. Portanto, é fundamental a educação permanente dos profissionais envolvidos na assistência.

O não uso da pulseira amarela, mesmo havendo fatores de risco nos pacientes que sofreram queda, de acordo com os critérios estabelecidos pela instituição, coloca em questão a possível avaliação incorreta do profissional de saúde na admissão do paciente na enfermaria do hospital. Portanto, infere-se que não foram considerados os critérios da rotina do serviço para colocação da pulseira amarela nos pacientes com desfecho queda.

Sistemas de alertas através do computador são utilizados em algumas unidades hospitalares na admissão do paciente para caracterizar, segundo variáveis, o paciente em risco de queda (MARIN, BOURIE e SAFRAN, 2000).

Deverão ser utilizados Procedimentos Operacionais a fim de padronizar a identificação do paciente em risco de queda. É primordial a colocação de sinalização visual de risco de

queda com intuito de alertar toda a equipe de cuidado. Para assegurar a comunicação efetiva durante a passagem de plantão é importante o estabelecimento de processos com intuito de alertar o paciente que se encontra em risco de queda (BRASIL, 2013).

Não foi encontrada na literatura científica pesquisa que reforce a necessidade de identificar o paciente em risco de queda com a pulseira amarela. Entretanto, o uso de etiquetas de identificação de risco nos prontuários dos pacientes foi medida eficaz utilizada durante trabalho desenvolvido por Correa et al (2012).

Tabela 8

Presença dos fatores de risco psico-cognitivos e o desfecho queda.

Sofreu queda	Declínio Cognitivo	Ansiedade	Depressão
Sim	**0**	**3**	**2**
Não	**1**	**44**	**24**
Total	**1**	**47**	**26**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

No que concerne os fatores de risco para queda referentes à análise psico-cognitiva do indivíduo encontrou-se para o declínio cognitivo 1 (1%) participante, para ansiedade 47 (48%) e 26 (26,5%) com depressão. Para mensurar tais fatores de risco para queda foi considerado o relato do paciente sobre a patologia e a avaliação do entrevistador sobre o caso, por isso algumas estratégias padronizadas foram usadas.

Referente ao declínio cognitivo o entrevistador se baseou nas possíveis estratégias para identifica-lo, como perguntar “qual o ano? Onde estamos?”. Soletre a palavra MUNDO de trás para frente. Mostrar 1 relógio e 1 caneta. Pergunte como chamam. Leia e execute a ordem: FECHE OS OLHOS.

Para identificar se o participante tinha ansiedade foram feitos dois questionamentos: “Você tem dificuldade de concentração?”. O entrevistador também observava se existia comportamento de ansiedade do participante durante a entrevista.

Na depressão foram feitos algumas perguntas como: “apresenta tristeza aparente? Apresenta tristeza relatada? Apresenta alteração do sono? Apresenta pensamentos suicidas? Apresenta pensamentos pessimistas?”.

Sobre o registro de queda, foram encontrados 3 (60%) dos pacientes que caíram com quadro de ansiedade e 2 (40%) com depressão. Destacam-se 2 pacientes que tinham depressão associada a ansiedade e sofreram queda. A depressão e a ansiedade não são fatores de risco

descritos usualmente nas pesquisas publicadas que descrevem a associação da queda com os fatores de risco intrínsecos, sendo referenciado geralmente em artigos que falam especificamente da pessoa idosa na comunidade.

A presença de depressão leve foi descrita por Costa et al (2013) em idosos em reabilitação como fator de risco intrínseco para a queda. A amostra identificou 33,3% de idosos com esse fator. Segundo os autores, a presença de depressão aumenta a probabilidade de queda.

Pesquisa anterior realizada com pacientes internados nas enfermarias de cirurgia geral em pré-operatório foi aplicada a escala hospitalar de ansiedade e depressão. Neste estudo foram encontrados 44,3% de casos de ansiedade e 26,6% de casos de depressão. Referente ao paciente em pré-operatório é frequente encontrar sintomas psicológicos de ansiedade e depressão que se confundem com sintomas da doença que originou a intervenção cirúrgica (MARCOLINO et al, 2007).

Tabela 9

Condições de saúde e desfecho queda nos entrevistados.

Sofreu queda	Hipotensão postural	Tonteira	Anemia	Hipoglicemia
Sim	**2**	**2**	**4**	**2**
Não	**32**	**33**	**22**	**18**
Total	**34**	**35**	**26**	**20**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Algumas condições de saúde são fatores de risco para queda. Nesta pesquisa a hipotensão postural apareceu como fator de risco para queda em 34 (34,7%) dos participantes, a tonteira em 35 (35,7%), a anemia em 26 (26,5%) e a hipoglicemia em 20 (20,4%).

Foram utilizados como parâmetro para definir a anemia os valores de hemoglobina abaixo de 13,0 g/dl para homens e abaixo de 12,0 g/dl para mulheres não grávidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

A hipotensão postural, a tonteira e a hipoglicemia foram prevalentes em 2 (40%) dos pacientes que sofreram queda. Porém a anemia foi encontrada em 4 (80%) dos entrevistados. Sobre a hipotensão postural e a tonteira observa-se que um dos pacientes que sofreu queda fazia uso de medicamento diurético e apresentava esses dois fatores de risco.

Hipotensão postural é comum nos idosos, tornando-os mais vulneráveis às quedas. O idoso é capaz de manter o controle postural, entretanto com a presença de doenças que

interferem na regulação da pressão arterial aumenta-se a probabilidade de instabilidade postural (MENEZES e BACHION, 2008).

O uso de medicamento diurético poderá estar associado à queda por causar depleção de volume e hipocalemia, que podem causar hipotensão ortostática. Porém o uso de diurético diminui a excreção urinária de cálcio, com consequente aumento da densidade óssea. Portanto, o uso de diurético em idosos tem efeito protetor para reduzir fraturas devido à queda (GUIMARÃES e FARINATTI, 2005).

O uso de diurético e anti-hipertensivo pode diminuir a perfusão cerebral podendo ocasionar tontura, perda da consciência e queda (PAIVA et al, 2010).

A prática de atividade física sobre a estabilidade postural e sobre o risco de queda gera ganho de equilíbrio, da mobilidade e força da coordenação (PIMENTEL e SCHEICHER 2009).

Referente à presença da anemia e a idade foram identificados 3 participantes com idade maior que 65 anos, com este fator de risco que sofreu queda. A anemia é o problema hematológico mais comum nos idosos

Sabe-se que a diminuição da concentração de hemoglobina compromete o transporte de oxigênio para todos os tecidos, reduzindo o desempenho físico em pessoas anêmicas (FABIAN et al, 2007).

A hipoglicemia foi encontrada em 2 participantes que tiveram o desfecho queda. Ambos tinham DM e um fazia uso de insulina.

Pesquisa anterior realizada com pacientes portadores de DM tipo I, 18% dos pacientes não sabiam citar nenhum sintoma de hipoglicemia. Os sintomas mais frequentes, descritos através da percepção dos pacientes foram: tremores (51%), tonturas (47%), cansaço ou fraqueza (38%) e sudorese (35%) (SILVEIRA et al, 2001).

Patologias crônico-degenerativas, como a DM, são consideradas de longa duração e há a possibilidade de alterações agudas como a hiperglicemia ou hipoglicemia, que podem provocar quedas (COSTA et al, 2012).

O fator de risco osteoporose e o relato de Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio foram prevalentes em 5 (5,1%) dos entrevistados respectivamente. A artrite estava presente em 23 (23,5%) dos participantes. Um indivíduo portador de artrite sofreu queda.

O surgimento de doenças como AVC, a osteoporose e artrite foram citados por alguns idosos após a ocorrência de queda (FABRICIO, RODRIGUES e COSTA JUNIOR, 2004).

Referente às doenças diretamente associadas às quedas, as doenças osteomioarticulares, foram a de maior prevalência em estudo anterior realizado com mulheres idosas (GUIMARÃES e FARINATTI, 2005).

Tabela 10

Condições de saúde e desfecho queda nos entrevistados.

Sofreu queda	Insônia	Incontinência ou urgência miccional
Sim	**1**	**2**
Não	**40**	**19**
Total	**41**	**21**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

A presença de insônia foi descrita por 41 (41,8%) dos entrevistados, apenas um apresentou queda. Do total de pacientes com incontinência ou urgência miccional, 21 (21,4%) tinham este fator de risco, porém dois sofreram queda. O paciente que apresentava insônia com o desfecho queda também relatou incontinência ou urgência miccional.

A presença de insônia e/ou urgência urinária tornam o paciente em risco de queda devido a maior chance de tentar sair do leito durante o período noturno. O não reconhecimento do ambiente da enfermaria e do banheiro pelo paciente torna-o mais vulnerável ao incidente queda. O não acionamento da equipe de enfermagem para auxiliar durante deslocamento até o banheiro expõe ainda mais o paciente ao risco de queda.

A insônia é um antecedente da ocorrência de queda, devido à sonolência posterior que ela provoca pela má qualidade do sono, gerando cansaço e movimentos perigosos. O paciente poderá no período noturno realizar caminhadas errantes. Esta situação quando ocorre em ambiente com iluminação insuficiente ou superfície irregular e escorregadia como o banheiro torna o risco de queda evidente (VITOR, 2010).

Pesquisa transversal realizada com moradores em instituições de longa permanência apontou que 38,29% dos idosos apresentavam problemas para dormir (insônia) e 23,4% sofriam de incontinência urinária (MENEZES, 2008).

A presença do Diagnóstico de Enfermagem Risco de Quedas foi descrito em pacientes com angina instável em atendimento em um hospital. Uma das razões para ocasionar tal diagnóstico foi o fator de risco Falta de sono, identificado em 63,2% da amostra (VITOR, LOPES e ARAUJO, 2010).

A incontinência urinária foi objeto de estudo em um Hospital Universitário. A prevalência em adultos no cenário de pesquisa correspondeu a 35%, sendo mais prevalentes

na clínica cirúrgica, total de 48% da amostra. Destaca-se neste estudo o fato de 85,2% dos pacientes acordarem para urinar e 63% conseguem chegar ao banheiro a tempo (SILVA e SANTOS, 2005).

Tabela 11

Presença de dificuldade funcional no desenvolvimento das atividades de vida diária nos entrevistados.

Sofreu queda	Com dificuldade funcional	Sem dificuldade funcional	Total
Sim	**2**	**3**	**5**
Não	**34**	**59**	**93**
Total	**36**	**62**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Quando questionados sobre a dificuldade de desenvolvimento das atividades de vida diária no ambiente da enfermaria, ou seja, conseguir realizar atividades como: tomar banho, comer, vestir roupa, pentear o cabelo e andar, 36 (36,7%) dos participantes relataram ter dificuldade funcional para realizar alguma dessas atividades sem auxílio.

Sobre os pacientes com desfecho queda, 3 (60%) não apresentavam dificuldade funcional e 2 (40%) tinham dificuldade.

Quando o paciente é considerado pelo enfermeiro como dependente ou com necessidade de cuidado domiciliar por ocasião da alta hospitalar deverá ser considerada também durante a internação a necessidade de assistência na vida diária. Observou-se tal relação devido 133 (66,5%) pacientes terem sofrido queda durante período de internação hospitalar, apresentarem incapacidade ou necessidade de ajuda para o autocuidado na alta hospitalar (MARIN, BOURIE e SAFRAN, 2000).

Tabela 12

Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha nos entrevistados.

Sofreu queda	Uso do dispositivo	Não uso do dispositivo	Total
Sim	**2**	**3**	**5**
Não	**20**	**73**	**93**
Total	**22**	**76**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

A avaliação da funcionalidade do paciente no ambiente hospitalar ainda poderá ser descrita de outra forma através do relato da necessidade do uso de dispositivo de auxílio à marcha. Foi considerado como dispositivo de auxílio à marcha para fins de coleta de dados o uso de bengala ou muleta.

A tabela 12 mostra que 76 (77,4%) dos participantes relataram não precisar de bengala ou muleta para locomover-se, porém 22 (22,4%) precisavam destes objetos para auxílio à marcha. A queda aconteceu em 2 (40%) pacientes que faziam uso do dispositivo de auxílio, ambos eram idosos e tinham dificuldade no desenvolvimento das atividades de vida diária.

Estudo analisou a associação de fatores clínicos e funcionais com relação ao risco de queda. Referente à amostra de entrevistados que faziam uso de dispositivo de auxílio à marcha, observou-se 24,02 vezes maior oportunidade de queda nestes indivíduos em comparação aos que não utilizavam (PITON, 2004).

O auxílio na deambulação poderá ser feito de outras formas, através do auxílio pelo profissional de saúde, com o uso de andador e segurando-se no mobiliário e/ou parede. O uso de muleta/bengala/andador foi descrito em estudo do tipo coorte prospectivo em hospital de grande porte. Do total de pacientes que faziam uso destes dispositivos (4,3%), 4 (16,7%) sofreram queda durante internação (REMOR, CRUZ e URBANETTO, 2014). Esse dado é condizente com o encontrado na presente dissertação de mestrado.

Tabela 13

Presença de problemas articulares e deformidade nos membros inferiores.

Sofreu queda	Problemas articulares	Deformidade nos membros inferiores
Sim	**1**	**1**
Não	**21**	**8**
Total	**22**	**9**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Os problemas articulares foram descritos por 22 (22,2%) dos participantes do estudo. Destaca-se que um paciente que sofreu queda tinha esse fator de risco. Sobre a presença de deformidade nos membros inferiores, 9 (9,1%) pessoas tinham essa alteração física, sendo que um caso de queda tinha tal sintoma. Os dois pacientes com registros de queda citados estavam internados na clínica vascular.

Os fatores de risco problemas articulares e a deformidade nos membros inferiores não foram encontrados na literatura científica com essa nomenclatura. Porém a presença de

doença vascular é descrita como fator de risco para queda, assim como os problemas nos pés (MACHADO, 2009).

A incidência de doença vascular foi igual a 15,8% e o problema nos pés 10,5% em estudo realizado com um grupo da terceira idade em um centro de saúde (MACHADO, 2009).

A variável alteração nos pés foi descrita como fator de risco para queda em pacientes idosos acometidos por acidente vascular cerebral em associações de reabilitação. Foram consideradas as alterações como calos, unhas encravadas ou deformidades nos pé, com prevalência igual a 36,6% da amostra (COSTA et al, 2013).

Tabela 14

Prevalência de fraqueza muscular no grupo dos pacientes que sofreram queda.

Sofreu queda	Presença de fraqueza muscular	Ausência de fraqueza muscular	Total
Não	**36**	**57**	**93**
Sim	**2**	**3**	**5**
Total	**38**	**60**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Na tabela 14 observa-se que o fator de risco fraqueza muscular esteve presente em 38 (38,8%) dos relatos dos pacientes, os problemas articulares em 22 (22,4%) e 9 (9,2%) apresentavam alguma deformidade nos membros inferiores. Esses fatores de risco para queda estão diretamente relacionados à capacidade funcional do participante, pois interfere no processo de locomoção do mesmo, causando desequilíbrio corporal e em algumas situações a queda.

No grupo dos pacientes que sofreram queda foram identificados 2 (40%) participantes que caíram, tinham fraqueza muscular e eram idosos.

Em indivíduos idosos a instabilidade postural e a queda relaciona-se a diminuição da força muscular que afeta em última instância a atividade motora e a adaptabilidade ao ambiente. A correlação entre a fraqueza muscular e a queda no idoso já foi descrita por vários estudos (MENEZES e BACHION, 2008).

Portanto, atenção especial deverá ser dada aos idosos no ambiente hospitalar que referem fraqueza muscular, principalmente nos membros inferiores.

Tabela 15

Presença de comprometimento sensorial como fator de risco para queda no entrevistado.

Sofreu queda	Comprometimento da visão	Comprometimento da audição
Sim	**5**	**0**
Não	**68**	**16**
Total	**73**	**16**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

O comprometimento sensorial do participante do estudo foi avaliado segundo dois critérios: a acuidade visual diminuída e a perda da audição. 73 (74,5%) pacientes relataram algum tipo de comprometimento da visão, 16 (16,3%) afirmaram ter dificuldade para ouvir.

O comprometimento da visão esteve presente nos 5 (100%) participantes com o desfecho queda, porém não foi descrito comprometimento da audição.

Machado (2009) em pesquisa demonstrou que as alterações fisiológicas mais observadas na população idosa foram as oculares e as auditivas. Essas alterações relacionadas ao envelhecimento reduzem a autonomia e independência do idoso, gerando déficit na sua qualidade de vida.

Nos idosos com déficit visual o equilíbrio parece mais reduzido. A visão é importante para obter informações do ambiente e serve como guia para o movimento do corpo (MACEDO et al, 2008).

A redução da acuidade visual pode levar à queda diretamente pela diminuição da estabilidade postural, ou indiretamente por reduzir a mobilidade e a função física (COSTA et al, 2012).

A alteração da acuidade visual teve prevalência de 44,4% em pacientes internados em uma unidade de neurocirurgia. O déficit visual foi associado ao distúrbio do equilíbrio e/ou de marcha em 25% dos pacientes que caíram no pós-operatório (DICCINI, PINHO e SILVA, 2008).

Associação estatística entre o déficit visual e a ocorrência de queda foi descrita em pesquisa anterior. Na amostra do estudo, dos pacientes que caíram 88,6% possuíam este agravo (REMOR, CRUZ e URBANETTO, 2014).

Sabe-se que a diminuição da sensibilidade auditiva gera quadros de vertigem e dificulta o controle postural, principalmente ao realizar movimentos bruscos e mudança de direção, aumentando a ocorrência de queda (MENEZES e BACHION, 2008).

Tabela 16

Fator de risco de queda referente ao equilíbrio corporal segundo relato do paciente.

Sofreu queda	Marcha alterada	Marcha não alterada	Total
Não	**29**	**64**	**93**
Sim	**2**	**3**	**5**
Total	**31**	**67**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Referente à avaliação da marcha no que tange a alteração do equilíbrio corporal considerou-se neste quesito o questionamento ao paciente se ele apresentava dificuldade ao andar, portanto fator autorreferido pelo participante.

Observa-se que 31 (31,6%) dos entrevistados afirmaram ter dificuldade para deambular na enfermaria. Em relação à amostra que sofreu queda, 2 (40%) pacientes referiram marcha alterada.

A avaliação da marcha compõe item de avaliação da Morse Fall Scale, sendo dividida em parâmetros, como: normal, não deambula /acamado, não deambula/usa cadeira de rodas, fraca, comprometida/cambaleante (REMOR, CRUZ e URBANETTO, 2014).

Estudo de coorte prospectivo em hospital de grande porte evidenciou que 10,4% dos pacientes que sofreram queda tinham marcha fraca e 25,4% marcha comprometida/cambaleante. Para o estabelecimento do risco elevado para quedas, a marcha comprometida/cambaleante foi um fator relevante (REMOR, CRUZ e URBANETTO, 2014).

Pesquisa descreveu a percepção dos enfermeiros quanto ao estabelecimento de medidas usadas para minimizar a ocorrência de queda dos pacientes em unidades de internação de um hospital. Ajudar o paciente com dificuldade de marcha durante a locomoção e ajudar o paciente idoso ao levantar do leito foram ações apontadas por 100% dos enfermeiros neste estudo como medida capaz de prevenir a ocorrência de queda (ROCHA e MARZIALE, 1998).

Tabela 17

Quantidade de entrevistados que se encontravam fazendo uso de quatro ou mais medicamentos.

Sofreu queda	Presença de polifarmácia	Ausência de polifarmácia	Total
Não	**41**	**52**	**93**
Sim	**3**	**2**	**5**
Total	**44**	**54**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

A polifarmácia (uso de quatro ou mais medicamentos) foi encontrada em 44 (45%) dos participantes entrevistados como visto na tabela 19. A associação no uso de alguns medicamentos, horários e vias de administração corroboram para o risco de queda.

Destaca-se que 3 (60%) dos pacientes com desfecho queda faziam uso de mais de quatro medicamentos no dia da entrevista.

São descritos pelo Ministério da Saúde (2013) 12 grupos de medicamentos que quando utilizados pelo paciente aumentam o risco para queda. Nesta pesquisa o uso de diurético foi encontrado em 28 (28,6%) das prescrições médicas, os benzodiazepínicos em 12 (12,2%), os vasodilatadores em 9 (9,2%), os antidepressivos em 7 (7,1%), os hipoglicemiantes orais em 4 (4,1%), insulina em 3 (3,1%), antipsicótico em 3 (3,1%), digoxina em 2 (2,04%), laxativo em 2 (2,04%), anti-histamínico em 1 (1,02%), relaxante muscular em 1 (1,02%). Nenhum participante fazia uso de antiarrítmico.

Referente ao grupo de pacientes que sofreram queda observa-se que um paciente fazia uso de diurético, um usava digoxina e benzodiazepínico, outro fazia uso de insulina, diurético, antidepressivo e antipsicótico. Porém, dois pacientes com desfecho queda não faziam uso dos fármacos descritos pelo Ministério da Saúde.

Outros medicamentos são descritos na literatura como passíveis de favorecerem a queda devido principalmente aos efeitos colaterais. Um exemplo são os antiparkinsonianos que podem causar sonolência, tontura, fraqueza e distúrbios da marcha (PAIVA et al, 2010).

O uso de medicamentos (tranquilizantes, sedativos, hipnóticos e anti-hipertensivos) foi citado por enfermeiros como fator predisponente à queda de pacientes, assim como o efeito colateral do fármaco (ROCHA e MARZIALE, 1998).

Os anti-hipertensivos estavam sendo utilizados por 64,2% de pacientes que sofreram queda em um hospital público, os fármacos do sangue/anticoagulantes/antitrombóticos em

63,7%, os analgésicos em 55,9%, os antidiabéticos em 46,6 e os diuréticos em 35,2% (SOUSA, 2014).

Pesquisa no Japão encontrou através da análise de regressão logística significativa relação entre o risco de queda do paciente na internação com vários grupos de fármacos, tais como: hipnóticos, antiepiléticos, opióides, anti-Alzheimer, anti-parkinson, antidiabéticos, anti-hipertensivos e antiarrítmicos (OBAYASHI et al, 2013).

Estudo desenvolvido em Portugal separou os fármacos em grupos terapêuticos associados às quedas, são esses: Sistema Nervoso Central (SNC), Aparelho Cardiovascular, Hormônios e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas. Verificou-se que 77% dos pacientes estavam fazendo em média 7,4 fármacos. Os pacientes medicados com fármacos do grupo SNC apresentaram sete vezes mais risco de queda. Participantes que faziam uso de furosemida apresentaram duas vezes mais quedas e da metformina três vezes mais quedas recorrentes durante internação hospitalar (COSTA-DIAS et al, 2013).

No paciente que sofreu queda é relevante rever as medicações em uso, alterando ou suspendendo, sempre que possível, com objetivo de prevenir novos episódios de quedas. Recomenda-se particular atenção aos pacientes em uso de quatro ou mais fármacos e aqueles que utilizam os psicofármacos. Sendo notório como intervenção pelo enfermeiro monitorar o risco de queda no caso do paciente iniciar o uso do psicofármaco na internação, durante três dias, diariamente (COSTA-DIAS et al, 2013).

O uso de medicamentos que produzem alteração no estado de consciência estava presente como fator de risco intrínseco em 10,3% dos casos de queda no nível terciário de atenção à saúde (LÓPEZ, 2010).

Tabela 18

Presença de história prévia de queda segundo relato do participante.

Sofreu queda	História prévia de queda	Sem história prévia de queda	Total
Não	**26**	**67**	**93**
Sim	**3**	**2**	**5**
Total	**29**	**69**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

O relato de queda prévia é um importante parâmetro a ser avaliado no momento da avaliação ao paciente. Foram descritos 29 (29,6%) relatos de história anterior de queda pelos

entrevistados anterior à internação. Ao total 3 (60%) casos de quedas tinham história anterior do evento.

A associação de medicamentos no paciente com história anterior de queda potencializa o incidente (COSTA-DIAS et al, 2013).

O histórico de queda esteve presente em 17,4% dos pacientes que tiveram queda no cenário hospitalar segundo aplicação da escala Morse Fall Scale (REMOR, CRUZ e URBANETTO, 2014).

No paciente neurocirúrgico a história de queda anterior estava presente em 21,6% pessoas internadas. A principal causa de queda descrita foi por diminuição da força muscular, seguida por distúrbios do equilíbrio. Cita-se também a queda anterior devido convulsão e síncope. O maior local de casos de queda aconteceu no domicílio do paciente (62%) (DICCINI, PINHO e SILVA, 2008).

4.1.3 Perfil de dependência dos participantes do estudo em relação ao risco de queda.

O Ministério da Saúde descreve o perfil do paciente com alto risco de queda e com baixo risco quanto ao grau de dependência e presença de fator predisponente. Baseando-se neste contexto, o grupo de entrevistados foi dividido quanto à avaliação de dependência (tabela 21), presença de pelo menos um fator de risco de queda (tabela 23) e meio de locomoção na enfermaria (tabela 22).

Tabela 19

Avaliação da dependência do paciente em relação à promoção do autocuidado no ambiente da enfermaria.

Sofreu queda	Independente	Dependente	Completamente dependente	Total
Não	**54**	**34**	**5**	**93**
Sim	**3**	**2**	**0**	**5**
Total	**57**	**36**	**5**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Para avaliar a dependência do paciente quanto a realizar com autonomia as atividades de vida diária na enfermaria foi considerado independente 57 (58%) entrevistados, ou seja, esse valor representa os indivíduos que conseguiam sozinhos: se alimentar; ir ao banheiro; tomar banho; escovar os dentes; pentear o cabelo; colocar e tirar a própria roupa e andar sem auxílio.

O paciente dependente, representado por 36 (37%) do total necessitavam de ajuda em um ou mais itens descritos acima. Contudo, 3 (60%) do total de quedas eram independentes.

O participante completamente dependente da ajuda de terceiros, 5 (5%) dos casos, não conseguia realizar nenhuma das atividades descritas sem ajuda de terceiros.

Destaca-se que nenhum paciente que sofreu queda era completamente dependente.

Algumas pesquisas sugerem correlação forte entre a dependência do paciente/necessidade de cuidados e o risco de queda (ALMEIDA, ABREU e MENDES 2010).

Morbidades crônicas, mais comuns entre os idosos, evoluem com algum grau de perda da capacidade funcional, podendo estar associada à dependência física e à imobilidade. Pensando na morbidade crônica poderão contribuir para ocorrência da queda entre os idosos (COSTA et al, 2012).

A queda traz ao idoso como consequência o aumento de dificuldade e de dependência para realização das atividades da vida diária (FABRICIO, RODRIGUES e COSTA JUNIOR, 2004).

Um hospital de ensino utiliza a avaliação da capacidade de realizar atividades de vida diária do paciente na admissão segundo sistema computacional. São utilizados parâmetros com relação à independência do paciente para executar atividades de andar, transferir-se de um local para o outro e realizar sua própria *toilette*. Através desse sistema computacional o paciente é categorizado em independente ou precisa de assistência ou dependente (MARIN, BOURIE e SAFRAN, 2000).

Tabela 20

Perfil do paciente em relação à avaliação de dependência e meio de locomoção.

Desfecho queda	Anda com auxílio	Acamado	Locomove-se em cadeira de rodas	Restrito ao leito
Sim	**2**	**0**	**1**	**0**
Não	**15**	**7**	**5**	**4**
Total	**17**	**7**	**6**	**4**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Quanto à avaliação do paciente com dependência para locomoção foram encontrados 17 (17%) participantes que precisavam de auxílio para andar, para tal consideraram-se como

forma de auxílio: o paciente que se apoiava em alguém para andar, fazia a parede como apoio, utilizava bengala ou muletas.

Em relação ao participante acamado, ou seja, aqueles que conseguiam sair do leito, mas com auxílio, 7 (7,1%) relataram tal dificuldade. Apenas 6 (6%) participantes necessitavam da cadeira de rodas como meio de locomoção e 4 (4%) tinham restrição ao leito, por não conseguir sair do leito mesmo com apoio ou não podiam sair por questões clínicas.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), o perfil do paciente com alto risco de queda apresenta-se em três situações, sendo estas:

- paciente independente que possui pelo menos 1 fator de risco de queda;
- paciente dependente com ou sem fator predisponente, anda com auxílio ou se locomove em cadeira de rodas;
- paciente acomodado em maca com ou sem a presença de fatores predisponentes.

Neste estudo conclui-se que os pacientes com relato de queda tinham alto risco deste desfecho, devido nos três casos os pacientes serem independentes com mais de um fator de risco de queda e os outros dois são dependentes da ajuda de terceiros e andarem com auxílio.

Considera-se com baixo risco de queda o paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco e indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

Tabela 21

Presença de pelo menos um fator de risco de queda no total de participantes do estudo.

Desfecho queda	Com fator para queda	Sem fator para queda	Total
Sim	**5**	**0**	**5**
Não	**91**	**2**	**93**
Total	**96**	**2**	**98**

Fonte: dissertação de mestrado Silva, CF.

Segundo os fatores de risco intrínsecos descritos neste estudo foi possível definir que 96 (97,9%) dos participantes da pesquisa apresentavam no momento da avaliação pelo entrevistador pelo menos um fator de risco de queda. Apenas 2 (2,04%) participantes não tinham fatores predisponentes para queda.

Sabe-se que o risco para quedas cresce de acordo com o número de fatores de risco, pois é considerado um evento que dificilmente é resultado de um fator isolado. Portanto, a

enfermagem deverá estabelecer medidas preventivas para a queda com intuito de atuar sobre o maior número possível desses fatores (MACHADO, 2009).

O Ministério da Saúde indica os fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda. Ao total são descritos 26 fatores.

Sobre a prevalência dos fatores de risco de queda na amostra estudada, a média entre os pacientes que sofreu queda foi igual a 9, variando entre 17 fatores em um caso e 2 em outro. Após análise dos casos de queda foi encontrado a prevalência de 100% (5) dos pacientes com o fator de risco comprometimento da visão, 80% (4) apresentavam idade maior que 65 anos e anemia, 60% (3) apresentavam ansiedade, faziam uso de quatro ou mais medicamentos e tinham história prévia de queda.

Os fatores de risco de queda mais prevalentes foram descritos em pesquisa em um Hospital Universitário. Os pacientes internados que apresentaram queda tinham em média 11 fatores de risco. Análise dos casos de queda indicou a prevalência de 80% da amostra com fatores de risco como: mobilidade física prejudicada, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado e estado mental diminuído. Foram avaliados 21 fatores, destes 12 estavam presentes em mais de 50% da amostra (COSTA et al, 2011).

4.1.4 Fatores de risco de queda extrínsecos aos participantes do estudo relacionados ao ambiente da enfermaria e banheiro.

Neste momento, serão apresentados os fatores de risco para queda, relacionados ao ambiente físico da enfermaria e banheiro, denominados pela autora como extrínsecos. Para fins didáticos foram avaliados separadamente a estrutura dos banheiros de cada quarto (total de 15) e o espaço de cada leito (total de 30).

Devido à rotatividade de ocupação dos leitos, as enfermarias foram avaliadas em mais de uma situação dependendo da disponibilidade e interesse do participante do estudo.

Em relação à estrutura física dos banheiros, 100% (15) dos banheiros apresentaram piso antiderrapante, chuveiro com água quente, barra de apoio para o paciente no local do chuveiro e no sanitário e iluminação adequada. A cadeira higiênica foi encontrada no banheiro dos quartos de treze participantes, o que se justifica devido nesta enfermaria haver pouco número de cadeiras higiênicas, item compartilhado pelos pacientes.

A cadeira higiênica é fundamental para auxiliar o paciente durante o banho e ferramenta importante para evitar a queda. Porém, o paciente em risco de queda mesmo em uso da cadeira higiênica deverá ser supervisionado pela equipe de enfermagem.

Na estrutura física da enfermaria, todas as 15 janelas estavam com grades, todos os quartos com o mobiliário presente e iluminação adequada. Entretanto, nenhum dos quartos possuía piso antiderrapante.

Todos os leitos tinham grades, porém em 23,3% (7) as grades encontravam-se danificadas. Referente aos casos de queda, todos os leitos estavam com as grades adequadas.

A campainha para o paciente acionar a enfermaria não estava funcionamento em 50% (15) dos leitos. Em um caso de queda registrado a campainha estava danificada.

Sobre a vestimenta do paciente, 69,4% (68) estavam com a roupa do tamanho adequado e 23,5% (23) não usavam a roupa da instituição.

O serviço hospitalar cenário da coleta de dados possui um vestuário como padrão, entretanto não fornece calçado para os pacientes, devendo os mesmos trazer por meios próprios.

A elevação de grades nas camas é uma medida importante para evitar a ocorrência de queda, assim como a aplicação de técnicas de restrição de movimentos, sendo mais comum a contenção física no leito. Mesmo sendo considerada técnica desumana, a contenção quando aplicada de forma correta, é uma estratégia para promoção da segurança do paciente (CARNEIRO et al, 2011).

Em pesquisa realizada no ambiente hospitalar referente aos fatores de risco de queda relacionados ao ambiente, foram avaliados problemas tanto de estrutura como de processo. Como problema de estrutura do hospital está relacionado às camas altas e as camas sem grades. As camas com grades que permaneceram abaixadas e a não solicitação da enfermagem relacionam-se à falha de processo (DICCINI, PINHO e SILVA, 2008).

López (2010) descreveu os fatores extrínsecos mais frequentes no cenário hospitalar, sendo estes: a ausência de acompanhante com o paciente que não era familiar ou profissional de saúde da instituição, a queda devido piso molhado ou escorregadio na ida ao banheiro e a localização de móveis e utensílios.

Aspectos relacionados ao ambiente hospitalar poderão ter impacto sobre o risco de quedas e lesão, estando incluídos (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2007):

- tipo de revestimento do chão;
- iluminação, incluindo mudanças bruscas entre penumbra e alta claridade;
- *design* de portas e corrimãos;
- *layout* dos banheiros;
- distância e espaço entre suportes de apoio, camas, cadeiras e vaso sanitário;

- campo de visão do funcionário responsável pela observação do paciente;
- perigos no deslocamento, incluindo degraus, cabos e desordem do ambiente;
- mobiliário e equipamento médico.

Sobre a ocorrência de queda de paciente em um Hospital Universitário, os enfermeiros apontaram fatores predisponentes para o desfecho. A presença do piso molhado foi apontada por 66,7% dos enfermeiros, o banheiro foi descrito como local de maior risco para queda em 50% e a iluminação inadequada em 38,9% (ROCHA, 1998).

Medidas preventivas referentes à queda foram descritas por enfermeiros, sendo as mais prevalentes: o uso de grades de proteção nas camas, evitar piso molhado, cadeira de rodas com trava de segurança e eliminar obstáculos da enfermaria (ROCHA e MARZIALE 1998).

Uma pesquisa realizou análise de causa raiz de acidentes por quedas em Hospital Geral da rede privada. A categoria ambiente foi responsável por 17,1% das quedas. A ausência de campainha próxima à mesa de refeição e a cama alta são exemplos de fatores causais relacionados às quedas (TEIXEIRA e CASSIANI, 2014).

4.2 Etapas II e III - Registro de queda durante período de internação

Na Etapa II do estudo foram realizadas as ligações telefônicas com os participantes da pesquisa que fornecerem o contato no TCLE. Nessa fase foi possível obter 3 registros de queda de diferentes participantes.

As ligações foram feitas durante 5 dias no mês de maio de 2015. O contato foi realizado com sucesso em 72 pessoas, destas 4 não puderam dar continuidade devido ao óbito, 6 optaram por não dar continuidade a pesquisa, negando-se a responder as perguntas. Em 4 ligações o número estava incorreto. Ao total foram realizados 58 contatos.

Na Etapa III foi realizado contato com o serviço de educação permanente e qualidade do hospital. No livro de ordem e ocorrência da enfermaria cenário do estudo houve o registro de 1 queda no período da coleta de dados, o evento foi confirmado pela ligação telefônica. Essa queda também se encontra descrita no levantamento mensal de quedas realizado pelo serviço de educação permanente. Porém não foi registrada em ficha de notificação de evento adverso segundo informações colhidas com o setor de Segurança do Paciente.

Durante o mês da aplicação da Etapa I do estudo foram feitos relatos de queda verbais dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde. Destes foi possível identificar mais 2 casos de queda. Entretanto, não puderam ser confirmadas em ligação telefônica.

Sendo assim, no período de janeiro de 2015 foram identificados cinco casos de queda de paciente na unidade de clínica cirúrgica, nenhuma destas foi notificada de forma adequada.

4.2.1 Perfil da queda segundo formulário de registro de queda após alta hospitalar

O local de ocorrência das cinco quedas foi o próprio quarto da enfermaria, nenhuma das quedas ocorreu no banheiro. Foi relatado pelos entrevistados que 2 quedas ocorreram quando o mesmo estava indo ao banheiro e outras 2 aconteceram quando o paciente tentava sair do leito andando. O último evento foi descrito pelo participante em outra situação, da seguinte forma: escorregou no chão molhado da enfermaria que a mesma deixou cair água enquanto tomava medicação, a queda ocorreu ao pegar um objeto no chão e acabou escorregando.

Não foi identificada a presença de acompanhante ou profissional de saúde com o paciente durante a ocorrência das cinco quedas. Segundo os relatos apenas 1 paciente informou a queda para a equipe de saúde.

Diccini, Pinho e Silva (2008) indicaram maior registro de quedas no cenário hospitalar no quarto do paciente em comparação ao banheiro. A queda ao descer da cama foi responsável por 41,7% da amostra.

5. Conclusão

Durante a construção deste trabalho foi possível obter respostas aos objetivos propostos inicialmente. Através do Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde foram listados os fatores de risco de queda. Os fatores de risco foram separados em intrínsecos e extrínsecos.

Havia 26 fatores de risco intrínsecos. Os fatores alteração do tato e a obesidade mórbida não foram descritos em nenhum participante avaliado. Os fatores que se destacaram na amostra foram: comprometimento da visão em 74,4% dos participantes, ansiedade em 78,5%, a polifarmácia em 44,8%, insônia em 41,8%, fraqueza muscular em 38,7%, idade maior que 65 anos em 36,7%, relato de marcha alterada em 31,6%.

Destaca-se que 58,1% dos participantes foram caracterizados como independentes e 63,2% não tinham dificuldade funcional para realizar suas atividades de vida diária. Infere-se que mais de 50% dos pacientes conseguiam sair dos leitos sozinhos sem o auxílio do acompanhante ou equipe de enfermagem, portanto, sendo mais vulneráveis as quedas.

Nos participantes com desfecho queda, 5,1% do total, não foi possível estabelecer associação estatísticas entre os fatores de risco, porém houve relação entre a prevalência de alguns fatores, como: o comprometimento da visão em 100% (5) dos participantes, 80% (4) apresentavam idade maior que 65 anos e anemia, 60% (3) apresentavam ansiedade, faziam uso de quatro ou mais medicamentos e tinham história prévia de queda.

Referente aos fatores de risco extrínsecos problemas foram encontrados. A ausência de piso antiderrapante no quarto e da cadeira higiênica, a presença de grades e campainhas danificadas foram fatores negativos do cenário do estudo. É fundamental retornar a instituição com essas informações com o objetivo de alertar sobre a manutenção da segurança do paciente.

Sobre a obtenção dos registros de queda no decorrer da coleta de dados, houve dificuldade para conseguir acessar a informação da queda, porque não havia na época, por parte dos profissionais de saúde envolvidos, o hábito do registro de evento adverso em ficha de notificação. A estratégia da ligação telefônica permitiu o contato após a alta hospitalar e a obtenção de informações sobre o desfecho queda do paciente.

O desenvolvimento deste projeto permitiu a construção da tecnologia educacional para prevenção de quedas. O material foi construído em parceria com Núcleo de Segurança do Paciente da instituição campo do estudo e do Programa de Residência em Enfermagem da

UNIRIO. Os profissionais de enfermagem da enfermaria cirúrgica deste hospital passaram por capacitação sobre o assunto durante o período de análise dos dados da pesquisa. A atividade de educação permanente aplicada pelo Núcleo de Segurança do Paciente pretende no futuro nova abordagem a fim de avaliar a efetividade da capacitação.

Este trabalho teve como limitação o período de coleta de dados, apenas de um mês. É necessário tempo maior para avaliar maior número de desfechos de queda, podendo assim estabelecer a incidência de queda a partir das notificações do evento, o número de paciente por dia internado e dados estatísticos de relação.

Referências

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

ALVES JUNIOR, E.D.; PAULA, F.L. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. *Fit Perf*, v. 7, n. 2, p. 123-9, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, ANVISA e Fiocruz. Protocolo Prevenção de Quedas. PROQUALIS, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Tecnologias e tecnologias educacionais. Disponível em: <http://www.avaliacao.faefi.ufu.br/index.php?id=10>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BEUTER, M., et al. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. *Rev. Min. Enferm*. v. 13, n. 1, p. 28-33, 2009.

CARNEIRO, F.S., et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 204-11, 2011.

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*, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012.

COSTA, I.C.P., et al. Fatores de risco de quedas em idosos: produção científica em periódicos online no âmbito da saúde. R bras ci Saúde, v. 16, n. 3, p. 445-452, 2012.

COSTA, A.G.S., et al. Fatores de risco para quedas em idosos. *Rev Rene*, v. 14, n. 4, p. 821-8, 2013.

COSTA-DIAS, M.J.M., et al. Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Rev. Enf. Ref*., v. 2, n. 29, p. 105-114, 2013.

COSTA, S.G.R.F., 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. 676-81, 2011.

DICCINI, S.; PINHO, P.G.; SILVA, F.O. Assessment of risk and incidence of falls in neurosurgical inpatients. *Rev Latinoam Enferm*, v. 16, n. 4, p. 752-7, 2008.

FABIAN, C., et al. Prevalência de anemia e fatores associados em mulheres adultas residentes em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1199-1205, 2007.

FABRÍCIO, S.C.C., RODRIGUES, R.A.P., COSTA JUNIOR, M.L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 93-9, 2004.

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

HENDRICH, A. Inpatient falls: lessons from the field. Patient Safety & Quality Healthcare. p. 26-30, 2006.

IRELAND, S, et al. The real world journey of implementing fall prevention best practices in three acute care hospitals: a case study. Worldviews Evid Based Nurs, v. 10, n. 2, p. 95-103, 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-22730957>. Acesso em: 10 mar. 2015.

LÓPEZ, M.E. Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de pereira. Cultura del cuidado enfermeira, v. 7, n. 1, p. 16-23, 2010.

MACEDO, B.G., et al. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 11, n. 3, p. 419-432, 2008.

MACHADO, T.R. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. Rev Elet Enf, v. 11, n. 1, p. 32-8, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MARCOLINO, J.A.M.M, et al. Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. Rev Bras Anestesiol, v. 57, n. 2, p. 157-166, 2007.

MARIN, H.F., BOURIE, P., SAFRAN, C. desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. Rev. latino-am. enfermagem Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 27-32, 2000.

MENDES, W, et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. Rev Assoc Med Bras, v. 59, n. 5, p. 421–8, 2013.

MENEGUIN, S., AYRES, J.A., BUENO, G.H. Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia. Rev Enferm UFSM, v. 4, n. 4, p. 784-791, 2014.

MENEZES, R.L., BACHION, M.M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Ciênc e saúde colet., v. 13, n. 4, p. 1209-1218, 2008.

NASCIMENTO, C.C.P, et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. Rev Latinoam Enferm, v.16, n. 4, 2008.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. The third report from the patient safety observatory. Londres, 2007.

OBAYASHI, K., et al. Risk of Falling and Hypnotic Drugs: Retrospective Study of Inpatients. Drugs R D, v. 13, p. 159–164, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. La anemia como centro de atención. Hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. Geneva: OMS/UNICEF; 2005.

Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/OMS04_Anemia.pdf> Acesso em: 10 mar. 2015.

OHDE, S, et al. The effectiveness of a multidisciplinary QI activity for accidental fall prevention: Staff compliance is critical. BMC Health Serv Res, v. 12, p. 197, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502440/?tool=pubmed> Acesso em: 10 mar. 2015.

OLIVEIRA, R.M, et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc Anna Nery, v. 18, n. 1. p. 122-9, 2014.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; SAWADA, N.O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. Texto Contexto Enferm. v. 17, n. 1, p. 115-23, 2008.

PAIVA, M.C.M.S., et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletim de eventos adversos. Rev Esc Enferm USP, v. 44, n. 1, p. 134-8, 2010.

PARANAGUÁ, T.T.B, et al. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. Acta Paul Enferm, v. 26, n. 3, p. 256-62, 2013.

PIMENTEL, R.M., SCHEICHER, M.E. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 6-10, 2009.

PITON, D.A. Análise dos fatores de risco de quedas em idosos: um estudo exploratório em instituição de longa permanência no município de Campinas [dissertação]. 2004. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000339522>. Acesso em: 10 mar. 2015.

PORTARIA Nº 529, DE 1 DE ABRIL DE 2013. Diário Oficial da União, sessão 1. Nº 62, terça-feira, 2 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

REMOR, C.P., CRUZ, C.B., URBANETTO, J.S. Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. *Rev Gaúcha Enfer*, v. 35, n. 4, p. 28-34, 2014.

ROCHA, F.L.R., MARZIALE, M.H.P. Percepções dos enfermeiros quanto às quedas dos pacientes hospitalizados. *R. gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.19, n.2, p.132-141, 1998.

SARAIVA, D.M.R.F, et al. Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing. Lisboa*, v. 235, p. 28-35, 2008.

SCOTT, V. World Heath Organization Report: Prevention of Falls in Older Age. 2007.

SEVERO, I.M, et al. Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, n. 3, p. 540-54, 2014.

SILVA, D.K., NAHAS, M.V. Prescrição de exercícios físicos para pessoas com doença vascular periférica. *Rev. Bras. Ciên. e Mov*, Brasília, v. 10, n. 1, p. 55-61, 2002.

SILVA, A.P.M., SANTOS, V.L.C.G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*, v. 39, n. 1, p. 36-45, 2005.

SILVEIRA, V.M.F., et al. Uma amostra de pacientes com diabetes tipo 1 no sul do Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 45, n. 5, p. 433-40, 2001.

SOUSA, K.A.S. Quedas de pacientes adultos em um Hospital Público de Ensino [dissertação]. Belo Horizonte, MG. *Escola de Enfermagem da UFMG*, p.106, 2014.

TEIXEIRA, T.C.A.; CASSIANI, S.H.B. Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. *Acta Paul Enferm*, v. 27, n. 2, p. 100-7, 2014.

TZENG, H.M.; YIN, C. Frequently Observed Risk Factors for Fall-Related Injuries and Effective Preventive Interventions: A Multihospital Survey of Nurses' Perceptions. *J Nurs Care Qual*, v. 28, n.2, p. 130-8, 2013. Disponível em: <http://journals.lww.com/jncqjournal/Fulltext/2013/04000/Frequently_Observed_Risk_Factors_for_Fall_Related.6.aspx>. Acesso em: 10 mar. 2015.

URBANETTO, J.S., et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*, v. 47, n.3, p. 569-75, 2013.

VITOR, A.F., LOPES, M.V.O., ARAUJO, T.L. Diagnóstico de enfermagem risco de quedas em pacientes com angina instável. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 1, p. 105-113, 2010.

WOOD, G.L., HABER, J. Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização. 2001. Quarta ed. Guanabara Koogan S.A.

Apêndices

Apêndice A – Questionário de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOPITALAR
MESTRADO PROFISSIONAL

Questionário: Fatores de risco de queda segundo Protocolo de Prevenção de Queda do Ministério da Saúde (2013) – Etapa I de coleta de dados

Data da coleta:_____
Número da Entrevista:_____
Identificação do Participante:_____

Pulseira de Risco de Queda: ( ) Sim Não ( )

1. Fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda:

1.1 Demográfico

DEMOGRÁFICO	PRESENTE	AUSENTE
Idosos com mais de 65 anos		

1.2 Psico-cognitivo

PSICO-COGNITIVO	PRESENTE	AUSENTE
Declínio cognitivo		
Depressão		
Ansiedade		

1.3 Condições de saúde e presença de doenças crônicas

CONDIÇÕES DE SAÚDE E PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS	PRESENTE	AUSENTE
Acidente vascular prévio		
Hipotensão postural		
Tonteira		
Baixo índice de massa corpórea		
Anemias (hemat: hemog:)		
Insônia		
Incontinência ou urgência miccional		
Artrite		

Osteoporose		
Alterações metabólicas (hipoglicemia)		

1.4 Funcionalidade

FUNCIONALIDADE	PRESENTE	AUSENTE
Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária		
Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha		
Fraqueza muscular		
Problemas articulares		
Deformidades nos membros inferiores		

1.5 Comprometimento sensorial

COMPROMETIMENTO SENSORIAL	PRESENTE	AUSENTE
Comprometimento da visão		
Audição		
Tato		

1.6 Equilíbrio corporal

EQUILÍBRIO CORPORAL	PRESENTE	AUSENTE
Marcha alterada		

1.7 Uso de medicamentos

USO DE MEDICAMENTOS	PRESENTE	AUSENTE
Benzodiazepínico		
Antiarrítmico		
Anti-histamínico		
Antipsicótico		
Antidepressivo		
Digoxina		
Diuréticos		
Laxativos		
Relaxantes musculares		
Vasodilatadores		
Hipoglicemiantes orais		
Insulina		
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicações)		

1.8 Obesidade mórbida

	PRESENTE	AUSENTE
Obesidade mórbida		

Peso:_____ Altura:_____

1.9 História prévia de queda

	PRESENTE	AUSENTE
História prévia de queda		

2. Perfil de dependência do paciente com risco de queda

2.1 Dependência do paciente

DEPENDÊNCIA	SIM	NÃO
Independente		
Dependente		
Completamente dependente da ajuda de terceiros		
Presença de pelo menos um fator de risco de queda		
Anda com auxílio		
Locomove-se em cadeira de rodas		
Acomodado em maca		
Acamado		
Restrito ao leito		

3. Perfil clínico do paciente

3.1: Idade: _____ anos

3.2: Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

3.3: Motivo da internação:

_____
_____
_____
_____

3.4: Comorbidades:

_____
_____

3.5: Clínica Cirúrgica

( ) Proctologia ( ) Vascular ( ) Geral ( ) Neurologia

3.6: Condição operatória

( ) Pré-operatório

( ) Pós-operatório

3.7: Acompanhante

( ) Sim

( ) Não

3.8: Tempo de internação: _____ dias

3.9: Medicamentos utilizados:

Medicamento	Dose	Aprazamento	Via	Tempo que faz uso

4. Cenário da enfermaria

4.1 Número da enfermaria: _____

4.2 Banheiro:

ESTRUTURA	PRESENTE	AUSENTE	DANIFICADA
Piso antiderrapante			
Cadeira higiênica			
Chuveiro quente			
Barras de apoio no local do chuveiro			
Barras de apoio no local do sanitário			
Iluminação			

4.3 Enfermaria:

ESTRUTURA	PRESENTE	AUSENTE	DANIFICADA
Campainha			
Piso antiderrapante			
Leito com grades			
Janela com grades			
Iluminação			
Mobiliário			

4.4 Corredor:

ESTRUTURA	PRESENTE	AUSENTE	DANIFICADA
Corredor com entulho			

4.5 Paciente

ESTRUTURA	ROUPA DO HOSPITAL	ROUPA PRÓPRIA	TAMANHO INCORRETO
Vestuário			
Calçado			

Apêndice B – Formulário Registro de queda

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOPITALAR
MESTRADO PROFISSIONAL

Formulário: registro de queda após alta hospitalar – Etapa II da coleta de dados

Data da coleta:_____
Número da Entrevista:_____
Identificação do Participante:_____

Início da Ligação: _____h
Término da Ligação: _____h

1. Você sofreu queda enquanto esteve internado?

( ) Sim ( ) Não

1.1 No momento da queda havia alguma pessoa com você?

( ) Sim ( ) Não

1.2 Quem era a pessoa?

( ) Acompanhante familiar
( ) Acompanhante contratado
( ) Enfermeiro
( ) Técnico de Enfermagem
( ) Médico
( ) Outra pessoa: Qual?_____
( ) Não sabe informar

1.3 Onde ocorreu essa queda?

( ) Dentro do banheiro
( ) Na enfermaria
( ) No corredor do andar
( ) Em outro local do hospital: Qual?_____
( ) Não sabe informar

2. Como ocorreu a queda?

( ) Quando estava indo ao banheiro.
( ) Quando retornava do banheiro.

( ) Ao sentar na privada.
( ) Durante o banho com cadeira higiênica.
( ) Durante o banho em pé sem apoio.
( ) Durante o banho com apoio: Qual apoio:_____
( ) Quando saia do leito ou maca andando.
( ) Ao me virar no leito ou maca para mudar de posição.
( ) Ao sair do leito ou maca para a cadeira de rodas.
( ) Na tentativa de sentar na poltrona da enfermaria.
( ) Caiu em outra situação: Qual?_____
( ) Não sabe informar

3. Você ou seu acompanhante comunicaram a queda para a equipe de saúde?
( ) Sim
( ) Não

4. Você sofreu algum ferimento ou dano após a queda?
( ) Sim Qual?_____
( ) Não

Apêndice C – Roteiro para a ligação telefônica

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOPITALAR
MESTRADO PROFISSIONAL

Orientações para a Etapa II - Roteiro para a ligação telefônica

1- Registrar o dia e hora do início da ligação telefônica, número da entrevista e a identificação do sujeito (número do prontuário) na parte superior do formulário.

2- Se identificar para a pessoa que atendeu ao telefone.

Exemplo: Meu nome é Cristiane, sou enfermeira e aluna do mestrado na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Estou dando continuidade às entrevistas realizadas no mês de janeiro de 2015 na enfermaria do quarto andar do Hospital Federal da Lagoa sobre a ocorrência de queda do paciente durante internação.

3- Gostaria de falar com a Senhora ou Senhor _____. Ele ou Ela se encontra?

4- Caso o sujeito da pesquisa não se encontrar ou não quiser responder as perguntas, encerrar a ligação e fazer a seguinte pergunta: - É possível retornar a ligação em outro momento? Qual o dia e hora mais adequada?

5- Caso o sujeito esteja apto a responder, confirmar se ele esteve internado no dia da entrevista.

6- Seguir com a entrevista, dizendo: para darmos início a entrevista é importante descrever o que é considerado queda do paciente pelo Ministério da Saúde. A queda acontece quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário" (BRASIL, 2013).

6- Nesse momento você irá descrever o que é queda pelo Ministério da Saúde. Se achar necessário, repita o significado. Perguntar no final se a pessoa tem dúvida. A senhora ou o Senhor tem alguma dúvida do que é considerado queda? Caso não dar continuidade, caso sim tirar as dúvidas.

7- Vamos começar com a primeira pergunta: - Você sofreu queda enquanto esteve internado?

Caso responda sim, dar continuidade a entrevista segundo formulário apêndice II.

Caso responda não, encerrar a entrevista, agradecer a participação do paciente e registrar o horário de término da ligação.

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOPITALAR
MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (paciente)
Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Pesquisadores:
Karinne Cristinne da Silva Cunha: Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar na UNIRIO. E-mail: karinne.cunha@hotmail.com. Tel.: (21) 998448090
Cristiane Ferraz da Silva: Discente do Mestrado Profissional em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar na UNIRIO. E-mail: cris_fs@yahoo.com.br. Tel.: (21) 991620354

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "**Análise dos fatores de risco de queda no paciente da clínica cirúrgica: um estudo transversal"**. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os objetivos deste estudo são: **analisar os fatores de risco de queda nos pacientes internados em uma clínica cirúrgica; identificar a prevalência dos fatores de risco de queda intrínsecos durante a internação do paciente; calcular a razão de chance do paciente sofrer a queda no cenário de estudo; descrever a associação existente entre os fatores de riscos intrínsecos para queda; mapear os fatores de risco extrínsecos relacionados ao ambiente de internação hospitalar.** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário individual de perguntas fechadas durante o seu período de internação no setor Quarto Andar Posto I no Hospital Federal da Lagoa**,** que será armazenado por um período de cinco anos em local seguro com o pesquisador.
Os riscos relacionados com sua participação são mínimos.
O benefício relacionado com a sua participação é promover boas práticas de segurança do paciente no ambiente hospitalar. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do e-mail do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
Para dar continuidade à pesquisa é solicitada a você, além de responder o questionário, o número do seu telefone para contato após sua alta hospitalar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2015.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

_____

(assinatura) Participante da Pesquisa

_____

Documento de Identidade do Participante da Pesquisa

_____

Telefone do Participante da Pesquisa

Anexos

Anexo A – Memorando autorização de coleta de dados

Hospital Federal da Lagoa

MEMORANDO

SUS Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR NO RIO DE JANEIRO

DECLARAÇÃO

Declaro que autorizo a coleta de dados referente ao estudo intitulado "Analise dos fatores de risco de queda no paciente da clínica cirúrgica: um estudo transversal" de autoria de CRISTIANE FERRAZ DA SILVA, sob orientação da Prof.ª KARINNE CRISTINNE DA SILVA CUNHA no Hospital Federal da Lagoa.

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2014.

Ana Cristina A. Boechat Alonso
Coordenação de Enfermagem
COREN-RJ 76457 Mat. 1113848

Coordenação Geral de Enfermagem

Adriana Pereira Oliveira Barros
Diretora Médica
Hospital Federal da Lagoa
CRM 52.01.19-0 Mat. 0.051.660

Direção Geral

Anexo B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO

Continuação do Parecer: 850.633

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Os riscos previstos no estudo foram apresentados com a descriçao da metodologia onde a coleta de dados será constituída por informações obtidas através do preenchimento de um questionário de perguntas e respostas fornecidas pelo participante, além da ligação telefônica que será realizada após a alta hospitalar , havendo para tal o consentimento formal do participante. Os benefícios previstos são de promover boas práticas de segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Estudo relevante, no sentido que poderá contribuir na prevenção de quedas d leito.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Apresentou folha de rosto devidamente preenchida e assinada; Apresentou formulário de pesquisa que atende aos preceitos éticos; apresentou autorização da instituiçao que será cenário da pesquisa; O TCLE atende a Resolução 466 de 2012; apresenta o formulario para coleta de informações.

Recomendações:
-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
-

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep.unirio09@gmail.com