

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TANICLAER STAHLHOEFER

QUEDAS DE PACIENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR

CURITIBA
2014

TANICLAER STAHLHOEFER

QUEDAS DE PACIENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

CURITIBA
2014

Stahlhoefer, Taniclaer

Quedas de pacientes no ambiente hospitalar / Taniclaer Stahlhoefer – Curitiba, 2014.

91 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Lilian Daisy Gonçalves Wolff
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Acidentes por quedas. 2. Qualidade da assistência à saúde.
3. Segurança do paciente. I. Wolff, Lilian Daisy Gonçalves.
II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73

TERMO DE APROVAÇÃO

TANICLAER STAHLHOEFER

QUEDAS DE PACIENTES NO AMBIENTE HOSPITALAR

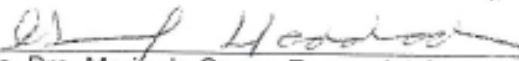
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:



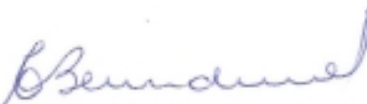
Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad

Membro Titular: Universidade Estadual de Londrina - UEL



Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 26 de fevereiro de 2014.

Aos meus amados pais Milton e Teresa, por serem exemplos de honestidade e por sempre incentivarem meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus irmãos Marcelo e Alan, meus amores, pelo incentivo, auxílio e torcida.

Ao Marcelo, meu amor, melhor amigo, companheiro, incentivador e apoio sempre!

AGRADECIMENTOS

À prof^a Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, minha querida orientadora, que me conduziu na construção deste trabalho, sempre com muita competência, dedicação, amor, paciência e incentivo. Exemplo de pessoa e profissional. Muito obrigada!

Aos meus queridos sogros Guido e Carmen Lúcia, e minha cunhada Fernanda pelo acolhimento caloroso e apoio nesta trajetória.

Aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade, auxílio e contribuições nesta pesquisa.

Às amigas da turma de mestrado, pelo companheirismo, alegria, incentivo e união.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelo ensino de qualidade e excelência.

A todos os professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná pela contribuição na formação.

À Assessoria de Gestão da Qualidade do HC/UFPR pela imensurável contribuição para a concretização e desenvolvimento desta pesquisa, em especial à querida Denise, exemplo de profissional, obrigada!

Às queridas amigas Valquiria e Dayana por todas as palavras de incentivo, e sempre dispostas a resolverem os problemas do trabalho para que eu pudesse cumprir minhas tarefas do mestrado!

A todos os meus amigos verdadeiros, nenhum nome em especial, cada um num momento especial e único.

A todos que em algum momento me disseram alguma palavra de estímulo e carinho.

RESUMO

STAHLHOEFER, Taniclaer. **Quedas de pacientes no ambiente hospitalar**. 2014. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lillian Daisy Gonçalves Wolff.

A queda em ambiente hospitalar é um evento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado, que pode ser recorrente em um mesmo paciente e, conseqüentemente, causar-lhe danos e demais conseqüências. Os fatores de risco para queda podem ser intrínsecos, relacionados ao próprio paciente, ou extrínsecos, relacionados à falta de segurança no ambiente. Portanto, há necessidade de gerenciamento de risco de quedas, que inclua a sua identificação, notificação, investigação, aprendizado com os erros e mudança de processos, com vistas a evitá-las, ou ao menos diminuir a sua ocorrência. A pesquisa teve por objetivos: caracterizar as quedas de pacientes ocorridas no ambiente hospitalar quanto aos danos causados e suas conseqüências; descrever o perfil demográfico e de morbidade dos pacientes que sofreram quedas no ambiente hospitalar; identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos relacionados às quedas; delinear ações para preveni-las no ambiente hospitalar. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, quantitativa, desenvolveu-se em dois momentos caracterizados por: pesquisa documental em 46 fichas de notificação de eventos de queda ocorrida em 2012 e os respectivos prontuários; e, pesquisa descritiva observacional das condições dos ambientes em que ocorreram as quedas. Realizou-se no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) junto a sua Assessoria de Gestão da Qualidade. Os resultados demonstram que 30,43% dos usuários que sofreram queda sofreram algum tipo de dano, principalmente relacionados a danos físicos, e conseqüências como acréscimo de exames diagnósticos, prolongamento do tempo de internação e alteração ou acréscimo de terapia medicamentosa. A maioria dos pacientes apresentava idade superior a 60 anos e era do sexo masculino. Os três principais diagnósticos primários identificados se relacionaram aos grupos de doenças do aparelho circulatório (21,74%), doenças do aparelho respiratório (13,06%) e de neoplasias e tumores (10,88%); e os diagnósticos secundários mais frequentes foram doenças do aparelho circulatório (36,96%), doenças do aparelho respiratório (17,39%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (15,22%). A maioria dos usuários (76,09%) utilizava medicação relacionada a fatores de risco para queda, referidos na literatura. As quedas notificadas em 2012 no HC/UFPR ocorreram, principalmente no quarto (54,35%), sendo que 68% delas foram quedas do leito. Destaca-se que em 44,44% dos prontuários analisados não foram encontrados registros do evento adverso por parte da equipe de enfermagem ou médica. O maior número de notificações foi por parte de unidades que atendem pacientes críticos (36,85%). É indispensável o esforço contínuo do hospital a fim de que os profissionais da instituição mantenham o compromisso com a identificação de riscos e o registro de informações sobre quedas nos prontuários, bem como com a notificação adequada de sua ocorrência, de modo a preveni-las e corrigir desvios da assistência e no ambiente que exponham o paciente a esse evento adverso ao cuidado.

Palavras-chave: Acidentes por quedas; Qualidade da assistência à saúde; Segurança do Paciente

ABSTRACT

STAHLHOEFER, Taniclaer. **Patient falls in the hospital setting**. 2014. 91 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Federal University of Parana, Curitiba. Supervisor: Prof. Dr. Lillian Daisy Gonçalves Wolff.

The fall in the hospital setting is a traumatic, multifactorial event, usually involuntary and unexpected, which can be recurring in the same patient, hence causing damage and other consequences. Risk factors for fall can be intrinsic, related to the patient, or extrinsic, related to the lack of security in the environment. Therefore, there is a need of managing the fall risk, which includes its identification, notification, investigation, learning from mistakes and processes changing, in order to prevent falls or at least decrease their occurrence. The research aimed to: characterize patient falls occurred in the hospital setting according to the damage caused and its consequences; describe the demographic and morbidity profile of patients who experienced falls in the hospital setting; identify the intrinsic and extrinsic factors related to falls; outline actions to prevent them in the hospital setting. This is a retrospective, qualitative research, carried out in two moments characterized by: documentary research of 46 notification forms of fall events that happened in 2012 and their records; and, observational descriptive research of the conditions of the places in which the falls occurred. The research was conducted at the Clinical Hospital of the Federal University of Parana (HC/UFPR) with its Quality Management Advisory. The results showed that 30.43% of users who suffered falls experienced some kind of damage, mainly related to physical damage, and consequences such as an increase in diagnostic tests, prolongation of hospitalization length and modification or addition of drug therapy. Most patients were aged over 60 years old and were male. The three main primary diagnoses identified were related to groups of diseases of the circulatory system (21.74%), respiratory system (13.06%) and neoplasia and tumors (10.88%); and the most common secondary diagnoses were diseases of the circulatory system (36.96%), diseases of the respiratory system (17.39%) and endocrine, nutritional and metabolic diseases (15.22%). Most patients used medication related to factors of fall risk, reported in the literature. The falls reported in 2012 at HC/UFPR occurred mainly in the bedroom (54.35%), and 68% of them were falls from the bed. It is emphasized that in 44.44% of the analyzed records there were no notes from the nursing or medical staff about the adverse event. The highest number of notifications was by units that deal with critical patients (36.85%). It is essential the continuous effort of the hospital to ensure that the professionals of the institution maintain the commitment with risk identification and records of fall information, as well as the right notification of its occurrence, in order to prevent falls and correct deviations of assistance and in the environment that exposes the patient to this adverse event of care.

Keywords: Accidental Falls; Quality of Health Care; Patient Safety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 –	DIAGRAMA DE VENN MOSTRANDO A TERMINOLOGIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	24
QUADRO 1 –	SÍNTESE DAS ETAPAS DO MÉTODO RELACIONADAS AOS OBJETIVOS.....	40
GRÁFICO 1 –	LOCAL DE OCORRÊNCIA DE QUEDAS NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS DO HC/UFPR, 2012.....	50
GRÁFICO 2 –	TIPO DE QUEDA EM RELAÇÃO ÀS QUEDAS DE PACIENTES OCORRIDAS NOS SEUS QUARTOS, HC/UFPR, 2012.....	50
QUADRO 2 –	DESCRIÇÃO DE EXEMPLOS DE REGISTROS SOBRE A QUEDA DE PACIENTES EM PRONTUÁRIOS E NOTIFICAÇÕES, HC/UFPR, 2012.....	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	DANOS E CONSEQUÊNCIAS CAUSADOS AOS PACIENTES DECORRENTES DAS QUEDAS.....	41
TABELA 2 –	FREQUÊNCIA RELATIVA DE PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDAS POR UNIDADE GERENCIAL ASSISTENCIAL E RESPECTIVAS SUB-UNIDADES, HC/UFPR, 2012 (N=38).....	43
TABELA 3 –	DADOS HOSPITALARES RELACIONADOS AO NÚMERO, FREQUÊNCIA RELATIVA E INDICADOR DE OCORRÊNCIA DE QUEDA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO, HC/UFPR, 2012 (N=38).....	44
TABELA 4 –	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA DOS CID ATRIBUÍDOS COMO DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS AOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDA, DE ACORDO COM OS GRUPOS DE DOENÇA, HC/UFPR, 2012.....	46
TABELA 5 –	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS RELATIVA DOS CID ATRIBUÍDOS COMO DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS AOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDA, DE ACORDO COM OS GRUPOS DE DOENÇA, HC/UFPR, 2012.....	47
TABELA 6 –	FATORES DE RISCO DE QUEDA INDICADO NOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDA NO ANO DE 2012, HC/UFPR.....	48
TABELA 7 –	DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DE MEDICAÇÕES EM USO PELOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDA DE ACORDO COM A CLASSE E SUA QUANTIDADE, HC/UFPR, 2012 (N=38).....	49

LISTA DE SIGLAS

IOM – *Institute of Medicine*

HC/UFPR – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

AGQ – Assessoria de Gestão da Qualidade

OMS – Organização Mundial da Saúde

ACSNI – *Advisory Committee in the Safety Nuclear Installations*

SUS – Sistema Único de Saúde

UCP – Unidade Cardiovascular e Pneumologia

UHHO – Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia

UMRN – Unidade da Mulher e do Recém Nascido

UNIPED – Unidade Pediátrica

UNOFT – Unidade de Oftamologia

UNORL – Unidade de Otorrinolaringologia

UAMB – Unidades de Ambulatórios

UCC – Unidade de Centro Cirúrgico

UNP – Unidade de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria

UUEA – Unidade de Urgência e Emergência Adulto

UNICLIN – Unidade Clínica

CAH – Comissão de Acreditação Hospitalar

ONA – Organização Nacional de Acreditação

ECG – Eletrocardiograma

RX – Raio X

PA – Pronto Atendimento

UTI – Unidade Terapia Intensiva

CTSI – Centro Terapia Semi-intensiva

TMO – Transplante de Medula Óssea

QT Alto Risco – Quimioterapia Alto Risco

IQP – Indicador de queda de paciente

UDT – Unidade de dor torácica

UTI card. – Unidade Terapia Intensiva Cardiológica

CO – Centro Obstétrico

CMF – Clínica Médica Feminina

CMM – Clínica Médica Masculina

Infecto – Infectologia

Neuro – Neurologia

Otorrino – Otorrinolaringologia

CID 10 – Código Internacional de Doença

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
1.2 OBJETIVOS.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 O HOSPITAL E O COMPROMISSO COM A QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	19
2.2 QUALIDADE EM SAÚDE, SEGURANÇA E ABORDAGEM DO ERRO NOS HOSPITAIS.....	21
2.3 CULTURA DE SEGURANÇA EM ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE.....	26
2.4 QUEDA HOSPITALAR.....	28
2.5 FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR	31
2.6 MEDIDAS PREVENTIVAS E CORRETIVAS RELATIVAS À QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR	32
3 MÉTODO	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	36
3.2 ASPECTOS ÉTICOS	35
3.3 LOCAL DE ESTUDO	36
3.4 AMOSTRA	38
3.5 COLETA DE DADOS	39
3.6 TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS	39
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS QUEDAS.....	41
4.2 FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS ÀS QUEDAS.....	45
4.3 FATORES EXTRÍNSECOS RELACIONADOS ÀS QUEDAS	49

4.4 CARACTERÍSTICAS DOS REGISTROS DE QUEDA EM PRONTUÁRIOS E NOTIFICAÇÕES	51
5 DISCUSSÃO	54
5.1 FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS ÀS QUEDAS.....	56
5.1.1 Perfil demográfico	56
5.1.2 Perfil de morbidade.....	59
5.1.3 Medicamentos em uso pelos pacientes	61
5.2 FATORES EXTRÍNSECOS RELACIONADOS ÀS QUEDAS	63
5.2.2 Ambiente onde ocorreu a queda.....	63
5.3 CONDIÇÕES DO AMBIENTE – Análise <i>in loco</i>	66
5.4 REGISTRO DAS QUEDAS NOS PRONTUÁRIOS E NAS NOTIFICAÇÕES...	67
5.5 MEDIDAS PREVENTIVAS.....	68
6 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE.....	81
ANEXO.....	88

1 INTRODUÇÃO

O hospital está inserido no terceiro e quarto níveis de assistência e atende pacientes com diferentes graus de complexidades. Sua principal finalidade é contribuir para a manutenção do padrão de saúde da sociedade, e implicitamente a ela, está à responsabilidade de prestar assistência de qualidade.

A qualidade no âmbito da saúde é definida como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao paciente e alto grau de satisfação por parte dos clientes (DONABEDIAN, 1992).

Na realidade dos hospitais brasileiros, muitas vezes indivíduos que não obtiveram resolubilidade no seu atendimento em outro nível de atenção, ou não têm acesso de outra modalidade de tratamento, como atendimento ambulatorial, de urgência/emergência, ou cuidado domiciliar, acabam por serem admitidos para internação. Essa situação seleciona aqueles que têm condições de saúde mais debilitada, geralmente associada à comorbidades.

Além disso, a tecnologia na área de saúde tem se desenvolvido vertiginosamente, aumentando a sobrevida da população e possibilitando vida a quem outrora não tinha condições de tratamento. Isto faz com que o paciente internado esteja sujeito a iatrogenias decorrentes da própria internação, pela susceptibilidade, condições clínicas afetadas que o expõem a, por exemplo, infecção hospitalar, quedas e sequelas decorrentes de uma assistência inadequada.

Nesse sentido, o ambiente hospitalar pode também ser um fator de risco a sua saúde, tanto em decorrência das condições de suas instalações, equipamentos como do processo de trabalho em saúde, que embora seja voltado para a produção de serviços que venham a atender as necessidades dos pacientes, ele não está livre da ocorrência de erros ou eventos adversos que prejudiquem a sua integridade e segurança.

A segurança do paciente é um tema em crescimento, com início das discussões a partir da publicação, no final do ano de 1999, do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados

Unidos, que expôs a realidade dos erros e eventos adversos na área da assistência à saúde.

O evento adverso é considerado “[...] lesão ou dano resultante da assistência à saúde” (WACHTER, 2010 p. 24). Como consequência ao evento adverso, muitos pacientes sofrem aumento da dor, incapacidade ou trauma psicológico, e podem considerar as falhas no tratamento como uma traição à confiança depositada ao profissional. Já os profissionais podem sentir vergonha, culpa ou depressão após constatarem que cometeram um erro (VINCENT, 2009).

O relatório do IOM (2000) resultou de dois grandes estudos realizados nos estados de Colorado, Utah e Nova Iorque, a partir da revisão de milhares de prontuários (WACHTER, 2010). Seus achados apontam para a ocorrência de 2,9% de eventos adversos relacionados às hospitalizações nos estados de Colorado e Utah, e 3,7% no de Nova Iorque, sendo que 6,6% e 13,6% desses eventos, respectivamente, incorreram em óbito do paciente, e mais da metade dos eventos adversos foram causados por erros considerados evitáveis (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Vincent (2009) comenta que nos Estados Unidos é maior o número de notificações em relação aos demais países.

Os erros identificados no relatório do IOM relacionam-se ao uso de tecnologias e erros cirúrgicos, como esquecimento de corpos estranhos no paciente, erros de medicação, problemas de comunicação, falhas nos processos de alta, os quais geram sérios problemas na segurança do paciente em serviços de assistência à saúde (WACHTER, 2010).

Diante do exposto, o referido relatório trouxe à tona a necessidade de se compreender a realidade, desafiando os profissionais de saúde à quebra de paradigmas. Nesta perspectiva, um dos pontos destacados é a abordagem do erro, o entendimento sobre como e por que ele ocorre, tendo como princípio essencial a mudança da cultura de segurança, da abordagem punitiva para a educativa, aquela segundo a qual os profissionais discutem e aprendem com os erros. Ademais, o relatório propõe um novo modelo, que orienta ir além do tratamento superficial do erro, abordando-o de forma sistêmica (ROCHA, 2013).

Esse tipo de abordagem fundamenta-se no pressuposto de que os humanos erram. Sendo assim, a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previna e os intercepte, antes que venham a causar dano ao paciente. Essa abordagem tem sido fundamental para melhorias em segurança (WACHTER, 2010).

Nesse aspecto, ao buscar sistemas mais seguros foram desenvolvidas estratégias e métodos para melhorar a segurança na assistência, entre elas, o gerenciamento de riscos.

No ambiente hospitalar há riscos para a segurança do paciente, dentre os quais a queda. É considerada um indicador da qualidade da assistência à saúde. Constitui-se em um evento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado, mas que pode ser recorrente em um mesmo paciente e, conseqüentemente, pode causar-lhe desconforto e danos, como fratura ou lesão, além de aumentar o custo e o tempo de sua internação (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Os fatores de risco para queda podem ser intrínsecos, relacionados ao próprio paciente, como idade acima de 65 anos, uso de determinados medicamentos, déficits sensorial e motor e também a patologias específicas. Podem também ser extrínsecos, relacionados à falta de segurança do ambiente como ausência de corrimão nos corredores e banheiros, ausência de campainhas nos quartos e banheiros, existência de objetos no chão, camas sem grades. (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010; HENDRICH, 2006; CALVO, 2001).

Destaca-se que o histórico anterior de quedas também é considerado um fator de risco para o paciente.

Portanto, há necessidade de gerenciamento de risco de quedas, que inclua a sua identificação, notificação, investigação, aprendizado com os erros e mudança de processos, com vistas a evitá-las, ou ao menos diminuir a sua ocorrência.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), hospital em que foi desenvolvida esta pesquisa, tem envidado esforços no sentido de consolidar sua missão de prestar uma assistência acreditada à comunidade.

Destaca-se que no ano de 2011 obteve 40 notificações de queda, e foram realizadas quatro análises de causa raiz das quedas graves. Já no ano de 2012, o

número de notificações foi de 48, e houve quatro análises de causa raiz relativas às quedas graves.

Desde o ano de 2004 são desenvolvidas ações no HC/UFPR com vistas à obtenção de certificação de hospital acreditado (ROTHBARTH, 2011).

O hospital foi acreditado em Novembro de 2011 no NÍVEL 1- Segurança e, tem como compromissos imediatos monitorar eventos adversos e consolidar o gerenciamento de riscos.

Em 2012 foi implantado o Grupo de Políticas de Prevenção de Quedas no HC/UFPR. Este grupo está inserido no Programa de Segurança do Paciente, e é composto por representantes da Direção de Enfermagem, da Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ), enfermeiras de diferentes unidades de internação.

Os encontros do grupo iniciaram em abril de 2012, e neste ano a autora participou deles como mestrande do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Nesses encontros ocorreram estudos e discussões sobre o tema queda. O grupo constatou a necessidade inicial de elaboração de um instrumento de avaliação de risco de queda que contivesse todos os fatores de risco dos pacientes do HC/UFPR. Muitas dúvidas surgiram quanto às escalas já validadas, assim como à correspondência dessas às especificidades da clientela do HC/UFPR.

No entanto, foi considerado como destacado por Morse (2006), que o instrumento de avaliação de risco de queda pode e deve ser geral, sendo que as especificidades dos pacientes podem ser elencadas nas medidas preventivas, se necessário.

Diante da existência de diferentes escalas, o grupo optou por realizar testes-piloto na Clínica Médica Masculina, com a utilização das escalas de *Stratify*, *Downton* e de Morse. Ao final dos testes, optou por utilizar a Escala de Morse como instrumento de avaliação de risco de queda, pois ela se destaca por ter sido elaborada a partir de uma metodologia robusta, com dados estatísticos.

Além do instrumento de avaliação de risco, foi criado um Procedimento Operacional Padrão para Prevenção de Quedas, e foram implantadas medidas como sinalização do leito e carimbo de documentos de pacientes com risco de queda (como solicitações de exames, consultas, anotação de enfermagem, prescrições médicas e de enfermagem). O principal objetivo do grupo é de

consolidar no HC/UFPR a Política de Prevenção de Quedas, com engajamento de todos os profissionais.

Constata-se que no HC/UFPR está em desenvolvimento um projeto para melhorias estruturais com vistas à minimização dos riscos ambientais, iniciadas por melhorias nos banheiros.

Diante do exposto, parte-se do pressuposto de que para a implementação de uma política, é importante a compreensão de todos os aspectos relacionados à queda por parte da instituição, no tocante à sua identificação, aos registros e notificações, unidades em que ocorreram, tipo de queda, perfil dos pacientes, tipos de danos causados e consequências, avaliações de risco realizadas e fatores de riscos associados intrínsecos e extrínsecos, em geral, etc.

A partir dessas informações a instituição pode estabelecer uma política adequada para que, efetivamente, assegure o estabelecimento de ações que venham a prevenir quedas, visando à minimização dos riscos relacionados e de sua ocorrência.

Sendo assim, a questão norteadora desta pesquisa é: **Quais os fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à queda em ambiente hospitalar e as consequências dos danos causados aos pacientes em diferentes serviços/unidades assistenciais?**

1.1 JUSTIFICATIVA

A pesquisa foi desenvolvida tendo em vista o seu caráter inovador, pois não houve outro estudo anterior semelhante no HC/UFPR. Vem ao encontro dos esforços da Assessoria de Gestão da Qualidade e da Direção de Enfermagem do hospital para o cumprimento dos objetivos estratégicos do hospital relativos à segurança no ambiente hospitalar.

Destaca-se também, a existência de poucos estudos brasileiros a respeito do tema, e a relevância desta pesquisa para a prática da enfermagem, com vistas a minimizar erros e melhorar a assistência prestada ao usuário. Pois como destacado por Yauk *et al.* (2007) o evento adverso queda tem sido relatado como sendo o tipo de acidente mais comum nos hospitais.

Mais especificamente, a pesquisa se justifica, pois contribui para a implementação no hospital sob estudo de uma política de prevenção de quedas em ambiente hospitalar, mediante o fornecimento de informações relevantes sobre fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à queda, bem como sobre danos e suas consequências aos pacientes, em diferentes serviços/unidades assistenciais, segundo a casuística no ano de 2012.

1.2 OBJETIVOS

- Caracterizar as quedas de pacientes ocorridas no ambiente hospitalar quanto aos danos causados e suas consequências.
- Descrever o perfil dos pacientes que sofreram quedas no ambiente hospitalar.
- Identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos relacionados às quedas de pacientes em ambiente hospitalar.
- Delinear ações para prevenir a queda de pacientes no ambiente hospitalar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta o referencial teórico, que fundamentou a pesquisa.

São apresentados os seguintes temas: o hospital e o compromisso com a qualidade e a segurança do paciente; qualidade em saúde, segurança e abordagem do erro nos hospitais, cultura de segurança, gerenciamento de risco, e um panorama geral sobre o evento queda no ambiente hospitalar.

2.1 O HOSPITAL E O COMPROMISSO COM A QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*). Vem de *hospes* – hóspedes, pois antigamente, o hospital era considerado como casa de assistência, e nele eram recebidos peregrinos pobres e enfermos. Sob o nome de hospital ficaram designadas as casas reservadas para tratamento temporário de enfermos (BRASIL, 1965).

Como descrito pelo Ministério da Saúde (1977, p. 9), hospital tem como função básica proporcionar à população “[...] assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar. No hospital pode também ocorrer atividades de [...] educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde”.

Do ponto de vista de sua contribuição para a sociedade, Wolff (2005) cita Katz e Kahn (1975) para expressar que os hospitais são organizações de restauração e manutenção de padrões de vida, uma vez que visam à promoção e melhoria das condições de saúde de pessoas por meio de atividades de assistência à saúde, e, eventualmente atividades de educação.

Como integrantes de sistemas de assistência à saúde, prestam serviços de diferentes níveis de assistência, tecnologia e especializações médicas, em um determinado contexto geográfico (WOLFF, 2005).

Para tanto, Wolff (2005) afirma que a produção hospitalar é entendida como o conjunto de combinações dos serviços gerados por diversas atividades diretas e indiretas relacionadas à assistência do paciente.

Do ponto de vista produtivo, são denominadas *diretas* as atividades relacionadas ao processo assistencial, realizada por profissionais da área da saúde, dentro de suas competências legais. Entre as atividades indiretamente relacionadas ao processo assistencial pode-se citar as de fornecimento de refeições, serviços de hotelaria, limpeza e manutenção indispensáveis à assistência à saúde global do paciente, que embora não são realizadas por profissionais da área da saúde, têm implicações no bem estar e na segurança do paciente.

Nesse sentido, almeja-se que o produto final seja prestado com qualidade, e este tema tem sido cada vez mais discutido no âmbito hospitalar. Motivados pelo movimento mundial em busca da qualidade nos hospitais, e no Brasil, muitos deles têm se candidatado ao processo de Acreditação hospitalar.

Este processo teve início no país na década de 1970, quando o Ministério da Saúde publicou Normas e Portarias com o objetivo de regulamentar a atividade de avaliação hospitalar para a qualidade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A partir de 1988, com a Constituição Federal Brasileira, passou-se a observar a importância do desenvolvimento de instrumentos gerenciais relacionados à avaliação dos serviços oferecidos à população. No entanto, a Acreditação tornou-se um tema discutido com maior intensidade no âmbito do Ministério da Saúde, a partir de 1995, quando foi criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (SEIFERT, 2011).

Os programas de Acreditação foram inicialmente criados com a finalidade de proteger e organizar a profissão médica, de forma a aprimorar o ambiente e a prática clínica. Com o passar do tempo, foram se estendendo para outras áreas de assistência à saúde e agregando outras finalidades, tais como: a educação, a consultoria, a participação e o profissionalismo (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Nesse sentido, a partir da estruturação do Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar, houve a contribuição para que ocorresse uma mudança progressiva e planejada de hábitos. Desta forma, as instituições e os profissionais passaram a participar deste processo, com vistas à mobilização e criação de metas objetivas,

com intuito de garantir a melhoria da qualidade da assistência prestada (MANZO, 2009).

Sendo assim, para verificar a qualidade da assistência à saúde no âmbito hospitalar, é utilizado como instrumento o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, que é composto de seções e subseções, sendo princípio orientador do Nível 1 a Segurança; do Nível 2 a Gestão Integrada; e do Nível 3, a Excelência em Gestão (ONA, 2010).

2.2 QUALIDADE EM SAÚDE, SEGURANÇA E ABORDAGEM DO ERRO NOS HOSPITAIS

A qualidade no âmbito da saúde é definida como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao paciente, alto grau de satisfação por parte dos clientes, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (DONABEDIAN, 1992).

O movimento em direção a uma assistência de qualidade, segura e livre de injúrias é um constante desafio para os hospitais. A segurança é o primeiro domínio da qualidade, o qual não se resume apenas em evitar danos preveníveis, mas proporcionar uma assistência efetiva aos que necessitam, e não oferecer serviços inefetivos ou com potencial de lesão. Os pacientes devem ter assegurado que obterão o melhor resultado em seu tratamento, e para que isso ocorra, os sistemas devem ser seguros, desenhados para o acerto e não para o erro (KOHN *et al.*, 2000).

Além da segurança, proporcionar acesso equitativo aos serviços de saúde a todos e com custos reduzidos são questões prioritárias na área de saúde e um grande desafio à sociedade (PEDREIRA; HARADA, 2009). Nos sistemas de saúde em que os recursos são limitados e as necessidades de saúde dos indivíduos são ilimitadas, é indispensável a assistência segura e de qualidade, evitando-se danos aos pacientes, aumento do uso de recursos da assistência, retrabalho e custos processuais, jurídicos e de indenização.

A busca pela qualidade assistencial e, sobretudo por segurança do paciente internado em hospitais, vem sendo objeto de estudos e projetos propostos pela

Organização Mundial da Saúde (OMS), com vistas à diminuição de erros, riscos e danos ao paciente (COSTA *et al.*, 2011).

O erro médico e os danos causados aos pacientes têm sido temas descritos e estudados por mais de um século, no entanto a discussão pública a respeito desses temas acontece há pouco mais de dez anos (VINCENT, 2009).

Wachter (2010) afirma que, até recentemente, os erros associados à assistência eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços. No entanto, a partir de 1999, com a publicação do relatório “*To err is human: building a safer health care system*” pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, essa concepção começou a mudar.

Sendo assim, o movimento em prol da segurança do paciente, iniciou após a publicação do referido relatório, com a revelação da crítica situação de assistência à saúde daquele País. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos (KOHN *et al.*, 2000). Esse número gerou uma tremenda atenção da mídia e da população, criando um palco para esforços precedentes, no sentido de melhorar a segurança do paciente. Os eventos se relacionavam a erros de prescrição de medicamentos, problemas de comunicação em unidades de terapia intensiva, falhas nos processos de alta, retenção de corpos estranhos após procedimentos cirúrgicos, dentre outros, evidenciando sérios problemas na segurança do paciente (WACHTER, 2010).

Desde então, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem demonstrado sua preocupação com a segurança do paciente e adotou esta questão como tema de alta prioridade na agenda de políticas dos seus países membros, a partir do ano 2000. Em 2004, criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, visando à socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas. Em maio de 2007 foram publicadas as nove soluções para prevenção de evento adverso no cuidado à saúde.

Os atuais desafios globais incluem "Cuidado Limpo é Cuidado Seguro" visando garantir a melhoria da higienização das mãos dos profissionais que atuam no cuidado; "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", visando melhorar a segurança do

tratamento cirúrgico em todos os contextos de cuidados de saúde; e "Enfrentar a Resistência Antimicrobiana" como uma prioridade (WHO, 2007 *apud* SILVA, 2010).

A redução de quedas é uma das metas internacionais para a segurança do paciente estabelecidas pela OMS.

Para tanto, destaca-se que a literatura sobre segurança do paciente contém muitos termos sobrepostos para descrever aspectos relacionados com a segurança, no entanto duas distinções são fundamentais, evento adverso e erro.

Evento adverso é considerado como “[...] lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção temporária, ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência no hospital ou morte, como consequência do cuidado prestado” (MENDES; MARTINS; MARQUES, 2008). Este, ainda pode ser caracterizado como evento adverso evitável e não evitável.

Por sua vez, o erro é definido como “[...] ato voluntário (fazer algo errado) ou de omissão (deixar de fazer o que é certo), levando a um desfecho indesejável, ou com um potencial significativo para esse desfecho” (WACHTER, 2010 p. 24).

Alguns erros não resultam em eventos adversos, os quais em geral são categorizados como “quase erros”. Esse termo de acordo com Gutierrez *et al.* (2008) é definido como uma situação que, se não tivesse sido evitada, poderia ter causado danos ao paciente.

A Figura 1 apresenta o Diagrama de Venn que exemplifica a relação entre esses termos. Destaca-se que entre os incidentes na assistência a saúde encontram-se erros, quase erros e eventos adversos, sendo que estes últimos podem ser evitáveis ou não.

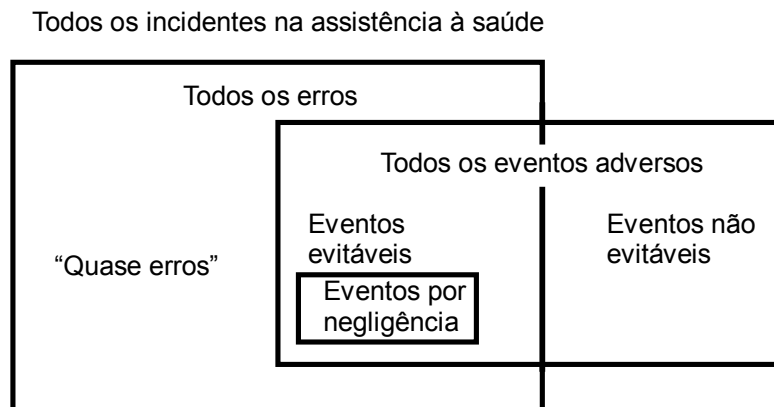


FIGURA 1 – DIAGRAMA DE VENN MOSTRANDO A TERMINOLOGIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

FONTE: WACHTER (2010, p. 24)

Em geral, o erro humano é apontado como o causador de acidentes em cirurgias complexas e no atendimento hospitalar, e após esses acontecimentos, as pessoas fazem julgamentos rápidos e, com frequência, acusam quem está de forma óbvia associada ao desastre. No entanto, esses julgamentos rápidos e a rotineira atribuição de culpa impedem de revelar dados subjacentes aos fatos (VINCENT, 2009).

Isso se justifica tendo em vista que embora uma ação ou omissão específica pareça ser a causa de um incidente, a análise detalhada pode revelar uma série de eventos e o abandono de práticas seguras, influenciadas pelo ambiente e pelo contexto organizacional mais amplo (VINCENT, 2009). Outro fator importante para que o erro aconteça, como destaca Reason (1997), são as condições latentes, pois essas preparam o ambiente para os acidentes, visto que criam condições nas quais os erros e falhas podem ocorrer.

No ambiente hospitalar, muitos fatores contribuem para que o erro ocorra, dentre os quais pode-se destacar os do ambiente interno organizacional, propriamente dito, os fisiológicos e os psicológicos. O alto volume de ruídos, a agitação, o calor, a iluminação insuficiente, os estímulos visuais, o mobiliário e os equipamentos deteriorados podem contribuir, entre outros fatores, para a ocorrência de erro no ambiente hospitalar. Fatores psicológicos como o tédio, a frustração, a ansiedade e o estresse podem igualmente estar relacionados com o erro. A fadiga, o

sono, a sobrecarga de trabalho, a deficiência de recursos humanos e as doenças também são outros fatores a serem destacados (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

As ações e falhas das pessoas têm, individualmente, um papel central, mas seus pensamentos e comportamentos são muito influenciados e restringidos pelo ambiente de trabalho que os cerca e pelas rotinas organizacionais (VINCENT, 2009).

Para tanto, é enfatizado que os erros precisam ser analisados por meio de uma abordagem sistêmica, com base na premissa de que um acidente é frequentemente o resultado final de uma cadeia de eventos, desencadeada por um sistema mal elaborado (ROQUE, 2009).

A abordagem sistêmica pressupõe a condição humana, isto é, que humanos erram, e implica que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previnam ou os interceptem antes que causem danos (WACHTER, 2010). Ou seja, implica a criação de sistemas focados para o acerto.

A abordagem sistêmica do erro pressupõe que o profissional é parte de um todo. Quando o erro ocorre, há evidências de falhas no processo. Sendo assim, há possibilidade de revisão do processo, o qual gera um mecanismo de prevenção (CARVALHO; VIEIRA, 2002).

Entretanto, na área da saúde, os erros são comumente associados ao desprestígio profissional, à autopunição e possíveis sanções, de modo que admitir e relatar o erro não é tarefa simples. A visão individual do erro segue o princípio de que o único responsável pelo erro é o profissional. Tal perspectiva impede a análise de possíveis falhas ocorridas em todo o sistema. Conseqüentemente, não se consegue encontrar a verdadeira causa do erro. Portanto, é imperativa a visão sistêmica do erro de modo a contribuir para a criação de uma cultura de vigilância, a fim de buscar e permitir a identificação de causa(s) real(is) para as falhas encontradas no sistema (COIMBRA, 2006).

Nesse sentido, autores enfatizam ser indispensável a implementação de estratégias para impedir a ocorrência de erros baseadas, principalmente, na educação dos profissionais e na mudança cultural da instituição frente ao erro; promovendo assim a qualidade do sistema de saúde e a segurança do cliente (REASON, 2000; ROSA; PERINI, 2003; COIMBRA, 2006).

2.3 CULTURA DE SEGURANÇA EM ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

Quando se aborda o tema cultura de segurança, implicitamente, cogita-se acerca de uma cultura organizacional de uma forma mais ampla (VINCENT, 2009).

A definição de cultura de segurança, que foi originalmente criada pelo *Advisory Committee in the Safety Nuclear Installations (ACSNI)*, é descrita como: “[...] o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento, tanto individuais como coletivos, que determinam o comprometimento, o estudo e a facilidade de execução de programas de Saúde e segurança organizacionais [...]”. No mesmo texto, os autores complementam que uma cultura de segurança positiva está associada à “[...] comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas” (HEALTH AND SAFETY COMMISSION, 1993 *apud* VINCENT, 2009 p. 203).

Vincent (2009) corrobora com esta definição, ao afirmar que a cultura de segurança é parcialmente construída com base nas atitudes e nos valores dos indivíduos, e cada um contribui para a sua consolidação, do seu próprio modo.

Atualmente, os investimentos em segurança do paciente voltam-se ao aprimoramento de programas que têm como meta a criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, com vistas à prevenção de qualquer tipo de evento adverso (CLARO *et al.*, 2011).

A cultura de segurança envolve o comprometimento com a segurança que permeia todos os níveis da organização. Todos devem compreender e estar preocupados com as questões que envolvem a segurança do paciente (WACHTER, 2010). Vincent (2009) também afirma que o comprometimento organizacional e administrativo é esperado, uma vez que a segurança tem de ser levada a sério em todos os níveis da organização.

Para tanto, é necessário desenvolver em cada indivíduo a capacidade de avaliar o ambiente em busca de perigos potenciais, recebendo apoio institucional de modo que sejam identificadas as falhas e os caminhos para eliminá-las, reduzi-las ou controlá-las apropriadamente (CLARO *et al.*, 2011).

A cultura de segurança ressalta a importância da colaboração entre as diferentes áreas no sentido de entender que o trabalho de um indivíduo reflete no trabalho do outro, mesmo que um profissional realize a assistência na linha de frente e outro realize atividades essencialmente administrativas (WACHTER, 2010).

Busca-se, em síntese, inserir uma consciência coletiva de prevenção de eventos adversos, utilizando-se a abordagem pró-ativa, não-punitiva e de incentivo à notificação espontânea e anônima dos eventos (CLARO *et al.*, 2011).

Portanto, como indicado pelo ACSNI, produzir e manter uma cultura de segurança é um processo contínuo, sistemático e demorado. Não haverá nunca um momento em que o trabalho de melhorar e manter a cultura de segurança esteja terminado (VINCENT, 2009).

Entre as atividades dos programas de segurança em hospital destaca-se o gerenciamento de risco, com objetivo primordial de que os profissionais se antecipem em prevenir os eventos adversos (ONA, 2006).

O Gerenciamento de Riscos nas organizações teve início nos Estados Unidos na Década de 50 na área de seguros. Há aproximadamente trinta anos o gerenciamento de riscos começou a ser utilizado na área de saúde (FELDMAN, 2008).

O gerenciamento de riscos é compreendido como atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere a riscos (ABNT, 2009). No setor de saúde tem por objetivo construir uma consciência proativa nos membros da organização com vistas à criação de oportunidades de proteção do futuro, por meio da prevenção de eventos adversos (ONA, 2006). Todavia, o gerenciamento de riscos envolve várias etapas desde a identificação do risco, até a análise dos eventos adversos (ROCHA, 2013).

O controle e a efetividade da gestão de risco só é possível se houver comprometimento de todos os envolvidos, desde a alta direção, médicos, além da equipe de Saúde, para cumprir os requisitos estabelecidos (FLORENCE; CALIL, 2005).

Entre as atividades do gerenciamento de risco, incluem-se o estabelecimento de um sistema de notificação, investigação de eventos adversos e análise de

causas, e estabelecimentos de planos de ação, com medidas preventivas e corretivas para minimizar a sua ocorrência (ROCHA, 2013).

Por sua vez, as quedas são os eventos adversos mais frequentes nos hospitais e podem ou não causar danos, bem como incorrer em consequências físicas, psicológicas e sociais (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

2.4 QUEDA HOSPITALAR

Dentre os principais eventos adversos a serem prevenidos nos hospitais, destacam-se as quedas em pacientes internados.

As quedas são os eventos adversos mais frequentes nos hospitais e podem ter consequências físicas, psicológicas e sociais aos pacientes (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010). A queda é definida como "[...] um evento pelo qual um indivíduo volta-se para o chão ou outro nível mais baixo com ou sem perda de consciência" (NICE, 2004, p. 4).

Esse evento adverso tem sido relatado como sendo o tipo de acidente mais comum nos hospitais sendo que aproximadamente 2% dos pacientes internados sofrem queda, pelo menos uma vez durante a internação (YAUK *et al.*, 2007).

Estima-se que, a cada ano, 1 milhão de quedas de pacientes ocorram em hospitais dos Estados Unidos, e taxas semelhantes são registradas na maior parte dos países desenvolvidos (OLIVER; HEALEY; HAINES, 2010).

Na Inglaterra e no País de Gales, são registradas aproximadamente 280.000 quedas de pacientes a cada ano em hospitais de cuidado agudo, hospitais comunitários e unidades de saúde mental. Estima-se que o real número de quedas seja ainda maior, pois sabe-se que todos os sistemas de saúde apresentam problemas de subnotificação (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2010).

Cerca de 23% das quedas em pacientes hospitalizados resultam em lesões, destas, 83% são lesões de abrasões, contusões e lacerações e 9% são fraturas (ROHDE; MYERS; VLAHOV, 1990 *apud* DICCINI; PINHO; SILVA, 2008). Considerando as fraturas, 4% delas ocorrem nos ossos do quadril e 3,5% nos ossos da calota craniana (RUENSTEIN; POWERS; MACLEAN, 2001 *apud* DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

De acordo com os *Centers for Disease Control and Prevention*, em 2004, 14.900 pessoas acima de 65 anos morreram de ferimentos relacionados a quedas. Cerca de 1,8 milhões de pessoas acima de 65 anos foram tratadas nos departamentos de emergência com ferimentos relacionados à queda sofrida, sendo que mais de 433.000 desses pacientes foram hospitalizados (HENDRICH, 2007).

A sua alta incidência e graves consequências para a saúde do paciente justificam o fato de a ocorrência do evento adverso queda ser considerada como importante indicador da qualidade assistencial (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010; KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006; CQH, 2012; GABRIEL *et al.*, 2011, PERRACINI, 2009).

Entretanto, a queda não é um problema exclusivo de idosos, tendo em vista que uma pesquisa realizada em um Hospital Universitário de St. Louis, Missouri, revelou que metade dos pacientes (91) que sofreram queda tinha menos de 65 anos (HITCHO *et al.*, 2004). Assim, as quedas acometem indivíduos de outros períodos do ciclo vital, dependendo de suas condições clínicas e fatores do ambiente hospitalar, podendo causar sequelas graves.

Segundo o *Wall Street Journal*, os custos de tratamento de lesões decorrentes de quedas são de 1,08 bilhões dólares por ano, ou aproximadamente 15 a 30.000 dólares por queda (HENDRICH, 2007).

Estudos revelam que mais de 70% das quedas em pacientes hospitalizados ocorrem dentro do quarto, durante a transferência da cama, cadeira ou cadeira de rodas, e cerca de 19% ocorrem na deambulação durante o trajeto de ida e volta ao banheiro (ROHDE *et al.*, 1990; RUBESNSTEIN *et al.*, 2001 *apud* DICCINI, PINHO, SILVA, 2008).

A queda no âmbito hospitalar, além de acarretar consequências imediatas, como traumas teciduais de diferentes intensidades; retirada não programada ou desconexão de diferentes artefatos terapêuticos; alterações emocionais e piora das condições clínicas, gera consequências como o aumento no tempo de internação e do custo do tratamento, causa desconforto ao paciente, bem como, ocasiona descrença em relação à qualidade da assistência de enfermagem e à responsabilidade do profissional que atende o paciente (DECESARO; PADILHA, 2001; CQH, 2012; MARIN, 1995 *apud* PAIVA, *et al.*, 2010).

Dano é definido como comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013; OMS, 2011).

Já as consequências desse dano são para o paciente o impacto sobre o mesmo, que é total ou parcialmente atribuível a um incidente. O grau de um dano refere-se a sua gravidade e duração, e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente. As consequências podem ser classificadas como ausente, leve, moderado, grave e óbito (OMS, 2011).

Dano leve é caracterizando quando a consequência para o paciente é sintomática, no entanto, com sintomas leves, perda de funções ou danos mínimos de curta duração, e que não necessitem de intervenção ou com intervenção mínima (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento) (OMS, 2011).

Dano moderado é caracterizando por consequência sintomática ao paciente, sendo necessária intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional), aumento no tempo de internação, causou danos permanentes ou a longo prazo, ou, ainda, perda de funções (OMS, 2011).

Dano grave é caracterizando por consequência sintomática ao paciente e requer intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções (OMS, 2011).

De acordo com Perracini (2009), o evento adverso queda pode ser classificado a partir da frequência com que ocorre e o tipo de consequência advinda do evento. A autora destaca, ainda, que a queda pode ser dividida de acordo com a presença ou não de lesões. As quedas com lesões graves são consideradas aquelas cuja consequência é uma fratura, trauma ou luxação. Abrasões, cortes, escoriações e hematomas são considerados lesões leves.

2.5 FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Os fatores de risco para queda podem ser considerados como intrínsecos, diretamente relacionados com o indivíduo, ou, extrínsecos, relacionados com características ambientais e sociais (CALVO; RIU; GARCIA, 2001; HENDRICH, 2006; PEREIRA, 2001).

Os fatores de risco intrínsecos envolvem: idade acima de 65 anos, alterações no nível de consciência, distúrbios do equilíbrio, déficit motor, déficits sensoriais, síncope, hipotensão postural, incontinência vesical e/ou intestinal e uso de medicamentos como antidepressivos, benzodiazepínicos e anti-hipertensivos. Dentre as patologias mais comumente associadas à quedas, tem-se as osteomioarticulares, doenças neurológicas e cardiovasculares (ALMEIDA *et al.*, 2010; DICCINI; PINHO; SILVA, 2008; PAIVA, MARTIN, 1995 apud PAIVA *et al.*, 2010; ; BRASIL; ANVISA; FIOCRUZ, 2013).

Já os fatores extrínsecos são relacionados com a falta de segurança no meio ambiente, como características inadequadas do espaço, mobília, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, ausência de corrimãos em corredores e banheiros, ausência de grades de proteção na cama ou grades abaixadas, altura da cama elevada, campainhas fora do alcance e iluminação inadequada (PEREIRA, 2001, DICCINI; PINHO; SILVA, 2008; BRASIL; ANVISA; FIOCRUZ, 2013).

A ocorrência prévia de quedas é um fator de risco que deve ser considerado na prevenção, associada a outros eventos relacionados.

Diante do exposto, percebe-se que há muitos determinantes para que a queda ocorra. Atribui-se aos profissionais de saúde o desafio de identificar os possíveis fatores de risco modificáveis e tratar dos fatores etiológicos e comorbidades presentes, com vistas à prevenção de queda. Entre as ações que podem ser adotadas para a prevenção de quedas, destaca-se a implementação de programas para a prevenção das mesmas, os quais têm demonstrado sucesso (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

Os programas são compostos por três elementos, tais como a identificação do risco para queda, a implementação de medidas de prevenção e a reavaliação do

paciente, que contribuem para manutenção e inclusão de novos fatores de risco (HITCHO *et al.*, 2004).

Para a identificação do risco de queda, existem instrumentos internacionalmente validados. No Apêndice 2 são descritas as características da escalas *Hendrich II*, *Stratify*, *Downton* e *Morse*.

Além de mensurar o risco de queda de pacientes internados, é também, indispensável ações de Gerenciamento de Risco, que incluem a identificação da sua ocorrência, notificação, investigação (análise de causa raiz das quedas caracterizadas como evento adverso grave), e a elaboração de planos de ação para preveni-las e corrigir situações que causam exposição dos pacientes a este evento adverso.

2.6 MEDIDAS PREVENTIVAS E CORRETIVAS RELATIVAS À QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

A prevenção de quedas é um dos elementos importantes a serem considerados na promoção da segurança do paciente no ambiente hospitalar. Portanto, é necessária a conscientização da instituição e dos profissionais em relação às consequências desse evento adverso à assistência ao paciente e a necessária co-responsabilização quando a medidas efetivas para preveni-las.

Nesse aspecto, como descrito na seção anterior, a primeira medida necessária para a prevenção desse evento adverso é **a avaliação de risco para queda** dos pacientes, pois a partir desta, o profissional pode fazer um planejamento das medidas preventivas necessárias (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Muitos hospitais envidam esforços para diminuir a ocorrência de quedas, dentre as demais medidas preventivas apresentadas na literatura destacam-se as relacionadas à equipe de enfermagem e ao ambiente.

Baseando-se nas medidas preventivas recomendadas por alguns serviços de saúde (SANTOS; DANTAS; RAMOS, 2010; HOSPITAL SAMARITANO, 2009; BRASIL; ANVISA; FIOCRUZ, 2013), nesta seção são exemplificadas algumas relativas à orientação, identificação, registro e cuidados.

Em relação à orientação, destaca-se a entrega de *folder* de orientação para prevenção de queda; orientações ao paciente, acompanhante e equipe de saúde no sentido de que solicitem auxílio da equipe de enfermagem sempre que for necessário, principalmente para locomoção e mobilização. Além delas, orientações para que o paciente não se levante subitamente, devido ao risco de hipotensão postural e tontura, que são predisponentes à queda, bem como sobre o uso de calçados antiderrapantes.

É indispensável que o paciente com risco de queda seja distinguido entre os demais. Isso pode ser feito mediante a identificação desse risco no leito ou na porta; identificação por meio de etiqueta ou carimbo de risco de queda em prontuários, bem como nas requisições de exames e demais documentos, a fim de que os outros serviços para os quais o paciente foi encaminhado sejam alertados sobre a prevenção de quedas.

No cuidado de enfermagem ao paciente, não deixá-lo sozinho no banheiro ou durante o banho; intensificar a atenção quando o paciente usar sedativos ou hipnóticos, tranquilizantes, diuréticos, anti-hipertensivos e anti-parkinsonianos; auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor; e, manter vigilância e agilidade no atendimento às campainhas.

Todas as ações de cuidado realizadas pela equipe de enfermagem devem ser registradas, bem como as ações de prevenção de quedas de caráter individualizado, na prescrição de enfermagem.

As medidas preventivas de queda geralmente tomadas no ambiente hospitalar referem-se a banheiros com condições adequadas, acesso do paciente acamado a materiais pessoais e à comunicação com os profissionais, condições de piso, mobília, iluminação e áreas de circulação.

Os banheiros devem ter piso de material antiderrapante, e barras de apoio no box e junto ao vaso sanitário e pia.

Tanto no banheiro, como junto ao leito, deve existir uma campainha de fácil alcance para solicitação da presença do profissional de enfermagem, bem como os materiais pessoais devem estar dispostos próximos ao paciente.

A cama deve ser mantida na posição mais baixa e com rodas travadas, deve haver previsão de grades que possam ser elevadas sempre que necessário, podendo ser utilizados protetores entre o vão das grades.

Os pisos, em geral, devem ser antiderrapantes, e a área de circulação das enfermarias e corredores deve ser mantida livre de móveis e utensílios, e ainda possuir barras de apoio ou corrimãos e sinalização.

Deve haver iluminação indireta (luz de sentinela), de modo que os ambientes de circulação do paciente não fiquem totalmente escuros (SANTOS; DANTAS; RAMOS, 2010; HOSPITAL SAMARITANO, 2009; BRASIL, 2013).

Considera-se que essas medidas são caracterizadas como gerais para a prevenção de queda, mas outras podem ser relacionadas especificamente às condições clínicas do paciente. Destaca-se a importância de medidas criativas e de comunicação visual que possam chamar a atenção de profissionais, pacientes e familiares para prevenirem-se do risco de queda.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo retrospectivo, quantitativo, desenvolveu-se em dois momentos caracterizados por: pesquisa documental em prontuários e fichas de notificação de eventos de queda; e, pesquisa descritiva observacional das condições do ambiente em que ocorreu a queda.

A pesquisa documental é o procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Neste sentido, Gil (2002, p.45) afirma que este tipo de pesquisa vale-se de materiais que não receberam ainda um “tratamento analítico”, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Esses documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (FIGUEIREDO, 2007).

Por conseguinte, Gil (2002) afirma que algumas pesquisas elaboradas com base em documentos são importantes não somente porque respondem definitivamente a um problema, mas por proporcionarem melhor visão desse problema ou, então, gerarem hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios.

No entanto, muitas vezes confunde-se pesquisa documental e bibliográfica, já que ambas têm documentos como objeto de investigação. Nesse sentido, Gil (1991) refere que a diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Como já abordado, a primeira utiliza de materiais sem “tratamento analítico”, enquanto que a pesquisa bibliográfica se utiliza, fundamentalmente, das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto.

A característica descritiva, segundo Gil (2009), é identificada nesta pesquisa, pelo fato de que esse tipo de pesquisa “[...] tem como objetivo primordial a descrição

das características de determinada população ou fenômeno, e/ou então, o estabelecimento de relações entre as variáveis.” O autor refere que “[...] uma das suas características mais significativas está na padronização de coleta de dados”, tal como a observação sistemática (GIL, 2009, p.43).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde, após obtenção da autorização do Diretor de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas, do Diretor do Corpo Clínico, da Assessora da Gestão da Qualidade e da Direção de Enfermagem, sob o CAAE nº 14085813.5.0000.0102 (Anexo 1).

3.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) junto a sua Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ).

Fundado em 1961, é o maior hospital do estado do Paraná. Classifica-se como um hospital de grande porte, destinado ao atendimento de alta e média complexidade, sendo que 100% de seus atendimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Atende, em média, mensalmente 96.000 pacientes, com 1.237 internações e 636 cirurgias ao mês, possui 211 consultórios e aproximadamente 471 leitos ativos, além de 59 especialidades (HC/UFPR, 2013). O hospital é referência para a atenção de alta complexidade para o SUS, não se restringindo ao atendimento a pacientes oriundos da capital.

O HC/UFPR possui sete unidades gerenciais, as quais agrupam determinadas unidades assistenciais. Dentre as unidades gerenciais destaca-se Unidade Cardiovascular e pneumologia (UCP), Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia (UHHO), Unidade da Mulher e do Recém Nascido (UMRN), Unidade Pediátrica (UNIPED), Unidade de Oftalmologia (UNOFT), Unidade de Otorrinolaringologia (UNORL), Unidade de Centro Cirúrgico (UCC), Unidades de

Ambulatórios (UAMB), Unidade de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria (UNP), Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UUEA) e Unidade Clínica (UNICLIN) (HC/UFPR, 2014).

Possui como missão “prestar assistência acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão” (HC/ UFPR, 2013). Esta missão reflete o compromisso deste hospital de ensino com o desenvolvimento da ciência e tecnologia na área da saúde, com a formação de profissionais e com a melhoria do padrão sanitário da comunidade (MAZUR, 2007).

Desde o ano de 2003, a gestão do HC/UFPR busca melhorar a qualidade dos serviços prestados, sendo que este objetivo estratégico concretizou-se a partir da criação da Comissão de Acreditação Hospitalar (CAH), com a finalidade de implantar um Programa de Qualidade. O hospital voluntariou-se a ser certificado pelo Programa de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (ROTHBARTH, 2011).

Em 2010, o HC/UFPR criou a Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ), que incorporou os trabalhos da referida CAH, e desenvolve quatro grandes programas: Acreditação Hospitalar, Programa 5S, Hospital Sentinela e Programa de Segurança do Paciente.

A AGQ tem como finalidade desenvolver atividades de organização e coordenação dos processos de planejamento, melhoria da gestão e estabelecimento da política de qualidade institucional, além de utilizar consultorias internas como uma das estratégias para habilitar as unidades/serviços hospitalares a desenvolverem as ações inerentes aos programas citados (ROTHBARTH, 2011). A partir de então, intensificaram-se as ações relacionadas à segurança do paciente, por ser considerada a primeira dimensão da qualidade (KOHN *et al.*, 2000).

Em 2010, como uma ação do Programa de Segurança do Paciente, iniciou-se a implantação de um método de Gerenciamento de Riscos, com o objetivo primário de prevenção de erros. Este método compreende a notificação, investigação de eventos adversos, aprendizagem pelos erros e mudanças de processos, tornando-os mais seguros, e o estabelecimento de políticas para a prevenção de eventos (ROCHA, 2013).

No mesmo ano foi desenvolvido no HC/UFPR a ferramenta para notificação de eventos adversos/sentinela/queixa técnica, bem como foi construída a metodologia para análise de eventos adversos graves, ou com alto potencial para causarem danos ou se tornarem sistêmicos. No ano de 2011, ocorreram capacitações da equipe multiprofissional para a realização de notificações e investigações de eventos adversos (ROCHA, 2013).

O hospital foi acreditado no Nível 1 – Segurança, pela ONA em 2011, com o compromisso de consolidar o gerenciamento de risco (ROCHA, 2013).

Como iniciativa da Direção de Enfermagem HC/UFPR, no ano de 2012 foi implantado o Grupo de prevenção de quedas. Para tanto desenvolveu um procedimento operacional padrão para identificação de risco de queda segundo a escala de avaliação de risco de Morse (1989), e medidas preventivas gerais, cuja aplicação no hospital iniciou em novembro do mesmo ano, constituindo-se na semente para uma política institucional para prevenção deste evento adverso.

3.4 AMOSTRA

Na análise de viabilidade da pesquisa buscaram-se dados da AGQ sobre o tipo de queda e o quantitativo de suas notificações no ano de 2012. Constatou-se que neste ano os serviços/unidades hospitalares notificaram 48 quedas, mas somente quatro delas foram consideradas graves no HC/UFPR.

Destaca-se que, segundo normas do hospital, somente as notificações de quedas graves são encaminhadas à AGQ, e as não graves são encaminhadas ao grupo interno da qualidade de cada unidade gerencial. Somente as quedas graves são submetidas à análise de causa raiz.

Todavia, somente foram obtidos 45 prontuários de pacientes que sofreram quedas. Dois deles não foram localizados pelo Serviço de Arquivo Médico, portanto foram excluídos da amostra. Um paciente sofreu dois episódios de queda, motivo pelo qual a amostra final foi constituída de 46 quedas de pacientes notificadas. Destaca-se que o total de quedas ocorridas em unidades de internação foi de 38.

O nome dos pacientes cujos prontuários foram utilizados como fonte de dados da pesquisa foram codificados, de modo a preservar o sigilo e anonimato dos

mesmos. Utilizou-se a letra U seguida do número atribuído ao prontuário, segundo a sequência de análise.

3.5 COLETA DE DADOS

Elaborou-se um instrumento de coleta de dados que consta no Apêndice 1, no qual foram registrados dados coletados dos prontuários e dos instrumentos de análise de causa raiz, seguidos do registro das observações realizadas nos locais em que ocorreram as quedas. O instrumento se constitui de dados demográficos, dados do atendimento, dados relativos à queda, análise da queda e análise do local/da unidade da queda.

A maioria dos dados foram coletados no período de julho a setembro de 2013, nas notificações de quedas de pacientes internados ocorridas em unidades assistenciais, bem como nos seus respectivos prontuários. Também foram analisados os resultados das quatro análises de causa raiz realizadas. Essa etapa de coleta de dados ocorreu no Setor de Arquivo Médico, e nas instalações da Assessoria de Gestão da Qualidade, responsável pela guarda das notificações de queda, respectivamente.

Embora as quedas tenham ocorrido em 2012, a pesquisadora fez análise *in loco* das condições ambientais nos locais onde ocorreram, nos meses de agosto de setembro de 2013, para verificação da adequabilidade no tocante à prevenção de quedas.

3.6 TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Os dados sobre cada queda de paciente ocorrida em 2012 foram coletados em prontuários, notificações e análises de causa raiz, registrados pela pesquisadora no respectivo instrumento, e tabulados em planilhas eletrônicas. Foram submetidos à análise descritiva univariada e de frequências absoluta e relativa. Foi calculado também o indicador de queda de paciente (IQP) do hospital e das unidades de

internação em que ocorreu o evento. O IQP é definido pela relação entre o número de quedas e o número de pacientes-dia, multiplicado por 1000, em um determinado período de tempo e local (CQH, 2012).

A análise foi direcionada para o alcance dos objetivos. Os resultados foram discutidos com base na literatura correlata ao tema.

Finalmente, foi delineada uma síntese das ações preventivas e corretivas necessárias aos processos assistenciais ou às condições ambientais que, ao serem executadas, possam prevenir ou diminuir a ocorrência de quedas de pacientes no hospital sob estudo.

No Quadro 1 estão sintetizadas as etapas do método relacionadas a cada objetivo específico.

Objetivos	Coleta de dados/ fonte	Tratamento e análise de dados
1- Caracterizar as quedas de pacientes ocorridas no ambiente hospitalar quanto aos danos causados e suas consequências.	Notificações e prontuários	Registro das observações e tabulação. Análise descritiva univariada e cálculo do IQP
2- Descrever o perfil dos pacientes que sofreram quedas no ambiente hospitalar.	Prontuário	Registro e tabulação. Análise descritiva univariada
3- Identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos relacionados às quedas de pacientes.	Notificações, prontuários e relatório de análise de causa raiz	Registro e tabulação. Análise descritiva univariada
4- Delinear ações gerais e específicas para prevenir a queda de pacientes no ambiente hospitalar.	Resultados obtidos nas etapas anteriores	Discussão fundamentada nos resultados e na literatura correlata ao tema

QUADRO 1 – SÍNTESE DAS ETAPAS DO MÉTODO RELACIONADAS AOS OBJETIVOS
 FONTE: O autor (2014)

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS QUEDAS

Recorde-se que um prontuário foi observado e contabilizado duas vezes na amostra, devido ao respectivo paciente ter sofrido duas quedas durante a mesma internação.

Em relação ao tipo de queda, três (6,52%) delas foram classificadas como graves e 43 (93,48%) como não graves. Destaca-se que entre as quatro quedas submetidas à análise de causa raiz no ano de 2012, uma delas não envolveu danos físicos graves, mas necessitou de avaliação em virtude do local em que a mesma ocorreu (Centro Obstétrico) e das condições do profissional envolvido com o cuidado direto ao paciente (comportamento de risco e lesão física). Os danos físicos (hematoma, ferimento tipo corte e hemorragia intracraniana) ou consequências decorrentes das 14 (30,43%) quedas que provocaram danos graves e não graves aos pacientes, estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 – DANOS E CONSEQUÊNCIAS CAUSADOS AOS PACIENTES DECORRENTES DAS QUEDAS

Tipo de dano	n	%	Pacientes
Hematomas	6	54,55%	U4, U14, U19, U22, U35 e U36
Ferimento tipo corte supercílio, sobrancelha e lábio	4	36,36%	U21, U47 (supercílio); U8 (sobrancelha); U32 (lábio)
Hemorragia intracraniana	1	9,09%	U34
Consequências	n	%	Pacientes
Prolongamento do tempo de internação	3	21,43%	U30, U33 e U36
Alteração ou acréscimo de terapia medicamentosa	2	14,28%	U8 e U21
Internamento de pacientes ambulatoriais	2	14,28%	U22 (UCO) e U36 (UTI)
Encaminhamento ao Pronto Atendimento	2	14,28%	U41 e U44
Realização de exames de imagem e eletrocardiograma (ECG)	8	66,67%	U4, U34, U36, U38 (Tomografia); U32, U36 (ECG; RX); U8 (RX)

FONTE: A autora (2014)

Os pacientes sofreram queda na Central de Agendamento e foram atendidos no PA adulto, uma criança submetida a punção lombar no ambulatório de pediatria foi para UTI e um paciente que caiu durante o exame de cicloergométrico foi internado na Unidade Coronariana. Em relação ao tipo de atendimento em que os 46 pacientes estavam recebendo no momento em que ocorreu a queda, um (2,17%) paciente estava se submetendo a exames, quatro (8,70%) a consultas ambulatoriais; e três (6,52%) aguardando atendimento na central de agendamentos do hospital. Constatou-se que 38 (82,61%) pacientes estavam internados. A Tabela 2 apresenta a frequência relativa das quedas ocorridas nas sete unidades gerenciais e suas respectivas unidades de assistenciais.

TABELA 2 - FREQUÊNCIA RELATIVA DE PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDAS POR UNIDADE GERENCIAL ASSISTENCIAL E RESPECTIVAS SUB-UNIDADES, HC/UFPR, 2012 (N=38)

Unidade gerencial assistencial	%	Sub-unidade	%
Unidade de Urgência e Emergência Adulto (UUEA)	36,85%	UTI adulto	13,16%
		Semi intensiva	10,53%
		PA	13,16%
Unidade Cardiopulmonar (UCP)	15,79%	Unidade de Dor Torácica	7,895%
		UTI Cardiológica	7,895%
Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia (UHHO)	15,79%	Transplante Medula Óssea	10,53%
		Quimioterapia Alto Risco	5,26%
Unidade da Mulher e do Recém Nascido (UMRN)	15,79%	Alojamento Conjunto	10,53%
		Centro Obstétrico	5,26%
Unidade Clínica (UNICLIN)	7,89%	Clínica médica masculina	5,26%
		Clínica médica feminina	2,63%
Unidade de Neurologia, Neurocirurgia e Psiquiatria (UNP)	5,26%	Unidade de Infectologia	2,63%
		Unidade de Neurologia	2,63%
Unidade Otorrinolaringologia (UNORL)	2,63%	Unidade Otorrinolaringologia	2,63%

FONTE: A autora (2014)

Destaca-se que as quatro quedas que ocorreram no Alojamento conjunto referem-se a uma usuária puérpera com diagnóstico secundário de transtornos mentais, que sofreu duas quedas [U16], em uso de medicamentos antidepressivos; e outras duas quedas de puérperas, que ocorrem quando utilizavam o banheiro.

O Indicador de queda de paciente (IQP) foi calculado pela razão entre o número de quedas analisadas no ano de 2012 e o número total de pacientes/dia no mesmo ano, multiplicados por 1000 (CQH, 2006). Sendo assim, a Tabela 3 evidencia que o IQP para o HC/UFPR assumiu o valor de 0,78.

TABELA 3 - DADOS HOSPITALARES RELACIONADOS AO NÚMERO, FREQUÊNCIA RELATIVA E INDICADOR DE OCORRÊNCIA DE QUEDA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HC/UFPR, 2012 (N=38)

Unidade	Pacientes internados (MAPD)	Pacientes-dia	Número de quedas	Frequência relativa de quedas no ano entre as unidades (FRQ)	IQP (2012)
UTI adulto	694	5138	5	13,16	0,97
Semi intensiva	477	3741	4	10,53	1,07
Pronto Atendimento	378	2775	5	13,16	1,80
U. Dor Torácica	209	923	3	7,895	3,25
UTI card.	458	3063	3	7,895	0,98
Transplante Medula Óssea	275	4424	4	10,53	0,90
Quimioterapia Alto Risco	266	3500	2	5,26	0,57
Aloj. Conj	340	1557	4	10,53	2,57
Centro Obstétrico	1408	5446	2	5,26	0,37
Clínica Med. Feminina	372	4397	1	2,63	0,23
Clínica Med Masculina	350	4340	2	5,26	0,46
Infecto	213	2530	1	2,63	0,395
Neuro	622	4137	1	2,63	0,24
Otorrino	797	2532	1	2,63	0,39
Total	6859	48503	38	100%	0,78

FONTE: A autora (2014); HC/UFPR (2012)

Calculados os indicadores para cada unidade, obtiveram-se evidências de que a Unidade de Dor Torácica, Alojamento Conjunto e as unidades de cuidados intensivos (UTI Adulto, CTSI, PA, UTI Cardiológica e TMO) apresentaram os IQP

com valores superiores ao do indicador do hospital (3,25; 2,57; 0,97; 1,07; 1,80; 0,98 e 0,90, respectivamente).

Entre os 38 casos de pacientes que sofreram queda durante sua internação, 29 (76,36%) deles receberam alta hospitalar; sete (18,42%) foram a óbito e um (2,63%) submeteu-se à transferência externa para hospital psiquiátrico. Nestes casos não foram encontrados registros nos prontuários que elucidassem se esses tipos de saída hospitalar tiveram relação com a queda.

4.2 FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS ÀS QUEDAS

Entre os pacientes que sofreram queda em 2012 havia quatro crianças, todas do sexo masculino, duas de 8 meses de idade, uma de 1 ano e outra com 1 ano e 6 meses. A média de idade foi de 11,5 meses \pm 4,72 e a mediana foi de 10 meses. A proximidade entre estes valores indica que a média é representativa da amostra.

Entre os pacientes adultos, a média de idade foi de 59 anos \pm 16,28, e a mediana foi de 61, indicando que a média é representativa da amostra. Houve predomínio de pacientes com idade superior a 60 anos (52,17%).

Considerando todos os 45 pacientes, 66,67% eram do sexo masculino e 35,56% eram do sexo feminino.

As Tabelas 4 e 5 apresentam os diferentes Códigos Internacionais de Doença (CID 10) atribuídos como diagnósticos principal e secundário aos pacientes que sofreram queda no ambiente hospitalar.

Destaca-se a existência de pacientes para os quais foram atribuídos mais de um diagnóstico secundário, e de outros que não apresentaram nenhum diagnóstico secundário na internação.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA RELATIVA DOS CID ATRIBUÍDOS COMO DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS AOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDA, DE ACORDO COM OS GRUPOS DE DOENÇA, HC/UFPR, 2012

GRUPO DE DOENÇA	%	CID ATRIBUÍDO AOS PACIENTES
Doenças do aparelho circulatório	21,74	I20.1 [U29]; I20.9 [U23, U27]; I35.2 [U32]; I44.2 [U10]; I49.8 [U30]; I50.0 [U4]; I63.5 [U33]; I64 [U13] e I66.9 [U25]
Doenças do aparelho respiratório	13,06	J15.9 [U8, U12]; J18.0 [U7]; J30.4 [U47]; J44.9 [U26] e J95.5 [U21]
Neoplasias e tumores	10,88	C90.0 [U1, U18 e U34] e C92.0 [U20]
Doenças do aparelho digestivo	8,70	K22.9 [U11]; K61.1 [U2]; K92.1 [U6] e K92.2 [U42]
Gravidez, parto e puerpério	6,52	O14.9 [U14]; O24.4 [U15] e O80.0 [U35]
Algumas afecções originadas no período perinatal	6,52	P07.3 [U31]; P61.9 [U46] e P84.9 [U17]
Transtornos mentais e comportamentais, sendo que um deles apresentou duas quedas	6,52	F14.0 [U3] e F53.1 [U16]
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	4,35	D46.9 [U19] e D69.3 [U36]
Doenças infecciosas e parasitárias	4,35	B37.5 [U9]; B58.9 [U28]
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2,17	E11.9 [U40]
Doenças do sistema nervoso	2,17	G40.9 [U37]
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,17	L40.9 [U43]
Sinais, sintomas e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	2,17	R55 [U22]
Outras como doenças do sistema nervoso; doenças do aparelho respiratório e doenças do ouvido e da apófise mastóide	2,17	G00.9; J39.9 e H49.9 [U24]
Sem atribuição de diagnóstico por grupo de doença no prontuário	6,52	[U38, U41 e U44]
TOTAL	100%	

FONTE: A autora (2014)

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DOS CID ATRIBUÍDOS COMO DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS AOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDA, DE ACORDO COM OS GRUPOS DE DOENÇA, HC/UFPR, 2012

GRUPO DE DOENÇA	%	CID ATRIBUÍDO AOS PACIENTES
Doenças do aparelho circulatório	36,96	I10 [U1, U3, U10, U12, U13, U14, U21, U22, U23, U25, U27, U29, U30, U33 e U34]; I50.0 [U22]; I11.0 [U29]; I12.0 [U34]; I05.5 [U9]; I47.2 [U30]; I48 [U33]; I50.9 [U1]; I64 [25]; I80.0 [U6]
Doenças do aparelho respiratório	17,39	J15.9 [U1, U13, U26]; J32.2 [U47]; J44.0 [U7, U12]; J44.0 [U42]; J49.9 [U8]
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	15,22	E11.9 [U1, U14, U22, U23]; E10.8 [U10]; E78.5 [U27]; E03.9 [U33]
Neoplasias e tumores	2,17	C91.1 [U20]
Doenças do aparelho digestivo	4,35	K57.3 [U6, U42]
Transtornos mentais e comportamentais, sendo que um deles apresentou duas quedas	2,17	F32.1 [U3]
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	4,35	D40.4 [U8] e D66 [U36]
Doenças infecciosas e parasitárias	6,52	A53.9 [U35]; B20.5 [U9]; B20.7 [U28]
Doenças do sistema nervoso	6,52	G40.0 [U3]; G40.9 [U26]; G91.0 [U9]
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,17	L03.8 [U2]
Doenças do aparelho geniturinário	2,17	N19.9 [U4]

FONTE: A autora (2014)

Os fatores de risco para queda identificados nos prontuários dos pacientes estão apresentados na Tabela 6, sendo que em alguns casos havia mais de um fator de risco por paciente.

TABELA 6 - FATORES DE RISCO DE QUEDA INDICADO NOS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDA NO ANO DE 2012, HC/UFPR

Fator de risco	n	%	Pacientes
Medicamentos relativos ao risco de queda	35	76,9%	U1, U2, U3, U4, U6, U7, U10, U11, U12, U13, U14, U15, U16a, U16b, U18, U19, U20, U21, U22, U23, U24, U25, U26, U27, U29, U30, U32, U33, U34, U36, U37, U42, U45, U46 e U47
Diagnósticos relacionados à queda	19	41,30%	U1, U3, U4, U7, U8, U9, U16a, U16b, U21, U22, U27, U29, U30, U32, U33, U34, U37, U40 e U42
Idade acima de 65 anos	16	34,78%	U1, U2, U4, U6, U8, U10, U12, U13, U26, U27, U29, U30, U33, U40, U42, 47
Alteração do nível de consciência	12	26,09%	U1, U3, U4, U9, U13, U16a, U16b, U24, U33, U34, U36 e U46
Déficit motor	3	6,52%	U21, U28, U33
Déficit sensorial	1	2,17%	U26
Síncope	3	6,52%	U14, U22, U34
Incontinência intestinal	1	2,17%	U45

FONTE: A autora (2014)

Contudo, destaque-se que em nenhum prontuário foi evidenciado registro de que o paciente tinha distúrbio de equilíbrio ou hipotensão postural, embora as quedas de alguns pacientes [U14, U15, U25] foram associadas a síncope pelos notificadores, como um provável motivo para sua ocorrência.

Os medicamentos utilizados pelos pacientes no dia da queda foram das classes de anti-hipertensivos, diuréticos, benzodiazepínicos, antidepressivos, anticonvulsivantes e laxantes. Alguns pacientes utilizaram mais de uma medicação da mesma classe, ou medicações de classes distintas. As frequências absolutas e relativas desta utilização estão apresentadas na Tabela 7.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO FREQUÊNCIAS DE MEDICAÇÕES EM USO PELOS PACIENTES QUE SOFRERAM QUEDA DE ACORDO COM A CLASSE E SUA QUANTIDADE, HC/UFPR, 2012 (N=38)

Classe de medicamentos	Pacientes em uso de diferentes medicamentos da classe (n, %)						Total de pacientes	
	1		2		3 ou mais		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Antihipertensivos 41,30%	7	36,84%	10	52,63%	2	10,53%	19	100%
Diuréticos 21,74%	9	90%	1	10%	0	0%	10	100%
Anticonvulsivantes 36,96%	8	47,06%	6	35,29%	3	17,65%	17	100%
Benzodiazepínicos 17,39%	8	100%	0	0%	0	0%	8	100%
Antidepressivo 10,87%	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%
Laxante 2,17%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
Total	38	-	11	-	5	-	-	-

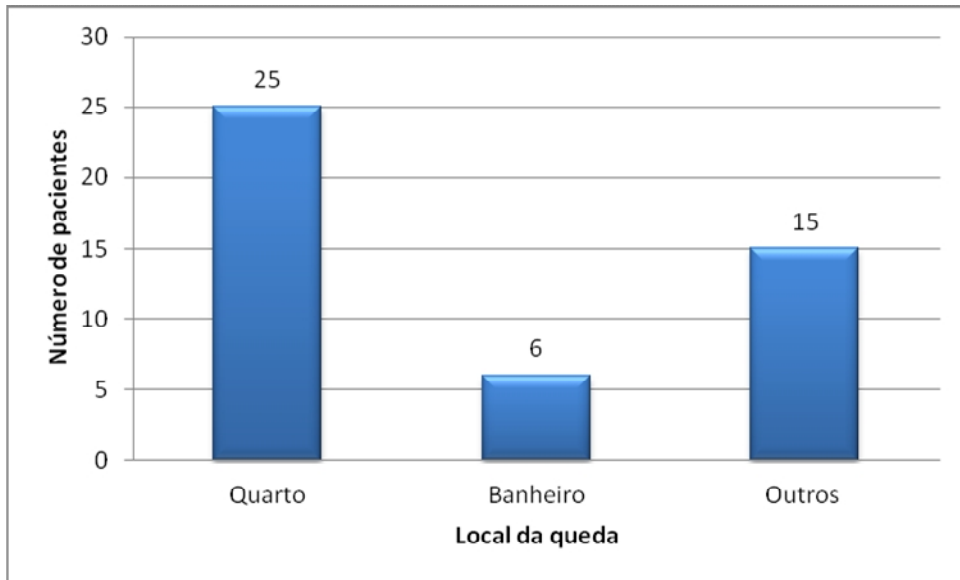
FONTE: A autora (2014)

4.3 FATORES EXTRÍNSECOS RELACIONADOS ÀS QUEDAS

Os pacientes sofreram queda em diferentes unidades, mas também em diferentes ambientes e equipamentos. O Gráfico 1 possibilita uma melhor visualização dos elementos da estrutura física hospitalar em que as quedas analisadas ocorreram.

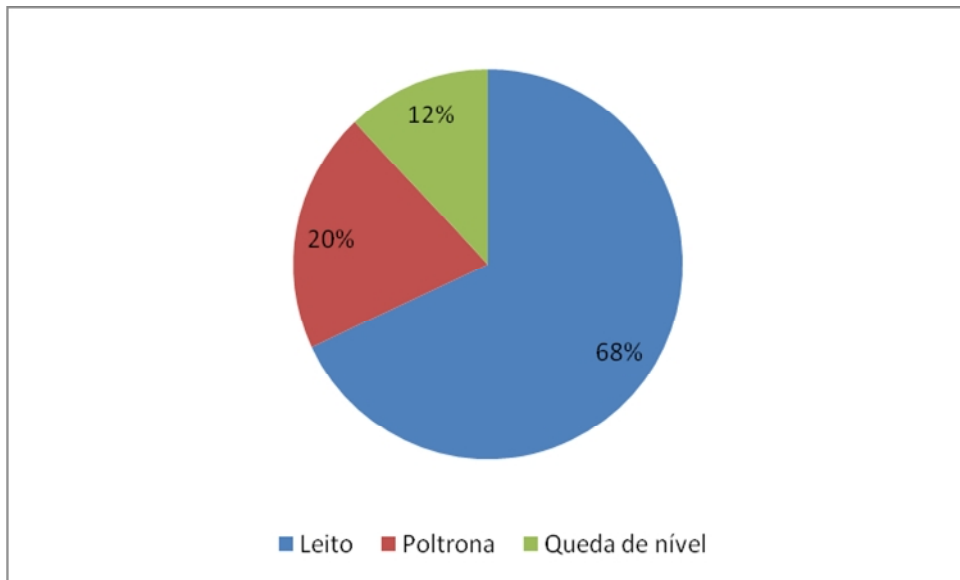
O maior número de quedas ocorreu no quarto, e os tipos de quedas relacionadas a esse ambiente estão apresentadas no Gráfico 2.

GRÁFICO 1 - LOCAL DE OCORRÊNCIA DE QUEDAS NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS DO HC/UFPR 2012 (N=46)



FONTE: A autora (2014)

GRÁFICO 2 - TIPO DE QUEDA EM RELAÇÃO ÀS QUEDAS DE PACIENTES OCORRIDAS NOS SEUS QUARTOS, HC/UFPR, 2012



FONTE: A autora (2014)

Na análise *in loco*, observou-se que na maioria dos leitos em que 17 pacientes sofreram queda, 16 (94,12%) camas haviam sido substituídas por camas elétricas, com controle eletrônico para regulagem de altura, bem como com possibilidade de elevação de cabeceira e de grades. Todavia, o berço do qual o paciente (5,88%) sofreu queda não foi substituído. Porém na análise do berço, observou-se que atualmente apresenta grades de altura adequada e possíveis de serem elevadas, bem como rodas possíveis de serem travadas.

Quanto aos banheiros onde pacientes sofreram as quedas, observou-se que atualmente há corrimão/barra de apoio em todos eles, porém não há piso antiderrapante, nem campainhas ao alcance do paciente em nenhum deles, as quais possam ser identificadas por luzes no posto de enfermagem.

Os corredores dos setores onde ocorreram as quedas dos pacientes apresentam atualmente corrimãos de madeira, que aparentam ser inadequados, pois o vão entre os corrimãos e as paredes é estreito, de modo que não permite que uma mão os envolva completamente, e assim os indivíduos se apoiem com segurança.

4.4 CARACTERÍSTICAS DOS REGISTROS DE QUEDA EM PRONTUÁRIOS E NOTIFICAÇÕES

Em nenhum dos 46 prontuários foi encontrada a avaliação do risco do paciente para queda. Apenas no prontuário de um paciente (2,17%) foi encontrado o carimbo de risco de queda nas anotações de enfermagem e na prescrição médica.

Em 11 (24,44%) dos 45 prontuários foi realizado o registro médico do evento queda e em 23 (51,11%) deles ocorreu o registro pela equipe de enfermagem. Destaca-se que em sete deles, (15,55%) houve registro por ambas categorias de profissionais, e que em 20 (44,44%) dos 45 prontuários não havia nenhum tipo de registro do evento.

Comparando os dados das 46 notificações da queda com os registros identificados nos 45 prontuários de pacientes que sofreram queda, constatou-se variação na qualidade dessas notificações.

Observou-se que os registros em 18 (39,13%) notificações correspondiam aos dos prontuários dos respectivos pacientes, outras 24 (52,17%) acrescentavam mais dados do que os registrados no prontuário. Em quatro (8,70%) notificações havia menos informações do que no prontuário do paciente. Seguem-se alguns exemplos dessas situações.

Anotação da notificação	Anotação do prontuário	Observação
<p>“Paciente senil, confuso, desorientado, com período de intensa agitação psicomotora, mantido sempre contido (no leito), foi colocado sentado na poltrona (contido na mesma) e devido fato citado acima, sofreu queda ao chão, causando hematoma em região occipital” [U4].</p>	<p>Prontuário Enfermagem: “Sentado na poltrona, apesar de contido conseguiu levantar sofrendo uma queda, tendo como consequência um hematoma em região de couro cabeludo, mais lesões pequenas em MSE. Encaminhado para tomografia de crânio. Sem sangramento segundo residente. Paciente com grau de risco para queda, necessitando de acompanhante” [U4].</p>	<p>Registros no prontuário e na notificação correspondentes</p>
<p>“Paciente estava sentado na poltrona, de frente para a cama, com apoio do MMSS(braços) para o leito, realizando flexão de tronco, a residente de fisioterapia estava ao lado do paciente dando apoio com os braços, quando o paciente realizou uma mioclonia de cabeça e pescoço desestabilizando e batendo o supercílio na grade da cama, acontecendo um pequeno corte. Foi realizado sutura de 1 ponto e curativo adequado” [U21].</p>	<p>Prontuário Enfermagem: “Paciente sofreu trauma em supercílio D durante fisioterapia, foi suturado” [U21].</p>	<p>Menos registros no prontuário do que na notificação</p>
<p>“Cliente saiu do leito para ir ao banheiro, passou mal, fez queda do leito” [U33].</p>	<p>Prontuário Médico: “Plantão acionado pela equipe de enfermagem por queda no leito. Paciente apresentou por volta de 21:10 de hoje dificuldade para sair do leito, seguida de queda de nível, sem TCE. Relato de dificuldade para falar, sem perda de consciência segundo outras pessoas” [U33].</p> <p>Prontuário Enfermagem: “Paciente perdeu os sentidos ao levantar da cama, apresentando déficit motor e dificuldade em verbalizar, médica plantonista chamada, após exame e tomografia iniciou-se protocolo trombolítico” [U33].</p>	<p>Mais registro no prontuário do que na notificação</p>

QUADRO 2 – DESCRIÇÃO DE EXEMPLOS DE REGISTROS SOBRE A QUEDA DE PACIENTES EM PRONTUÁRIOS E NOTIFICAÇÕES, HC/UFPR, 2012

FONTE: A autora (2014)

5 DISCUSSÃO

Em relação às consequências das quedas, foram classificadas nesta pesquisa como graves e não graves são consideradas quedas graves aquelas que causaram dano grave ao paciente ou óbito; caracterizadas por consequências sintomáticas que necessitam de intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, ou causam grandes danos permanentes (OMS, 2011).

As quedas com lesões graves caracterizam-se por acarretarem fratura, trauma ou luxação. Abrasões, cortes, escoriações e hematomas são considerados lesões leves, características de quedas não graves (PERRACINI, 2009).

Entre as quedas hospitalares notificadas no HC/UFPR 2012, 3 (6,52%) delas foram caracterizadas como graves, uma vez que provocaram danos graves ao usuário e/ou houve necessidade de transferência para unidades de cuidados intensivos. Entretanto, 43 (93,48%) quedas foram caracterizadas como não graves.

Segundo Krauss *et al.* (2005), aproximadamente 30% dos pacientes que sofrem queda durante a internação apresentam alguma lesão física, e 4% a 6%, apresentam ferimentos graves. Estes resultados corroboram com os resultados encontrados nesta pesquisa (6,52%).

Resultados diferentes ao desses estudos foi encontrado por Abreu *et al.* (2012), em um hospital universitário português. Segundo seu estudo, 63,5% dos pacientes que sofreram quedas não tiveram consequências resultantes delas, e somente 1,6% tiveram consequência grave, e as demais, apresentaram danos leves ou moderados.

Ainda, nesse sentido, o protocolo de prevenção de quedas, descrito no anexo da RDC 36, refere que esses eventos produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que de 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar a óbito (BRASIL, 2013).

Correspondendo ao que refere o protocolo, destaca-se que no HC/UFPR em 2012, entre as quedas graves e não graves, 33% delas provocaram danos aos usuários, sendo que 23,91% relacionaram-se a danos físicos, como hematomas, ferimento tipo corte em supercílio, sobancelha e lábio, e 9,09% teve como

consequência hemorragia intracraniana. Os hematomas foram as lesões mais frequentes (54,55%).

No estudo de Krauss *et al.* (2005), os autores obtiveram resultado semelhante, pois encontraram que aproximadamente 37% dos pacientes que sofreram queda tiveram algum tipo de lesão. Afirmam, ainda, que as lesões que apareceram foram ferimentos leves como edema, hematomas, hemorragia e lacerações.

Na Suíça, um estudo também apresentou resultados semelhantes. Entre 3.842 quedas, 1.290 (33,6%) ocasionaram lesões, sendo 1.142 (29,7%) quedas resultaram em ferimentos leves (dores, contusões, arranhões, hematomas superficiais feridas), e 148 (3,9%) quedas resultaram em ferimentos graves, como fraturas das mãos, braços ou costelas, fraturas de quadril, hemorragias intracranianas e outras lesões (por exemplo, luxações, hematomas múltiplos) (SCHWENDIMANN *et al.*, 2006).

O estudo de Costa *et al.* (2011) também aponta para resultados com a mesma tendência, em um hospital de ensino da região sul do Brasil. Entre as quedas na população do estudo, 5,66% causaram danos graves relativos à fratura, perda de consciência, mudança no estado físico ou mental.

Outro estudo brasileiro, realizado em um hospital do interior do estado de São Paulo, evidenciou que as consequências registradas sobre as quedas foram: danos leves (15%) como escoriações (9%), ferimentos com cortes (3%), hematomas (3%) e, danos graves, como fraturas (1%) (TOMINAGA *et al.*, 2008). Por sua vez, em estudo realizado em um hospital privado de São Paulo, os autores identificaram que 51,2% dos casos de queda apresentaram algum tipo de consequência, sendo que as mais frequentes foram escoriações (16,3%) e hematomas (11,3%) (CORREA *et al.*, 2012).

Por outro lado, autores como Vass *et al.* (2009) destacam que as quedas em hospitais são comuns, e resultam além de lesões, aumento dos custos para as instituições de saúde.

Nesta pesquisa, no geral, 21,43% das quedas implicaram prolongamento do tempo de internação, para o tratamento de 14,28% delas foi necessária alteração ou acréscimo de terapia medicamentosa, 14,28% dos usuários ambulatoriais tiveram

que ser internados, e 14,28% dos usuários que estavam aguardando atendimento na Central de Agendamento foram encaminhados ao Pronto Atendimento. A maioria dos usuários que sofreram queda foram submetidos a exames de imagem (66,67%) com destaque para tomografia, RX e ECG.

Em estudo realizado por Laguna-Parras (2011), os cuidados empreendidos a pacientes que sofreram queda foram: analgesia e observação (33,3%); comunicação ao médico (27,8%); curativo simples (25%); e sutura (2,8%), procedimentos que podem ser diretamente associados aos custos despendidos em decorrência do evento adverso queda.

Os achados nesta pesquisa demonstram o aumento de custos que o HC/UFPR despendeu com os usuários, em decorrência de terem sofrido queda. Nesse sentido, Vincent (2009) também identificou que o custo financeiro, em termos de tratamento adicional e de prolongamento de internação é surpreendentemente elevado. Afirma que o custo de eventos adversos evitáveis na Grã-Bretanha é de aproximadamente 1,5 bilhão de dólares ao ano, somente pela ocupação adicional de leito hospitalar.

Segundo o *Wall Street Journal*, os custos de tratamento de lesões decorrentes de quedas nos Estados Unidos são de 1,08 bilhões de dólares ao ano, ou aproximadamente 15 a 30.000 dólares por queda (HENDRICH, 2007).

Entretanto, não se identificou na literatura correlata ao tema estudos realizados em outros países que explicitassem em termos financeiros os custos relacionados especificamente à queda hospitalar. Somente o que se encontra são custos relacionados a eventos adversos, de modo geral.

5.1 FATORES INTRÍNSECOS RELACIONADOS ÀS QUEDAS

5.1.1 Perfil demográfico

Houve predomínio de algumas características entre os 45 usuários que sofreram queda (sendo que um deles sofreu duas quedas), relacionadas à idade, sexo e a outros fatores de risco.

Embora ocorra a classificação pelo **sexo** em muitos estudos relacionados à queda, a distribuição por sexo não pode ser considerada um fator de risco conclusivo, pois alguns deles apresentam maior incidência de quedas em homens e outros, uma pequena superioridade em relação às mulheres.

Nesta pesquisa, obteve-se que entre os usuários do sexo masculino, a frequência de quedas foi maior (66,67%) do que entre usuárias do sexo feminino. Resultado semelhante foi encontrado por Tominaga *et al.* (2008), em estudo realizado em um hospital do interior do Estado de São Paulo, em que 61% das quedas ocorreram em pacientes do sexo masculino.

Todavia há estudos em que a diferença entre quedas entre homens e mulheres assume percentuais inferiores aos citados.

Em estudo brasileiro realizado por Costa *et al.* (2011), 51% dos pacientes que sofreram queda eram do sexo masculino. Em outro estudo realizado em um Hospital de ensino terciário, em que houve análise de notificações de eventos adversos, os resultados evidenciaram que 57,5% dos pacientes que sofreram queda eram do sexo masculino (PAIVA *et al.*, 2010). Ademais, em um estudo de coorte prospectivo, realizado em unidade de neurocirurgia e UTI de neurocirurgia de um Hospital São Paulo, os autores evidenciaram que 50,5% dos pacientes que sofreram queda eram do sexo masculino (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008). E o estudo de Shuto *et al.* (2010), realizado no Japão, evidenciou que 55,6% das quedas eram de pacientes do sexo masculino.

Contudo, alguns autores relacionam, ainda, a ocorrência de queda em maior número em homens, decorrente do fato cultural de homens não solicitarem ou não aceitarem auxílio para executar determinadas tarefas da vida diária (COSTA *et al.*, 2011).

Quanto à **idade** dos usuários que sofreram queda, verificou-se nesta pesquisa maior percentual (52,17%) daqueles com idade superior a 60 anos, com a média de idade de 59 anos \pm 16,28, e mediana de 61.

Neste sentido, autores como Paiva *et al.* (2010) notaram maior incidência de queda (58,5%) na faixa etária de 60 anos ou mais, semelhante à encontrada nesta pesquisa.

Em estudo realizado em um hospital privado de São Paulo, durante quatro anos, os autores identificaram que a maioria (66,3%) dos pacientes que sofreram queda tinham idade acima de 60 anos (CORREA *et al.*, 2012).

Resultado semelhante foi encontrado em estudo retrospectivo realizado em um Hospital de grande porte no Japão, cujos resultados apontam que entre os pacientes que sofreram queda, 78,5% apresentavam idade superior a 60 anos (SHUTO *et al.*, 2010).

Autores apontam idade acima de 65 anos como um fator de risco para queda (ALMEIDA *et al.*, 2010; DICCINI; PINHO; SILVA, 2008; PAIVA, MARTIN, 1995 *apud* PAIVA *et al.*, 2010).

Destaca-se que a OMS classifica como idosos, do ponto de vista cronológico, as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

Há que se observar que a maioria das escalas de avaliação de risco para queda são internacionais, produzidas em países desenvolvidos como os Estados Unidos, Canadá (Apêndice 2).

Quando estas escalas são utilizadas em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, questiona-se o uso da idade de 65 anos como sendo fator de risco. Não seriam 60 anos para esses casos?

Nesta pesquisa constatou-se que o HC/UFPR utiliza para avaliação de risco de queda a Escala de Morse, canadense, que considera 65 anos como fator de risco para queda.

É enfatizado por autores que a idade pode ser considerada como fator preditivo para identificação de pacientes sujeitos à queda no período de internação hospitalar (PAIVA *et al.*, 2010).

Para os idosos, a queda pode representar diminuição da autonomia e da independência, quando tem como consequências a incapacidade e lesões. As quedas representam também a principal etiologia de morte acidental em pessoas acima de 65 anos, atendidas em serviços de emergências nos EUA.

A idade avançada comumente está associada a alguns dos fatores de risco para queda como déficit motor, déficit sensitivo, distúrbios de equilíbrio, marcha.

Em outra perspectiva, salienta-se que nesta pesquisa foram identificadas quatro quedas entre crianças (10,40%), sendo todas do sexo masculino e com a média de idade de, aproximadamente, 11 meses. Todas ocorreram no ambulatório (fraldário, sala de espera e consultório).

No estudo realizado por Schaffer *et al.* (2012), os autores constataram que 24,5% das quedas ocorreram em crianças menores de 3 anos de idade, sendo a sua maioria em meninos. Destaca-se ainda que em 18,9% dos eventos de quedas no estudo, as crianças estavam utilizando, como prescrição, algum tipo de sedativo, semelhante a uma das quedas relatadas nesta pesquisa.

Destaca-se que existem poucos estudos que investigaram quedas de criança no ambiente hospitalar. É evidente a dependência da criança com relação ao cuidado de outrem. A queda pode ocorrer até em crianças saudáveis devido à hiperatividade, falta de equilíbrio, ou por não terem consciência de suas habilidades corporais. Portanto, ressalta-se que no ambiente hospitalar elas dependem do cuidado de um acompanhante adulto, familiar ou profissional de saúde.

Pode-se afirmar que a idade acima de 60 anos e o sexo masculino são fatores intrínsecos que devem ser considerados na avaliação de risco dos pacientes do HC/UFPR.

5.1.2 Perfil de morbidade

Os três **diagnósticos principais** mais frequentes identificados entre os usuários que sofreram queda no HC/UFPR em 2012 se relacionam aos grupos de doenças do aparelho circulatório (21,74%), doenças do aparelho respiratório (13,06%) e de neoplasias e tumores (10,88%).

A maioria dos usuários (65,22%) apresentava ao menos um **diagnóstico secundário**, sendo os mais frequentes na amostra relativos a doenças do aparelho circulatório (36,96%), doenças do aparelho respiratório (17,39%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (15,22%).

Considerando-se todos os diagnósticos, primários e secundários, 58,7% dos usuários tinham diagnósticos relacionados a doenças do aparelho circulatório.

Em estudo realizado em um hospital de ensino do Sul do Brasil, foi observada alto percentual (56%) de pacientes que sofreram queda com diagnósticos relacionados a doenças do aparelho circulatório: 26% apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 17% tinham Insuficiência Cardíaca Congestiva, 13% eram portadores de cardiopatia Isquêmica. Mas também 34% deles possuíam diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, do grupo de Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (COSTA *et al.*, 2011).

Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo nacional, realizado em um hospital de ensino terciário brasileiro, 26,6% das quedas do leito e da própria altura foram relativas a pacientes com diagnóstico de doenças do aparelho circulatório. Entre as quedas do leito, além das doenças do aparelho circulatório também foi encontrado que os diagnósticos prevalentes foram: doenças infecciosas e parasitárias (18,2%) e doenças do sistema nervoso (18,2%) e doenças do aparelho digestivo (9,1%). E entre as quedas de nível, além das doenças do aparelho circulatório, foi encontrado os diagnósticos de neoplasias (19,4%), doenças do aparelho geniturinário (16,1%) e doenças do aparelho respiratório (12,9%) (PAIVA *et al.*, 2010).

Diagnósticos semelhantes aos encontrados no HC/UFPR, mas com percentuais inferiores, foram encontrados em estudo em que foram analisadas as taxas de queda em pacientes, antes e depois da implementação de um programa de prevenção de quedas em um hospital de grande porte na Suíça. Os resultados apontam como diagnósticos primários mais comuns, entre as categorias do CID-10: doenças do sistema digestivo (19,4%); doenças do aparelho circulatório (17%), lesão/envenenamento (13,7%); doenças do sistema respiratório (7,4%); e neoplasia (6,1%) (SCHWENDIMANN *et al.*, 2006).

Alterações relacionadas a doenças cardiovasculares (arritmias, insuficiência cardíaca), neurológicas (epilepsia, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral), osteomusculares (oesteoartrites, osteoporose), geniturinárias (urgência miccional), psiquiátricas (quadro demencial, agitações psicomotoras) e sensoriais (diminuição acuidade visual e auditiva), são identificadas na literatura como as patologias mais frequentes relacionadas à queda (PAIVA *et al.*, 2010).

Portanto, pode-se afirmar que o perfil de morbidade identificado nesta pesquisa corresponde aos achados na literatura correlata. Este dado é relevante, pois confirma os fatores de risco associados às patologias cardiovasculares, neurológicas, osteomusculares, geniturinárias, psiquiátricas, e que devem ser considerados na avaliação de risco no hospital em estudo como um dos fatores intrínsecos.

5.1.3 Medicamentos em uso pelos pacientes

Nesta pesquisa constatou-se que um percentual elevado dos usuários que sofreram queda (76,09%) utilizava medicação relacionada a fatores de risco para queda referidos na literatura.

A maioria deles fazia uso de medicamentos anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, diuréticos, benzodiazepínicos, antidepressivos e laxantes (41,30%, 36,96%, 21,74%, 17,39%, 10,87%, 2,17%, respectivamente), muitas vezes associando medicamentos de diferentes classes, e/ou diferentes medicamentos da mesma classe, o que por sua vez pode potencializar o risco para queda.

Em revisão integrativa realizada por Mello (2013) os medicamentos relacionados a quedas foram aqueles com atividade no sistema nervoso central (psicoativos) dentre eles os benzodiazepínicos, os anti-depressivos, anti-psicóticos, sedativo/hipnóticos, anti-convulsivantes, anti-parkinsonianos, hipnóticos, tranquilizantes, anti-epilépticos, ansiolíticos e barbitúricos.

A maioria dos estudos aponta medicamentos das classes de benzodiazepínicos, anti-hipertensivos, antidepressivos, laxantes e diuréticos como fatores de risco para queda (SHUTO *et al.* 2010; BRASIL; ANVISA; FIOCRUZ, 2013).

Esses medicamentos são associados à queda, pois diuréticos e anti-hipertensivos, os quais foram utilizados em grande escala nesta pesquisa (21,74% e 43,48%, respectivamente), podem diminuir a perfusão cerebral, fazendo com que os pacientes apresentem tonturas, perda de consciência e queda. Já os psicotrópicos e antiparkinsonianos podem causar sonolência, tontura, fraqueza e provocar distúrbios

de marcha. Outro fator a ser considerado é a utilização de mais de quatro medicamentos, de uma forma geral, situação que potencializa a suscetibilidade do paciente à queda (PAIVA *et al.*, 2010; BRASIL; ANVISA; FIOCRUZ, 2013).

Resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa foi obtido por Costa *et al.* (2011) em um hospital de ensino da região Sul do Brasil, no qual foi identificado que os medicamentos de uso freqüente dos pacientes que sofreram queda foram: anti-hipertensivos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), agentes ansiolíticos, antidepressivos tricíclicos, hipnóticos, narcóticos e tranquilizantes e diuréticos.

Em estudo de Shuto *et al.* (2010), o uso inicial de anti-hipertensivos, ansiolíticos e hipnóticos foi significativamente associado com um risco aumentado de quedas. Os mesmos autores afirmam ainda, que medicamentos anti-hipertensivos podem causar hipotensão ortostática, resultando em um aumento do risco de quedas.

Em estudo de caso-controle, realizado em um hospital de grande porte em Taiwan, os autores obtiveram como resultado que quatro grupos de medicamentos aumentaram significativamente o risco de quedas, sendo eles benzodiazepínicos, hipnóticos, narcóticos e anti-histamínicos (CHANG *et al.*, 2011).

Os autores Cashin e Yang (2011) identificaram em seu estudo que os benzodiazepínicos foram os medicamentos mais comumente prescritos antes da queda, seguidos dos anti-psicóticos e os diuréticos.

Em outra perspectiva, na literatura referente a quedas de pacientes encontram-se muitos estudos realizados em casas de longa permanência, casa de idosos e em domicílios. Contudo, pode-se afirmar que poucos estudos têm sido realizados em ambiente hospitalar, onde outros fatores como o usuário estar acometido de doenças em estado agudo e a associação freqüente de vários medicamentos, podem aumentar o seu risco para ter complicações iatrogênicas e sofrer queda.

5.2 FATORES EXTRÍNSECOS RELACIONADOS ÀS QUEDAS

5.2.1 Ambiente onde ocorreu a queda

O indicador de queda de paciente (IQP) do HC/UFPR no ano de 2012 assumiu valor de 0,78. Destaca-se que nesta pesquisa as unidades assistenciais que apresentaram valor superior ao indicador do hospital foram UDT e Alojamento Conjunto, e principalmente unidades de cuidados intensivos como UTI adulto, CTSI, PA, UTI card. e TMO.

As quedas notificadas em 2012 no HC/UFPR ocorreram, principalmente, em unidades de alta complexidade (36,85%), sendo o local mais frequente o quarto (54,35%), no leito (68%); embora também tenham ocorrido em outros ambientes como banheiro (13,04%), e demais dependências do hospital (32,61%).

Em um estudo descritivo, realizado em um hospital privado de São Paulo, os locais mais frequentes de ocorrência de quedas foram o quarto (65%) ou o banheiro do paciente (26,3%) (CORREA *et al.*, 2012).

Em estudo realizado em três anos em um hospital português, houve evidências de que o quarto foi, em todos os anos, o local em que majoritariamente (82%) ocorreram quedas de pacientes (ABREU *et al.*, 2012)

Em relação ao ambiente onde ocorreu a queda, há autores que corroboram com o encontrado nesta pesquisa, como o estudo de caso controle realizado em 2005, em um hospital universitário de grande porte em Washington, em que foi observado que entre as 98 quedas analisadas, 82% ocorreram no quarto (KRAUSS *et al.*, 2005).

Em relação a unidades em que ocorreram quedas no HC/UFPR, a maioria delas ocorreu em unidades de alta complexidade do hospital (36,85%), diferentemente do encontrado na literatura revisada.

Destaca-se o estudo relatado por Costa *et al.* (2011), cujos resultados foram diferentes, pois apontaram para um maior percentual de quedas em unidade de internação clínica (58%), sendo que o Centro de Terapia Intensiva registrou o menor percentual (4%) entre o total das quedas.

Outro estudo realizado em um hospital no interior de São Paulo também teve resultados contrários a esta pesquisa, pois o maior número de quedas ocorreu em unidades de clínica médica masculina (46%) e clínica médica feminina (21%,) (TOMINAGA *et al.*, 2008). Autores corroboram tais achados, pois apontam unidades de internação clínica como sendo as de maior ocorrência do evento queda (NASCIMENTO *et al.*, 2008; CORREA *et al.*, 2012).

Os fatores associados às unidades de internação clínica como as de maior incidência de queda, geralmente são relacionados ao longo tempo de permanência, características da complexidade dos pacientes, das circunstâncias e das atividades desenvolvidas (CORREA *et al.*, 2012).

Ao se analisar as unidades com maior ocorrência de quedas nesta pesquisa, foram encontrados dados discordantes da literatura, no entanto, esses achados podem estar relacionados à falta de profissionais e à situação crítica pela qual HC/UFPR esta passando nos últimos tempos.

Destaca-se que nove (64,28%) entre os 14 pacientes da Unidade de Urgência e Emergência Adulto que sofreram queda no ano de 2012, tinham mais de 65 anos. Neste caso, cabe ressaltar que na UTI do hospital em estudo não é permitida a presença de acompanhantes, o que implica observação contínua do paciente por parte de profissionais, não só pela sua condição clínica associada ao diagnóstico principal e secundário, mas pela sua condição de dependência para atividades de vida diária, as quais estão prejudicadas pelas limitações associadas a condição de idoso.

De acordo com a Portaria 466/1998 do Ministério da Saúde, a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), constitui-se de [...] “um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados.” (BRASIL, 1998)

A partir do exposto, fica evidente a necessidade de observação contínua ao paciente, o quê por sua vez requer dimensionamento de pessoal de enfermagem adequado às necessidades cuidado dos usuários internados na unidade.

Nesse sentido Perroca, Jericó e Calil (2011) realizaram estudo, no qual citam a relação numérica mínima entre profissionais de enfermagem e pacientes em UTIs

de adultos e pediátricas, preconizada pelo Ministério da Saúde. Essa relação é de um enfermeiro assistencial para cada dez leitos e de um técnico de enfermagem para cada dois leitos por turno de trabalho. Os mesmos autores destacam, ainda, que de acordo com *British Association of Critical Care Nurses*, é recomendado um enfermeiro para cada dois pacientes. Já a *European Society of Intensive Care Medicine* propõe a relação enfermeiro por leito de acordo com o nível de cuidado, como segue: 1:3 (baixo), 1:1,6 (intermediário) e 1:1 (alto).

Torna-se, portanto, fundamental uma adequada distribuição de pessoal de enfermagem na assistência intensiva. A Resolução 293/04, recomenda que a proporção de enfermeiros seja de 52% a 56%, e que os demais envolvidos no cuidado intensivo sejam técnicos ou auxiliares de enfermagem (COFEN, 2004).

Não foi realizado o dimensionamento de pessoal nesta pesquisa, mas há dados atuais sobre o déficit de profissionais de enfermagem do hospital sob estudo.

Em recente matéria disponibilizada em jornal de circulação na capital paranaense, foi relatada a falta de perspectiva de realização de concurso público para o HC/UFPR, sendo que o hospital estuda alternativas para parar de desativar leitos em suas unidades de internação, em decorrência do déficit de pessoal. Nos últimos dez anos, o maior hospital público do Paraná perdeu 16% do quadro funcional e 39% dos leitos de atendimento e internação (GAZETA DO POVO, 2013_a).

O mesmo jornal informou que no dia 15 de Outubro de 2013, o HC/UFPR fechou 94 leitos da instituição devido à falta de funcionários. O número corresponde a aproximadamente 20% dos leitos ativos da entidade – ligada à Universidade Federal do Paraná (UFPR). Atualmente estão ativas 457 vagas de internação, considerando a capacidade hospitalar de 600 leitos (GAZETA DO POVO, 2013_b).

O déficit de pessoal torna-se mais sério quando impede que pacientes que necessitam assistência intensiva tenham observação e cuidado contínuo por profissionais habilitados, nas 24 horas.

Em estudo internacional realizado em 11 hospitais foi percebido que as quedas foram, significativamente, relacionadas à falta de cuidados de enfermagem, principalmente no que diz respeito à deambulação, avaliação do paciente em cada turno, resposta à luz de chamada e assistência para ir ao banheiro. Assim, foi

evidenciada a necessidade de os profissionais garantirem que os cuidados requeridos pelos pacientes sejam realizados, de forma que minimizem os danos (KALISCH; TSCHANNEN; LEE, 2012).

Por esses dados serem tão contrários aos achados na literatura brasileira correlata ao tema, questiona-se se o maior número de notificações de quedas em unidades que assistem pacientes críticos, que exigem cuidados intensivos, seja relacionado à notificação dos profissionais e o compromisso com a segurança do paciente nessas unidades.

Houve somente quedas de três pacientes nas clínicas médicas masculina e feminina e apenas um deles tinha idade superior a 65, sendo que nestas unidades é permitido acompanhante de idoso junto ao paciente.

Destaca-se que, de acordo com o Artigo 12 da Lei 8.069/90 (Estatuto da criança e do adolescente), pacientes internados com idade inferior a 18 anos de idade têm assegurado um acompanhante, podendo ser um dos pais ou responsáveis, sendo o mesmo direito assegurado aos idosos com o Artigo 16 da Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso) submetidos à internação hospitalar (IDEC, 2013).

Nesse sentido, é relevante a presença de acompanhante durante a internação, visto que pode auxiliar na observação do paciente e auxílio na prevenção de queda, porém esta situação não exime a responsabilidade dessas ações por parte dos profissionais de saúde.

5.3 CONDIÇÕES DO AMBIENTE – Análise *in loco*

Ao realizar a análise *in loco* das condições ambientais nos locais em que os usuários sofreram a queda, foi verificado que muitas das condições ambientais foram foco de melhorias pela administração do hospital. O HC/UFPR possui 50 anos, sendo a sua estrutura física antiga, mas em constante aprimoramento.

Como constatado ao realizar as avaliações das quedas ocorridas no leito, observou-se que 94,12% das camas foram trocadas. Atualmente as camas do hospital possuem regulagem eletrônica, tornando-as mais seguras para os usuários.

Esses dados demonstram o empenho do hospital sob estudo na melhoria da qualidade em relação à estrutura física, ou pelo menos em parte dela, sendo que

esses achados se dão principalmente em virtude do processo de preparo para certificação de Acreditação, ao qual o hospital se comprometeu em seu Planejamento Estratégico dos últimos oito anos. Desde 2011 o hospital é acreditado nível 1 pela ONA, busca continuamente a sua manutenção e obtenção de acreditação nos outros níveis.

Quanto às quedas ocorridas nos banheiros, foi observado que este ambiente está parcialmente adequado para prevenir quedas dos usuários, pois existe corrimão/barra de apoio em todos eles, no entanto, o piso não é antiderrapante, e não há campainhas em nenhum deles.

Em estudo realizado por Laguna-Parras (2011) resultados parecidos foram encontrados. Os autores obtiveram que 19,4% das quedas tiveram fatores ambientais como agentes causais, sendo as grades do leito não elevadas, iluminação inadequada e o piso deslizante/ molhado os principais fatores ambientais descritos.

Em revisão integrativa sobre queda, Mello (2013) evidenciou os fatores extrínsecos associados a ela: o piso (deslizante/ molhado / irregular); as grades laterais do leito não elevadas; o uso de calçados inadequados, ou o não uso de calçados, bem como o uso somente de meias por pacientes.

5.4 REGISTRO DAS QUEDAS NOS PRONTUÁRIOS E NAS NOTIFICAÇÕES

Ao se comparar os dados das notificações da queda com os registros identificados nos prontuários dos usuários que sofreu queda, observou-se nesta pesquisa que houve variação na qualidade das notificações e na quantidade de registros nos prontuários observados.

Destaca-se que em 20 prontuários (44,44%) não foi encontrado nenhum tipo de registro de queda, quer tenha sido realizado pela equipe de enfermagem ou pela equipe médica.

Os registros no prontuário, a respeito de ocorrências relativas aos pacientes e ações realizadas por profissionais durante o período que aqueles recebem assistência no hospital, são relevantes e indispensáveis. Isso porque é por meio

deles que é permitido à equipe multiprofissional tomar ciência das decisões, ações, e resultados obtidos com a assistência prestada. Além disso, tais registros fornecem informações para pesquisa, servem de instrumento ético/legal, possibilitam a avaliação da qualidade dos cuidados prestados ao paciente e também são considerados fontes de dados para auditoria (VENTURINI; MARCON, 2008).

É por meio da anotação de enfermagem, por exemplo, que muitas vezes o profissional se respalda ética e legalmente pelo cuidado prestado, pois anotações no prontuário do paciente sobre a assistência de enfermagem a ele realizada indicam, a priori, que ela foi implementada.

Alguns autores destacam que a anotação deve ser valorizada, uma vez que é um dos meios para avaliar o cuidado prestado ao cliente a partir da adoção de indicadores de qualidade que mensuraram tanto o processo como os resultados da assistência de enfermagem, existindo correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, os registros devem traduzir o máximo de conhecimento sobre as condições de saúde dos indivíduos sob responsabilidade dos profissionais de saúde que prestam cuidados, incluindo-se aqui tanto os referentes a procedimentos quanto às necessidades e queixas dos pacientes, pois é por meio dela que legitima-se o trabalho profissional (VENTURINI; MARCON, 2008; SILVA *et al.*, 2012).

5.5 MEDIDAS PREVENTIVAS

Na avaliação dos locais em que os usuários sofreram a queda, bem como, o tipo de queda, observou-se que os fatores de risco das condições clínicas e ambientais devem ser considerados independentemente da unidade hospitalar em que o paciente está sendo atendido, pois pode-se perceber a semelhanças entre os eventos. Logo, as medidas preventivas são as mesmas para todo hospital.

Tendo em vista os resultados obtidos, foi possível elencar medidas preventivas e corretivas para diminuir o número de quedas no ambiente hospitalar. Algumas medidas preventivas já foram elencadas no referencial teórico.

No entanto, destaca-se que para prevenção de quedas no HC/UFPR é indispensável à equipe de enfermagem intensificar a observação dos usuários,

principalmente quando da utilização de medicamentos que são considerados como de risco para queda (sedativos, hipnóticos, tranqüilizantes, anti-hipertensivos, diuréticos), não deixar os mesmos sozinhos no banheiro; não permitir que usuários com déficit motor ou sensorial deambulem sozinhos e, principalmente, manter vigilância no atendimento às campanhas.

É necessária também, a lotação de mais profissionais de enfermagem, principalmente em unidades de cuidados intensivos, pois esses usuários necessitam de observação/supervisão contínua.

Nesse sentido, existem publicações que explicitam medidas preventivas em relação à queda no ambiente hospitalar. Como em revisão integrativa realizado por Mello (2013), que obteve como medidas preventivas prevalentes em artigos publicados de 2002 a 2012: programas de prevenção de quedas; ferramentas de avaliação de risco; diretrizes, intervenções; presença de acompanhante/voluntário; diminuição do trabalho enfermagem; escalas de avaliação de funcionalidade e motora; luz de chamada; cuidados de enfermagem; identificação de risco de queda; exercícios; restrição; auxílio à deambulação; presença de grades laterais do leito; alarme; cama baixa e calçados adequados.

Destaca-se como medidas corretivas em relação à queda no ambiente hospitalar para o HC/UFPR: criar protocolo de orientação para registros no prontuário e notificações; atividades para sensibilização da comunidade acerca da responsabilidade civil dos profissionais e do hospital quanto aos registros sobre a assistência e condições do paciente no prontuário; instalação de campanhas nos banheiros das unidades de internação; colocação de piso antiderrapante em todos os banheiros; colocação de corrimão adequado; manutenção preventiva de elevadores para evitar desnível; permanência de ascensorista nos elevadores; manutenção preventiva de macas, cadeiras de rodas, cadeiras de banho e longarinas.

Acima de tudo é relevante que o HC/UFPR invista no desenvolvimento de uma cultura de segurança que viabilize a efetivação das ações profissionais em prol da manutenção de uma assistência segura, de qualidade e acreditada.

6 CONCLUSÃO

A metodologia utilizada nesta pesquisa demonstrou ter sido apropriada para o alcance dos objetivos. Foram caracterizadas as quedas de pacientes ocorridas no ambiente hospitalar quanto aos danos causados e suas consequências; o perfil demográfico e de morbidade desses pacientes; os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos relacionados às quedas, o que viabilizou que fossem delineadas ações para prevenir esses eventos adversos no HC/UFPR.

Os resultados da pesquisa permitem inferir que 30,43% dos usuários que sofreram queda apresentaram algum tipo de dano, principalmente relacionados a danos físicos, e apresentaram como consequências: acréscimo de exames diagnósticos, prolongamento do tempo de internação e alteração ou acréscimo de terapia medicamentosa.

A maioria dos usuários que sofreram queda no HC/UFPR apresentava idade superior a 60 anos e eram do sexo masculino.

Os três principais diagnósticos primários identificados se relacionaram aos grupos de doenças do aparelho circulatório (21,74%), doenças do aparelho respiratório (13,06%) e de neoplasias e tumores (10,88%), e os diagnósticos secundários mais frequentes nesta pesquisa foram aqueles relacionados a doenças do aparelho circulatório (36,96%), doenças do aparelho respiratório (17,39%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (15,22%).

Destaca-se que 76,09% dos usuários utilizava medicação relacionada a fatores de risco para queda referidos na literatura, dentre os quais anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, diuréticos, benzodiazepínicos, antidepressivos e laxantes.

As quedas notificadas em 2012 no HC/UFPR ocorreram, principalmente no quarto (54,35%), sendo que 68% delas foram quedas do leito. No entanto, também ocorreram em outros ambientes como banheiro (13,04%), e demais dependências do hospital (32,61%).

Os dados sobre danos físicos, perfil demográfico e de morbidade, fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à queda encontrados nesta pesquisa correspondem à literatura correlata ao tema.

Dentro do programa de segurança do hospital em estudo tem sido desenvolvida desde o ano de 2003 melhorias na estrutura física, com vistas ao atendimento das recomendações de segurança da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Percebeu-se que alguns fatores de risco identificados nas quedas de pacientes ocorridas em 2012 já foram corrigidos, como adequação das camas e melhorias nas condições dos banheiros.

Os dados desta pesquisa apontaram para um pequeno número de quedas de crianças, no entanto, é necessário mais estudos sobre o tema devido às especificidades relacionadas a esta etapa do ciclo vital.

Destaca-se que em 44,44% dos prontuários dos usuários que sofreram queda no ano de 2012 não foram encontrados registros do evento adverso por parte da equipe enfermagem e médica. É necessário criar consciência nos profissionais e enfatizar a importância dos registros, considerando tanto o respaldo ético e legal como a necessidade de repasse de informações a respeito do cuidado prestado ao usuário.

Outro resultado importante a ser considerado nesta pesquisa, é que houve maior número de notificações por parte de unidades que atendem pacientes críticos (UUEA, 36,85%).

Nesse sentido, destaca-se, que é indispensável criar entre os profissionais da instituição o compromisso com a identificação de risco e o registro de informações sobre os eventos adversos e fatores de risco, bem como de notificar adequadamente as quedas de modo a preveni-las e corrigir desvios que exponham o paciente a riscos.

Embora Morse (2006) tenha apontado que a avaliação de risco para queda deva ser geral, e que as medidas preventivas é que podem ser específicas de cada unidade de internação ou do perfil de seus pacientes.

Os resultados desta pesquisa apontam que as medidas preventivas a serem padronizadas pelo HC/UFPR podem ser gerais. Isso se justifica, pois os fatores de risco identificados nos registros de queda de pacientes em 2012 correspondem aos relatados nas literaturas especializadas, e foram identificados em pacientes com diferentes morbidades, perfil demográfico e internados ou ambulatoriais, em

diferentes ambientes hospitalares. As especificidades deverão ser consideradas nas prescrições médica e de enfermagem.

Em 2012 a avaliação de risco de quedas só iniciou no mês de novembro, e pode-se afirmar que a notificação de quedas estava no seu primeiro ano de implantação. Portanto justifica-se não terem sido encontrados registros nos prontuários.

Pode-se inferir que com o aumento das notificações as informações relativas à queda no hospital tornem-se mais fidedignas. Todavia, os dados desta pesquisa fornecem uma base para o monitoramento anual futuro e contínuo desse evento no ambiente hospitalar.

A pesquisa fornece elementos metodológicos para o gerenciamento de risco de quedas de pacientes o qual deve ser contínuo e sistematizado na instituição.

Os resultados da pesquisa possibilitaram a compreensão de muitos aspectos relevantes relacionados à queda, os quais poderão contribuir para que o HC/UFPR possa implementar sua política de segurança, de modo que o risco de os pacientes sofrerem esse evento adverso seja minimizado no ambiente hospitalar.

Além disso, esta pesquisa oferece uma contribuição para o serviço, para a saúde da comunidade, para o ensino de graduação e pós-graduação com foco na segurança do paciente e gerenciamento de risco de quedas.

Os resultados desta pesquisa demonstram o compromisso do hospital com a qualidade e segurança do paciente, uma vez que ele tem um programa de segurança, que contempla o gerenciamento de riscos e, especificamente, possui um grupo atuante de prevenção de quedas. Vislumbra-se perspectivas de aprimoramento do gerenciamento de riscos de quedas e, conseqüentemente, com o esforço de todos e consolidação da cultura de segurança no HC/UFPR, a avaliação do risco, as notificações, as investigações e medidas preventivas para queda têm potencial para salvaguardar os pacientes quanto a este evento adverso.

Salienta-se que o gerenciamento de risco realizado no HC/UFPR corresponde ao recomendado pela atual legislação brasileira quanto à segurança do paciente.

O compromisso do hospital com a segurança e a qualidade da assistência também se configurou na medida em que houve todo apoio necessário para o desenvolvimento desta pesquisa, tanto por parte da Direção do hospital, por ter

autorizado o seu desenvolvimento sem restrições, como por parte Assessoria de Gestão da Qualidade, viabilizando documentos, acesso aos prontuários, notificações, análise de causa raiz e referencial correlato aos temas pesquisados, bem como por parte da Direção de Enfermagem, esta por ter viabilizado a participação efetiva da pesquisadora nas reuniões do seu grupo de prevenção de quedas.

Outros estudos devem ser feitos, por exemplo avaliação das quedas do ano de 2013, pois nesse ano as notificações foram intensificadas, avaliação de risco dos usuários foi efetivamente implantada nas unidades o que pode ter mudado o comportamento do fenômeno da queda no hospital.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C., *et al.* Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 597-603, 2012.
- ALMEIDA, R. A. R. de.; ABREU, C. da C. F. de.; MENDES, A. M. de O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 2, p.163-172, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS -ABNT. **Gestão de riscos. ISO GUIA 73:2009.** Rio de Janeiro: ABNT, 2009. 12p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N°. 36 de 25 de julho de 2013.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.143, p.32, 26 jul. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **História e Evolução dos Hospitais.** Rio de Janeiro, 1965.
- _____. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em saúde.** Brasília, 1977.
- _____; ANVISA; FIOCRUZ. Protocolo de Prevenção de Quedas. Brasília, 2013.
- _____._____. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria nº466 de 04 de Junho de 1998.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.43.
- CALVO, M. M.; RIU, M. C.; GARCIA, M. J. V. Las caídas intra hospitalarias: una realidad. **Revista ROL de Enfermería.** v. 24, n.1, 2001.
- CARVALHO, M. de.; VIEIRA, A. A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **J. Pediatria do Rio Janeiro**, Porto Alegre, v. 78, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000400004&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 16/01/2013.
- CASHIN, R. P.; YANG; M. Medications prescribed and occurrence of falls in general medicine inpatients. **The Canadian Journal of Hospital Pharmacy**, v. 64, n. 5, p. 321-326, 2011.
- CHANG, C. M. *et al.* Medical conditions and medications as risk factors of falls in the inpatient older people: a case-control study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 6, p. 602-607, 2011.
- CLARO, C. M. *et al.* Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v.45 n.1, p. 167-172, 2011.

COFEN. **Resolução 293/2004**. Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2004. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em 02/02/2014.

COIMBRA, J. A. H. Prevenção e detecção de erros de medicação. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 5, supl., p. 142-148, 2006.

CORREA A. D. C. *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, 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. 676-681, dez 2011.

CQH - Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar. **Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH**. 2ª Edição. São Paulo: APM/CREMESP, 2012. 60 p.

DECESARO, M.N.; PADILHA, K. G. Queda: comportamentos negativos de enfermagem e consequências para o paciente durante o período de internação em UTI. **Arq Ciênc Saúde Unipar**. v.5, n.2, p. 115-125, 2001.

DICCINI, S.; PINHO, P.G.; SILVA, F.O. Avaliação de risco e incidência de quedas em pacientes neurocirúrgicos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.16 n. 4, p. 752-757, 2008.

DONABEDIAN, A. **Evaluación de la calidad de la atención médica**: In: White KL, Frank J, editors. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington (DC): OPAS; 1992.

FELDMAN, L. B. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008.

_____; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação. **Acta Paul Enferm**, São Paulo (SP), v.18, n. 2, p.213-219, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2a ed. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, 2007.

FLORENCE, G.; CALIL, S. J. Uma nova perspectiva no controle de riscos da utilização médico-hospitalar. **Revista Multiciência**. São Paulo, v.5, p.1-14, out, 2005.

GABRIEL, C. S.; *et al.* Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v.19 n.5, p. 1-9, 2011.

GAZETA DO POVO. 2013_a. Disponível em:
<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1419732>.
 Acesso em: 27/11/2013.

_____. 2013_b. Disponível em:
<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1417055>.
 Acesso em: 27/11/2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4^a ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3^a Edição. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6^a Edição. São Paulo: Atlas, 2009.

GUTIERREZ, C. I. A.; OBON AZUARA, B.; REMON, C. A. Análisis de los casi errores: Un nuevo enfoque en el estudio de los acontecimientos adversos. **Med. Intensiva**. v. 32, n. 3, p. 143-146, 2008.

HOSPITAL DE CLÍNICAS UFPR. 2013. Disponível em:
 <<http://www.hc.ufpr.br/?q=content/hc-em-n%C3%BAmeros>>. Acesso em:
 14/12/2012.

_____. 2014. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=node/95>>. Acesso em:
 14/01/2014.

HAINES, T. P. *et al.* Design-Related Bias in Hospital Fall Risk Screening Tool Predictive Accuracy Evaluations: Systematic Review and Meta-Analysis. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. v.62, n.6, p. 664-672, 2007.

HENDRICH, A. L. Inpatient falls: lessons from the field. **Patient Safety & Quality Healthcare**, 2006.

_____; FANN, R. N. How to Try This: Predicting Patient Falls. **American Journal of Nursing**. v.107, n.11, p. 50-58, 2007.

HITCHO, E.B., *et al.* Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting. **Journal Gen. Intern. Med.** v.19, n.7, p. 732-739, 2004. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1492485/>>. Acesso em: 28/09/2012.

HOSPITAL SAMARITANO. **Protocolo de prevenção de quedas**. São Paulo, 2009.

IDEC. Instituto de defesa do consumidor, disponível em:
 <<http://www.idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/sus-conheca-os-seus-direitos->>.
 Acesso em 15/12/2013.

KALISCH, B. J.; TSCHANNEN, D.; LEE, K. H. Missed nursing care, staffing, and patient falls. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 27, n. 1, p. 6-12, 2012.

KOHN, L. T.; CORRIGNAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy of the Institute of Medicine, 2000.

KRAUSS, M. J. *et al.* A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatients falls. **J Gen Intern Med**, 2005.

KURCGANT, P.; TRONCHIN D. M. R.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.19 n.1, p.88-91, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000100014&script=sci_arttext >. Acesso em: 28/09/2012.

LAGUNA-PARRAS, J. M. *et al.* Incidência de quedas em un hospital de nivel 1: factores relacionados. **Gerokomos**, v. 22, n. 4, p. 167-173, 2011.

MANZO, B.F. **O processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

MAZUR, C. da. S. **Aspectos quali-quantitativos do dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital de ensino**. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

MELLO, B. L. D. **Quedas de pacientes em instituições hospitalares: uma revisão integrativa da literatura**. 468 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2013.

MENDES, W.; MARTINS, M.; MARQUES, P. M. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, Mar. 2008; Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12/11/2012.

MORSE, J. M. The Safety of Safety Research: The Case of Patient Fall Research. **Canadian Journal of Nursing Research**. Montreal, v. 38, n. 2, p. 74-88, 2006.

_____; MORSE, R.M., TOYLKO, S.J. Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging**, v.8, p. 366-377, 1989.

NASCIMENTO, C. C. P. *et al.* Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people**. Londres, 2004.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Slips, trips and falls data update**. 2010. Disponível em: <www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/patient-accidentsfalls/?entryid45=74567>. Acesso em 28/01/2013.

OLIVER, D.; HEALEY, F.; HAINES, T. P. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. **Clin Geriatr Med**. v.26, p. 645-602, 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>>. Acesso em: 15/12/2013.

ONA. Organização Nacional de Acreditação **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006.

_____. **Manual da Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010.

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

PEDREIRA, M. da. L. G; HARADA, M. de J. C. S.[org.] **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Caetano do Sul, SP. Yendis Editora, 2009.

PEREIRA, S. R. M. Quedas em idosos. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: 29/09/2012.

PERRACINI, M. R. **Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso**. In: Ramos L.R., Toniolo Neto J. Geriatria e Gerontologia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/ Unifesp-Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Editora Manole, 2005.

PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C.; CALIL, A. S. G. Composição da equipe de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 2, p. 199-205, 2011.

REASON, J.T. **Managing the risks of organizational acidentes**. Adershot: Ashgate, 1997.

_____. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000.

ROCHA, D. J. M. da. **Gerenciamento de riscos em Hospital**. 144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

ROHDE, J. M.; MYERS, A. H.; VLAHOV, D. Variation in risk for falls by clinical department: Implications for prevention. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.11, 1990.

ROQUE, K. E. **Avaliação dos eventos adversos relacionados à medicação no contexto hospitalar**. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, jul./set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300041&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 16/01/2013.

ROTHBARTH, S. **Gestão da qualidade: um processo de acreditação hospitalar**. 134f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

SANTOS, M. G. S.; DANTAS, A. C. A.; RAMOS, V. P. **Protocolos de enfermagem: identificação de risco e prevenção de quedas**. 1ª Edição. Hemorio, 2010.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano 1, n.1, 2009.

SCHWENDIMANN, R. *et al.* Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. **BMC Health Services Research**, 2006.

_____; GEEST, S. de.; MILISEN, K. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalized patients. **Age and Ageing Advance**, v.35 n.3, p. 311- 313, 2006.

SEIFFERT, L. S. **Modelo de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação de acreditação**. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>>. Acesso em: 13/12/2012.

SILVA, J. A. *et al.* Unidades semi-intensivas: qualidade das anotações de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 576-581, 2012.

- SCHAFFER, P. L. *et al.* Pediatric inpatient falls and injuries: a descriptive analysis of risk factors. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 17, n. 1, p. 10-18, 2012.
- SHUTO, H. *et al.* Medication use as a risk factor for inpatient falls in an acute care hospital: a case-crossover study. **Br J Clin Pharmacol**, v. 69, n. 5, p. 535-42, 2010.
- TOMINAGA, J. *et al.* Queda de pacientes hospitalizados: análise do indicador de qualidade. **Cuid Arte Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 47-52, 2008.
- VASS, C. D. *et al.* REFINE (Reducing Falls in In-patient Elderly) - a randomized controlled trial. **Trials**, v. 10, n. 83, 2009. Disponível em: <<http://www.trialsjournal.com/content/10/1/83>>. Acesso 04/12/2013.
- VASSALO, M. *et al.*, Fall risk-assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation ward. **Age and Ageing**. v.37, 2008.
- _____. *et al.*, Comparative study of the use of Four Fall Risk Assessment Tools on Acute Medical Wards. **American Geriatrics Society**. v. 53, p. 1034-1038, 2005.
- VENTURINI, D. A.; MARCON, S. S. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 5, p. 570-5, 2008.
- VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.
- WACHTER, R. M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- WOLFF, L. D. G. **Um modelo para avaliar o impacto do ambiente operacional na produtividade de hospitais brasileiros**. 323 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.
- YAUK, S.; *et al.* Predicting in-hospital falls. Development of the Scott and White Falls Risk Screener. **Journal of Nursing Care Quality**. v. 20, n.2, p. 128-133, 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PERFIL DEMOGRÁFICO

Código	Registro	Iniciais	Idade	Gênero	Diagnóstico principal	Diagnóstico secundário

DADOS DO ATENDIMENTO

Tipo de atendimento	Data do atendimento ambulatorial	Data da admissão na Unidade de internação	Local da internação	A queda implicou outro tipo de atendimento? Quais?	Local e data do segundo atendimento	Data da saída hospitalar	Tipo de saída

DADOS RELATIVOS À QUEDA

Realização de Avaliação de Risco para queda?	Data da Avaliação de risco / Grau de risco	Nº da queda	Data da queda	Risco ambiental?	Tipo de queda	Danos ao paciente

ANÁLISE DA QUEDA

Unidade/ Serviço	Local da queda	Descrição da queda no prontuário	Fatores de risco intrínsecos	Fatores de risco extrínsecos (ausência de)

Outras situações/condições ambientais relacionadas à queda:

ANÁLISE DO LOCAL/ UNIDADE DA QUEDA (*in loco*)

Código	Registro	Iniciais	Unidade de internação	Local da queda

Proximidade da mobília de apoio	Pisos com superfície homogênea, sem saliências	Degaus com altura adequada	Corrimão no corredor	Corrimão / barra de apoio no banheiro	Piso anti-derrapante no banheiro	Cama com grades	Altura adequada da cama

Campainha ao alcance do paciente	Iluminação adequada	Nivelamento do elevador com o piso do andar	Presença de travas nas rodas da cama	Macas com grades	Rodas das macas com trava	Presença de rampas ou elevador para acesso ao ambiente

Outras situações/condições relacionadas à queda:

LEGENDA

Opções de alternativas 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica	Grau de risco para queda 1. Baixo 2. Médio 3. Alto	FATORES INTRÍNSECOS: 1- Idade acima de 65 anos 2- Alterações no nível de consciência (Consciente; inconsciente; Confuso/desorientado) 3- Distúrbios do equilíbrio 4- Déficit motor (amputação de membro; Hemiparesia; Paraplegia; utiliza bengala, andador, cadeira de rodas) 5- Déficit sensorial (perda ou diminuição acuidade visual; perda ou diminuição acuidade auditiva) 6- Síncope (desmaio) 7- Hipotensão postural 8- Incontinência vesical e/ou intestinal 9- Uso de medicamentos (antidepressivos, benzodiazepínicos, anti-hipertensivos, laxantes, diuréticos) 10- PATOLOGIAS: Osteomioarticulares, doenças neurológicas e cardiovasculares.	FATORES EXTRÍNSECOS: 1- Proximidade da mobília de apoio 2- Pisos com superfície homogênea, sem saliências 3- Degraus com altura adequada 4- Corrimão no corredor 5- Corrimão / barra de apoio no banheiro 6- Piso anti-derrapante no banheiro 7- Cama com grades 8- Altura adequada da cama 9- Campainha ao alcance do paciente 10- Iluminação adequada 11- Nivelamento do elevador com o piso do andar 12- Presença de travas nas rodas da cama 13- Macas com grades 14- Rodas das macas com trava 15- Presença de rampas ou elevador para acesso ao ambiente.
Gênero 1. Masculino 2. Feminino	Tipo de queda 1. Grave 2. Não grave		
Tipo de atendimento 1. Ambulatorial 2. Internação 3. Exames diagnósticos 4. Cirurgia 5. Atendimento de emergência (UTI,CTSI, PA) 6. Obstetrícia 7. Outros	Danos ao paciente 1. Físico 2. Prolongou a internação 3. Uso de medicamentos e outras terapias invasivas 4. Transferência de unidade 5. Óbito 6. Outros. Quais:		
Tipo de saída 1. Alta 2. Óbito 3. Transferência interna 4. Transferência externa			

APÊNDICE 2

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

ESCALA	AVALIAÇÃO DE RISCO	CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA ESCALA
ESCALA DE HENDRICH II	<p>Centra-se em oito fatores de risco independentes, identificados por Hendrich e Hendrich (2003), sendo eles: confusão, desorientação, impulsividade e, depressão sintomática; eliminação alterada; tontura ou vertigem; sexo masculino; administração de antiepilépticos (ou mudanças na dosagem ou cessação); administração de benzodiazepínicos; e desempenho fraco ao levantar-se no teste <i>Get-Up-and-Go</i> (HENDRICH, 2007).</p> <p>O teste <i>Get-Up-and-Go</i> avalia a capacidade de se levantar que o paciente apresenta, atribuindo escores de 0 a 4 conforme condição do paciente. Para sua realização, o paciente deve estar sentado em uma cadeira, com as mãos apoiadas sobre as coxas, se for capaz de levantar-se em um único movimento sem usar as mãos como apoio, recebe a pontuação 0 (zero); quando o paciente levanta-se de uma só vez, porém com apoio das mãos, sua pontuação é 1; se para levantar-se procede a várias tentativas até conseguir, mesmo com apoio, sua a pontuação é 3; e, por fim, o paciente que não consegue se levantar, recebe a pontuação 4 (HENDRICH, 2007).</p>	<p>É utilizado para avaliar o risco de queda de um paciente durante a internação hospitalar.</p> <p>A escala é potencialmente útil na identificação de pacientes de alto risco para quedas em instituições de cuidados agudos (HAINES; <i>et al.</i>, 2007).</p>
ESCALA STRATIFY	<p>Avaliar o risco de quedas em relação a cinco fatores, podendo cada um deles ser independentemente associado com a queda. Os fatores são: ter sido internado no hospital por queda ou ter sofrido queda na unidade de internação; ser agitado; apresentar visão prejudicada; ter a necessidade frequente de ir ao banheiro e apresentar capacidade diminuída para transferência e mobilidade (VASSALO <i>et al.</i>, 2005). Cada um dos fatores, se presentes, possui o valor de um ponto, e ao final da avaliação de risco, se o escore for igual ou maior que dois pontos, o paciente apresenta alto risco para queda.</p>	<p>Em estudo realizado para comparar as Escalas de Downton, Stratify, Tullamore e Tinetti, as quais foram aplicadas simultaneamente, os resultados demonstraram que o tempo para a aplicação da Escala Stratify foi o menor, e que esta escala foi a mais simples de ser completada. Pôde ser utilizada para avaliar todos os pacientes do estudo, identificou corretamente o maior número de pacientes com risco para queda, e apresentou maior valor preditivo. No entanto, a Escala Stratify apresentou menor sensibilidade dentre as escalas do estudo (VASSALO <i>et al.</i>, 2005).</p>
	<p>A escala de avaliação de risco de Downton avalia cinco componentes, os quais são: a ocorrência de quedas anteriores;</p>	<p>Em estudo realizado por Vassalo <i>et al.</i> (2008), foi demonstrado que a Escala de Downton apresentou 50% de precisão na previsão de</p>

ESCALA DE DOWNTON	uso de medicamentos, tais como tranquilizantes/ sedativos, diuréticos, anti-hipertensivos, excluindo diuréticos, anti-parkinsonianos, antidepressivos, e, outros medicamentos; déficits sensoriais, a exemplo de alterações visuais, alterações auditivas, ou de extremidades; estado mental; e, deambulação. Cada item da escala relacionado a esses componentes, quando presente, possui o valor de um ponto. Ao se atingir escore maior que dois pontos, o paciente apresentará alto risco para queda.	queda de pacientes, bem como, exibiu sensibilidade de 92,2% para prever quedas.
ESCALA DE MORSE	<p>A Escala Morse considera seis fatores de risco para queda, os quais são: história de quedas; diagnóstico secundário; necessidade de ajuda na movimentação; terapia endovenosa; marcha e estado mental (MORSE; MORSE; TOYLKO, 1989).</p> <p>A pontuação estabelecida para esta escala difere das apresentadas anteriormente, sendo que se houver a história de quedas, pontua-se 25; a presença de diagnóstico secundário é pontuada com 15; se o paciente necessitar do uso de ajuda movimentação, pontuará 10 ou 20 pontos; para a terapia endovenosa, o paciente terá pontuação de 20; na avaliação de marcha, pontuará 0, 15 ou 30 pontos; e na avaliação do estado mental a pontuação poderá ser de 0 ou 15.</p> <p>Os escores para pacientes que não apresentam risco estão entre 0 a 24 pontos; para os de baixo risco, entre 25 a 50 pontos; e para os de alto risco, os escores são maiores ou iguais a 51 pontos.</p>	<p>Em um hospital, com pacientes em cuidados agudos, verificou-se que a Escala de Morse apresentou sensibilidade para avaliação de risco de queda de 88% (VASSALO <i>et al.</i>, 2005).</p> <p>Esta escala é amplamente utilizada nos Estados Unidos (VASSALO <i>et al.</i>, 2005). Porém em estudo realizado por Schewendimann, Geest e Milisen (2006) foi constatada a sua baixa capacidade de discriminar entre pacientes que caíram e aqueles que não caíram. Esta escala provou que 82% têm taxa de falsos positivos.</p> <p>Morse (2006) justifica que, em seu estudo inicial, houve uma taxa de falso-positivo elevada (pacientes que não caíram e foram considerados de risco). Dez semanas após a realização da avaliação inicial, verificou-se que cinco entre os dezessete pacientes considerados como falso-positivos haviam sofrido queda, concluindo assim, que a avaliação feita inicialmente estava correta. Desta forma, após correções, foi verificado que a sensibilidade e especificidade da escala aumentaram, sendo que a sensibilidade foi de 84%.</p> <p>Morse (2006) afirma que a escala não irá nunca identificar 100% dos pacientes que sofrem queda em um hospital, no entanto, a equipe deve identificar que tipo de queda ocorreu, registrá-la e atentar para realização de estratégias preventivas.</p> <p>Segundo a autora, a Escala de Morse é a única que realmente foi construída adequadamente, e submetida com sucesso à validação estatística. Entretanto, há críticas que ela não atende às especificidades de diferentes grupos (idosos, crianças, pacientes agudos, psiquiátricos).</p> <p>No gerenciamento de risco, Morse recomenda que sejam avaliados os fatores de risco para cada grupo de pacientes com vistas a que sejam implementadas medidas específicas para prevenção de queda.</p>

ANEXO

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ações Preventivas e Corretivas Relativas à Queda de Pacientes no Ambiente Hospitalar

Pesquisador: Taniclaer Stahlhoefer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14085813.5.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 351.927

Data da Relatoria: 07/08/2013

Apresentação do Projeto:

Equipe da Pesquisa: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF (Orientadora)

No ambiente hospitalar há riscos para a segurança do paciente, dentre os quais destaca-se a queda. Portanto, há necessidade de gerenciamento desses riscos, que inclua a prevenção de evento adverso, notificação, investigação, aprendizado com os erros e mudança de processos, tornando-os mais seguros. A queda no ambiente hospitalar é considerada um indicador da qualidade da assistência à saúde. Este estudo retrospectivo se desenvolverá em dois momentos, em que ocorrerão: pesquisa documental em prontuários e

fichas de notificação de eventos de queda; e, pesquisa descritiva das condições do ambiente em que ocorreu a queda. Posteriormente os dados sofrerão análise descritiva univariada e de frequências absoluta e relativa. O estudo será realizado no Hospital de Clínicas da UFPR, no Serviço de Arquivo Médico (SAME). A coleta de dados nos prontuários e nas notificações de queda ocorrerá nas instalações da Assessoria de Gestão da Qualidade, responsável pela guarda das notificações de queda, após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética. A técnica de coleta dados será a observação sistemática de documentos de notificação de quedas de pacientes internados ocorridas em

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

CEP: 80.060-240

UF: PR **Município:** CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 351.927

unidades assistenciais, e que causaram dano grave, bem como os seus respectivos prontuários. Também será realizada observação sistemática dos ambientes em que ocorreram tais quedas. Será avaliado os prontuários dos pacientes que sofreram queda no ambiente hospitalar nos anos de 2011 a junho de 2012.

Objetivo da Pesquisa:

Definir ações preventivas de queda, gerais e específicas, necessárias aos processos assistenciais ou às condições do ambiente hospitalar, de acordo com a unidade assistencial ou perfil do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora não haverá riscos previsíveis, pois serão atendidas as recomendações da Resolução n° 196/96 , e a identidade dos sujeitos será protegida.

O projeto terá como benefício a elaboração de medidas que possam prevenir ou diminuir a ocorrência de quedas de pacientes no hospital sob estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora informa que a coleta de dados nos prontuários e nas notificações de queda ocorrerá nas instalações da Assessoria de Gestão da Qualidade, e que foi elaborado um instrumento de coleta de dados: de identificação/ perfil demográfico, dados da unidade, análise de causa raiz e dados do ambiente e que na análise dos prontuários e notificações buscar-se-á dados sobre o ambiente em que ocorreu a queda com observação sistemática in loco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi atendida a solicitação: foi anexado o instrumento para coleta dos dados.

Possui Coparticipante.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2ª andar

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 351.927

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS);

CURITIBA, 07 de Agosto de 2013

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br