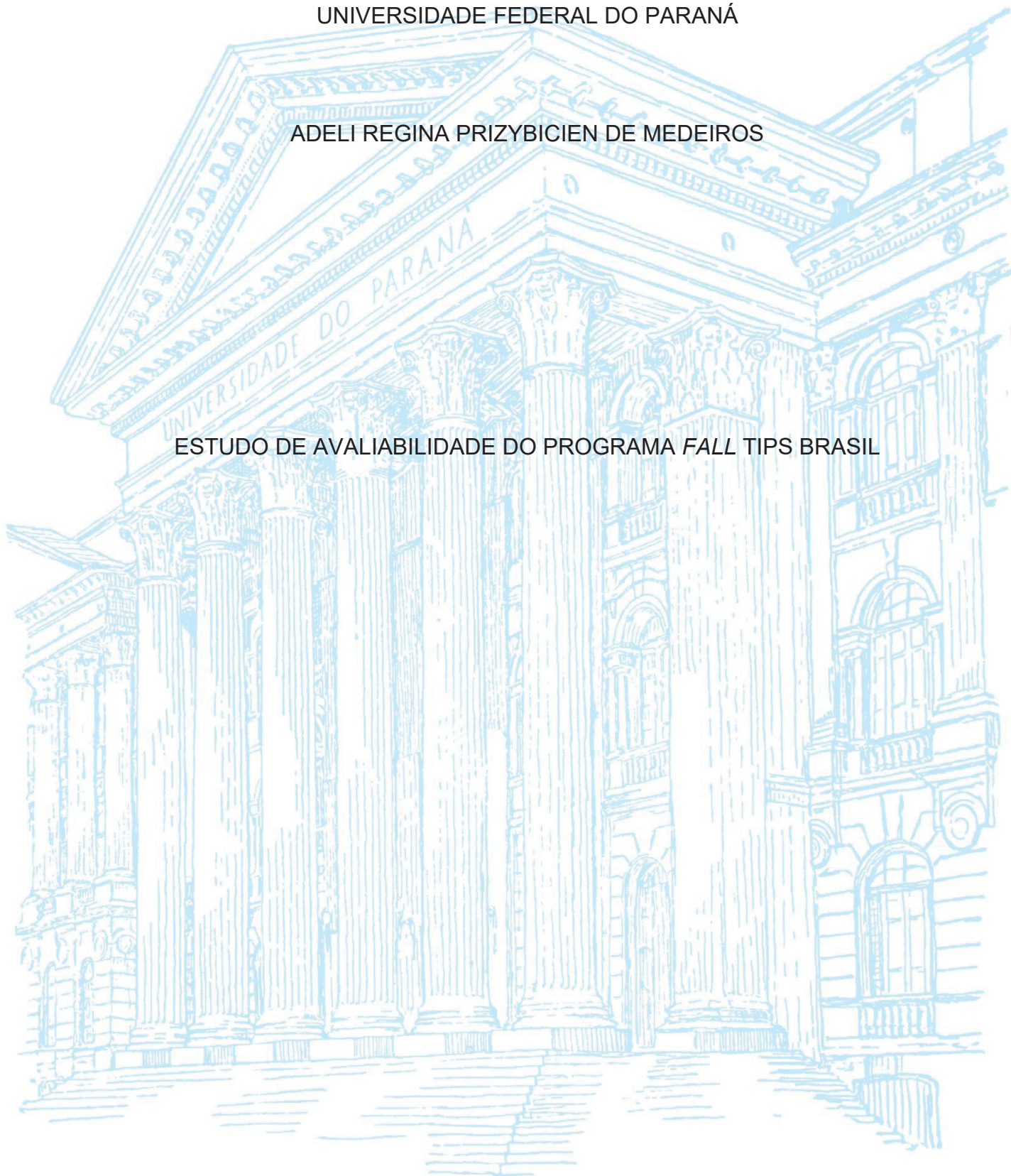


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADELI REGINA PRIZYBICIEN DE MEDEIROS

ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROGRAMA *FALL TIPS* BRASIL



CURITIBA

2023

ADELI REGINA PRIZYBICIEN DE MEDEIROS

ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROGRAMA *FALL TIPS* BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Schleder Gonçalves

CURITIBA

2023

Medeiros, Adeli Regina Przybicien de  
Estudo de avaliabilidade do programa *Fall* TIPS Brasil [recurso eletrônico] / Adeli  
Regina Przybicien de Medeiros. – Curitiba, 2023.  
1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Luciana Schleder Gonçalves

1. Avaliação de programas e projetos de saúde. 2. Acidentes por quedas.  
3. Segurança do paciente. 4. Gestão de riscos. 5. Ciência da implementação.  
I. Gonçalves, Luciana Schleder. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **ADELI REGINA PRIZYBIEN DE MEDEIROS** intitulada: **ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROGRAMA FALL TIPS BRASIL**, sob orientação da Profa. Dra. LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 24 de Novembro de 2023.

Assinatura Eletrônica  
27/11/2023 08:13:51.0  
LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES  
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica  
30/11/2023 09:28:24.0  
DIOVANE GHIGNATTI DA COSTA  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Assinatura Eletrônica  
27/11/2023 10:37:47.0  
TATIANE BARATIERI  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE)

Assinatura Eletrônica  
07/12/2023 17:23:57.0  
KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT  
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



*Dedico este trabalho àqueles que não hesitam em mudar de opinião, quando surge uma melhor. Também àqueles que a cada dia procuram melhorar suas práticas, por entenderem que o segredo é cuidar do outro, como gostaríamos de ser cuidados.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Complexo Hospital de Clínicas, representados por seus professores, servidores e funcionários. Todos contribuíram direta ou indiretamente para minha formação, iniciada há 23 anos na graduação. O apoio, incentivo e oportunidade recebidos foram essenciais para que eu escolhesse os melhores caminhos na construção desta tese.

A Deus, amor maior, e às pessoas por ele enviadas, e pelas quais se expressa, por diferentes meios. Gratidão às colegas de jornada que não soltaram a nossa mão.

*Quando enfrentamos a incerteza do que pode ser,  
podemos transformá-la na certeza do que tem de ser.*

Shabana Basij-Rasikh

## RESUMO

Esta tese compõe o projeto de pesquisa e desenvolvimento tecnológico “Difusão e adoção do Programa *Fall TIPS*: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar. Está ligada à linha de Pesquisa de Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFPR e teve por objetivo elaborar e validar um modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise e julgamento do Programa *Fall TIPS*, em sua adaptação pioneira ao cenário brasileiro. O programa, baseado em evidências, está implantado em mais de 125 instituições de saúde no mundo, e é sustentado por mais de uma década de pesquisas. Ao utilizar-se de estratégias multimodais para a prevenção de quedas hospitalares, consiste em um conjunto de ferramentas e instrumentos. Seu diferencial está no engajamento de profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes no desenvolvimento e execução, em conjunto, de um plano personalizado para prevenção de quedas entre pacientes internados. Trata-se de um estudo de avaliabilidade (EA), realizado em um hospital público e de ensino, na cidade de Curitiba, no Paraná, no período de 2021 a 2023. Utilizou-se o referencial de Trevisan e Walser mediante componentes como: definição do foco do estudo de avaliabilidade; desenvolvimento de uma teoria inicial do programa; coleta de *feedback* sobre a teoria do programa; e considerações sobre os usos do estudo de avaliabilidade. Contou com uma etapa documental e outra participativa. Na etapa documental foram analisadas legislações, diretrizes e publicações sobre segurança do paciente, prevenção de quedas e sobre o Programa *Fall TIPS*. A etapa participativa foi resultante de oficinas, junto a 15 profissionais de saúde ligados a um hospital público e de ensino, indicados pela gestão hospitalar. Posteriormente, os construtos provenientes foram validados, em oficinas, por três enfermeiras ligadas à docência e assistência, convidadas por suas atuações em avaliação, segurança do paciente e gestão de riscos assistenciais, além de conhecimentos prévios sobre o Programa *Fall TIPS*. Os dados da etapa documental foram analisados à luz de pontos-chave sobre o programa e sobre o problema que se propõe a enfrentar. Os dados oriundos das oficinas junto a profissionais de saúde e informantes-chave foram analisados por Análise de Conteúdo, mediante categorias de análise previamente definidas: contextos interno e externo à instituição hospitalar, recursos, objetivos, atividades, produtos, resultados, impacto, metas e questões ligadas à execução do programa em instituições de saúde. O estudo possibilitou melhor conhecimento do programa e da temática prevenção de quedas hospitalares. Ainda, ao ser disponibilizado em *website* brasileiro do programa, isso contribuirá para a disseminação do programa, adoção por profissionais de saúde e instituições de saúde interessadas e condução de processos avaliativos.

**Palavras-Chave:** avaliação de programas e projetos de saúde; acidentes por quedas; prevenção de quedas; segurança do paciente; *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety*; gestão de riscos; ciência da implementação.



## ABSTRACT

This thesis entails the project of research and technological development “Dissemination and adoption of the Fall TIPS Program”: engagement of patients, professionals and clinical leadership for fall prevention within hospital settings”. It is connected with the line of research of Health and Nursing Services Management of the Postgraduation Program in Nursing at the Federal University of Paraná (PPGENF - UFPR). It aimed to elaborate and validate a theoretical model, logic model and matrix of analysis and judgement of the Fall TIPS Program in its pioneer adaptation to the Brazilian setting. The evidence-based program has been implemented in over 125 health institutions worldwide, and it is supported by over a decade of research. It consists of a set of tools and instruments by using multimodal strategies for hospital fall prevention. Its differential lies in the engagement of health professionals, patients and their companions in the joint development and execution of a personalized fall prevention plan among hospitalized patients. It is an availability study (AS) conducted in a public teaching hospital in the city of Curitiba, Paraná State – Brazil from 2021 to 2023. Trevisan and Walser’s theoretical framework was used by means of components as follows: definition of the focus of the availability study; development of an initial theory of the program; feedback collection on the program theory; and considerations on the use of the availability study. It comprised documentary and participating steps. In the documentary step, legislations, guidelines and publications on patient safety, fall prevention, and on the Fall TIPS Program were analyzed. The participating step resulted from workshops with 15 health professionals from the public teaching hospital, appointed by the hospital management. Subsequently, the resulting constructs were validated, during the workshops, by three teaching and health care nurses, invited by their performance in assessment, patient’s safety and management of health care hazards, in addition to their previous knowledge on the Fall TIPS Program. The data from the documentary step were analyzed in light of the key points on the program and on the aimed problem. The data gathered from the workshops with the health professionals and key informants were analyzed by the Content Analysis, by means of previously defined analysis categories, as follows: internal and external contexts to the hospital institution; resources, objectives, activities, products, results, impact, goals and questions related to the program execution within health institutions. The study enabled better knowledge of the program and the thematics of hospital fall prevention. In addition, the release of the program in its Brazilian website will contribute to the dissemination and adoption of the program by health professionals and interested health institutions, with the execution of evaluation processes.

**Key-Words:** program evaluation; accidental falls; fall prevention; patient safety; Fall Tailoring Interventions for Patient Safety; risk management; implementation Science.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pôster laminado do Programa <i>Fall</i> TIPS .....	43
Figura 2 - Linha do tempo do desenvolvimento histórico e usos dos estudos de avaliabilidade.....	50
Figura 3 - Maquete elaborada pela equipe de pesquisa do projeto <i>Fall</i> TIPS Brasil .. .....	83
Figura 4 - Exemplos de telas do <i>storytelling</i> utilizadas em oficinas com <i>stakeholders</i> .....	84
Figura 5 - Modelo teórico do Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil.....	90
Figura 6 - Modelo lógico do Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil .....	94
Figura 7 - Síntese das contribuições do estudo de avaliabilidade .....	98

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Agentes, definições e ferramentas no Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil.....	41
Quadro 2 -	Elementos constituintes de uma matriz de análise e julgamento com as respectivas definições .....	58
Quadro 3 -	Resumo de componentes, objetivos, estratégias e participantes do estudo de avaliabilidade.....	66
Quadro 4 -	Estrutura das oficinas com <i>stakeholders</i> .....	70
Quadro 5 -	Fontes de evidência para construção do foco do estudo de avaliabilidade e desenvolvimento de uma teoria inicial do Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil	79
Quadro 6 -	Fontes de informações para a elaboração dos modelos teórico e lógico do Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil e sua correlação com pontos-chave respondidos.....	81
Quadro 7 -	Matriz de Análise e Julgamento do Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil .....	96

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

4 Rs	- Repensar; Reconhecer; Revelar; Repartir
AHRQ	- <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
Anvisa	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFIR	- Estrutura Consolidada para Pesquisa de Implementação
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DeCS	- Descritores em Ciências da Saúde
DP	- Desvio padrão
EAs	- Estudos de Avaliabilidade
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EQM	- Escala de Queda de Morse
ESD28	- Estratégia em Saúde Digital 28
EUA	- Estados Unidos da América
<i>Fall TIPS</i>	- <i>Fall Tailoring Interventions for Patient Safety</i>
I	- Informantes-chaves
IOM	- <i>Institute of Medicine</i> / Instituto de Medicina
JCI	- <i>Joint Commission International</i>
MAJ	- Matriz de análise e Julgamento
MFAP	- Matriz Final de Avaliação do Programa
MFS	- <i>Morse Fall Scale</i>
ML	- Modelo Lógico
MLP	- Modelo Lógico do Programa
MS	- Ministério da Saúde
MT	- Modelo Teórico
MTA	- Modelo Teórico de Avaliação
NSC	- <i>National Steering Committee for Patient Safety</i>
NSPs	- Núcleos de Segurança do Paciente
OE	- Objetivos Estratégicos
OMS / WHO	- Organização Mundial da Saúde / <i>World Health Organization</i>
P	- Participante

PCA	- Pesquisa Convergente Assistencial
PE	- Processo de Enfermagem
PNPS	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPGPCS	- Programa de Pós-Graduação Prática do Cuidado em Saúde
RE-AIM	- “reach” (alcance), “effectiveness” (efetividade), “adoption” (adoção), “implementation” (implementação), e “maintenance” (manutenção)
RMC	- Região Metropolitana de Curitiba
SNVS	- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SRQR	- <i>Standards for Reporting Qualitative Research</i>
STGQ	- Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
USEP	- Unidade de Segurança do Paciente
VIGIHOSP	- Sistema para Notificação e Investigação de Incidentes em Segurança do Paciente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	JUSTIFICATIVA.....	20
1.2	OBJETIVO .....	22
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	23
2.2	QUEDAS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.....	30
2.3	PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS <i>FALL TIPS</i> .....	35
2.4	ESTUDOS DE AVALIABILIDADE.....	46
2.4.1	Definição do foco do estudo de avaliabilidade.....	52
2.4.2	Desenvolvimento de uma teoria inicial do programa .....	54
2.4.3	Coleta de <i>feedback</i> sobre a teoria do programa.....	58
2.4.4	Usos do estudo de avaliabilidade .....	59
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	62
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	62
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	63
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	65
3.4	COLETA DE DADOS.....	67
3.4.1	Definição do foco do estudo de avaliabilidade.....	67
3.4.2	Desenvolvimento de uma teoria inicial do programa .....	68
3.4.3	Coleta de <i>feedback</i> sobre a teoria do programa.....	74
3.4.4	Contribuições para os usos do estudo de avaliabilidade .....	75
3.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	76
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	77
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	79
4.1	DEFINIÇÃO DO FOCO DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE .....	79
4.2	DESENVOLVIMENTO DE UMA TEORIA INICIAL DO PROGRAMA .....	85
4.2.1	Construção do modelo teórico.....	85
4.2.2	Construção do modelo lógico .....	86
4.2.3	Definição de perguntas avaliativas sobre o Programa <i>Fall TIPS</i> Brasil .....	88
4.3	COLETA DE <i>FEEDBACK</i> SOBRE A TEORIA DO PROGRAMA.....	88
4.3.1	Modelo teórico do Programa <i>Fall TIPS</i> Brasil.....	89

4.3.2	Modelo lógico do Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil .....	91
4.3.3	Matriz de análise e julgamento do Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil.....	95
4.4	CONTRIBUIÇÕES PARA OS USOS DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE ..	98
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>99</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>109</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>112</b>
	<b>APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA DAS OFICINAS</b> .....	<b>132</b>
	<b>APÊNDICE 2 – <i>PLANNER</i></b> .....	<b>133</b>
	<b>APÊNDICE 3 – PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE O PROGRAMA <i>FALL</i> TIPS</b> .....	<b>159</b>
	<b>ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> .....	<b>168</b>
	<b>ANEXO 2 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	<b>170</b>
	<b>ANEXO 3 – EMENDA APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	<b>175</b>

## APRESENTAÇÃO

Enfermeira formada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), há 23 anos, atuei em três instituições hospitalares nas áreas de neurocirurgia, maternidade, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, transplante hepático e cirurgia geral. Com experiência em vigilância epidemiológica hospitalar, cursei o mestrado acadêmico em enfermagem também na UFPR e desenvolvi uma pesquisa ligada ao processo de trabalho de enfermeiros envolvidos nessa área. Na sequência, despretensiosamente e instigada pela curiosidade, conheci um pouco mais sobre a Segurança do Paciente e cursei uma pós-graduação em parceria com o Hospital Sório Libanês, em 2017.

E isso trouxe mudanças positivas. Desde 2018, atuo como enfermeira no gerenciamento de riscos assistenciais hospitalares, e foi nesse cenário que surgiu a oportunidade de inserção na pesquisa “Difusão e adoção do *Fall* TIPS Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar”, ligada à linha de Pesquisa de Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFPR. A temática de prevenção de quedas veio ao encontro de necessidades identificadas em meu cenário de prática profissional no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), e o apoio institucional para a operacionalização da pesquisa foi imediato.

Para além da prática profissional, constatei o quanto é fundamental o engajamento de pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, não só para a prevenção de quedas, para a segurança do paciente em qualquer âmbito. Acredito nisso e é o que me tem motivado. Os aprendizados e as novas experiências em ensino, pesquisa e assistência têm sido motivadores, sem contar com a possibilidade de interação com pessoas de referência em suas áreas.

Por fim, vêm os desafios que práticas engajadas em pacientes e acompanhantes trazem. Não por acaso, neste ano de 2023 o Dia Mundial de Segurança do Paciente, comemorado em 17 de setembro, teve por tema “engajar pacientes para a segurança do paciente” e o *slogan* “elevar a voz dos pacientes”. Embora a trajetória para seu alcance exija ajustes e pautas ligadas a mudanças de mentalidade, muitas iniciativas baseadas em evidências podem nos servir como guias nesse caminho. Para além de ouvir suas vozes, precisamos de fato escutar nossos



pacientes e acompanhantes. Ninguém disse que seria fácil, mas, sim, é possível que nosso próximo seja cuidado como gostaríamos que os nossos amores fossem cuidados.

Este documento está organizado da seguinte maneira: Introdução, que aborda a problemática de quedas em ambiente hospitalar, o histórico da adaptação brasileira do Programa *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (Fall TIPS)*, além de justificativas e objetivos do estudo. O Capítulo 2 contém a revisão de literatura sobre a segurança do paciente, quedas em instituições de saúde, programa de prevenção de quedas *Fall TIPS* e estudos de avaliabilidade. O Capítulo 3 apresenta o método e, na sequência, os Capítulos 4 e 5 apresentam, respectivamente, resultados e discussões do estudo.

## 1 INTRODUÇÃO

A crescente complexidade nos cuidados de saúde trouxe à tona uma temática desafiadora, multifacetada e, por que não dizer, polêmica, que é a Segurança do Paciente. A utilização de termos como “erro médico” e “iatrogenia”, além da aparente atribuição de culpa a indivíduos nos meios de comunicação de massa foram e ainda são recorrentes em nossos dias.

Por sua vez, a prevenção da ocorrência de quedas em instituições de saúde é um dos exemplos de incidentes passíveis de prevenção e sensíveis aos cuidados de saúde (World Health Organization - WHO, 2021). Estima-se que apenas 10% das ocorrências sejam inevitáveis (Avanecean *et al.*, 2017), o que contrasta com a frequência com que esses incidentes acometem pacientes em instituições de saúde (Dykes *et al.*, 2020). Representam um problema de segurança em hospitais, seja por seu potencial de infligir danos aos pacientes, seja pelo incremento nos custos com a assistência à saúde (WHO, 2021; NSC, 2020).

Na realidade americana, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) estima que entre 700.000 e 1.000.000 de americanos caem anualmente nos hospitais, 30% das quedas resultando em lesões (Burns *et al.*, 2020). Destas, de quatro a 12% são graves, e o risco de lesões aumenta proporcionalmente com a idade do paciente (Burns *et al.*, 2020). Sua prevalência em nível mundial é variada, com índices entre 1,4 e 13 quedas por 1000 pacientes internados/dia, a depender de cenários assistenciais e populações atendidas (Luzia *et al.*, 2019).

Em hospitais brasileiros, estudos apontaram a ocorrência de quedas de 1,7 a 7,2 quedas para cada 1000 pacientes internados/dia (Prates *et al.*, 2017; Sousa, 2014). Em nível nacional, na comparação com os demais incidentes de segurança do paciente notificados de 2014 a 2022, esses incidentes alcançaram o terceiro lugar (Brasil, 2023a).

A variabilidade dos dados sobre a ocorrência de quedas pode ser atribuída ao caráter espontâneo das notificações de quedas e demais incidentes de segurança do paciente. Dessa forma, ao invés de indicar cenários assistenciais mais preparados para a prevenção de quedas, índices reduzidos de quedas podem indicar falta de motivação e informação sobre o processo de notificação, além de falta de rotina para registro de incidentes em sistemas de notificação da instituição (Mascarenhas *et al.*, 2019).

No Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), instituição participante do presente estudo, registros mantidos pela Unidade de Segurança do Paciente (USEP), ligada ao Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (STGQ), apontam que, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019, foram notificados mais de 150 episódios de quedas, com uma média mensal de seis eventos, distribuídos entre oito serviços (Hermann *et al.*, 2023). Embora não tenha sido possível a correlação entre o número de quedas notificadas e o número de pacientes internados/dia no período, a sensibilidade do incidente aos cuidados de saúde aponta para a relevância do tema no cenário em estudo.

Assim como em outras realidades, a aplicação de escalas para avaliação do risco individual de quedas, a exemplo da *Morse Scale* (Morse; Morse; Tylko, 1989), da *Hendrich II* (Hendrich, 2021), da Escala de Avaliação do Risco de Queda Johns Hopkins (Strini; Schiavolin; Prendin, 2021), aliada à prescrição e implementação de cuidados têm-se mostrado insuficientes para a prevenção de quedas (Avanecean *et al.*, 2017; Dykes *et al.*, 2017). Contribuem para esse cenário o envolvimento pouco frequente, no cenário assistencial, de pacientes e acompanhantes no processo de avaliação e implementação de cuidados preventivos de quedas. Em adição, citam-se como possíveis causas o descumprimento de orientações preventivas (Katsulis *et al.*, 2016) e a incredulidade dessa população face ao risco de sofrer uma queda (Heng *et al.* 2021, Gonçalves *et al.*, 2023).

Dados resultantes de auditorias em Segurança do Paciente realizadas na instituição entre os anos de 2018 e 2019 (Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), 2019) apontam para práticas heterogêneas voltadas à prevenção de quedas. Historicamente, programas de prevenção de quedas são, na maior parte das vezes, conduzidos pela enfermagem, face à sua proximidade com o paciente e preocupações com a segurança assistencial (Sousa; Farias, 2019; Esguerra, 2020). Todavia, existem fragilidades na avaliação, sinalização visual de pacientes sob risco de quedas, execução e monitoramento das demais etapas. Outro aspecto é o não envolvimento da equipe multiprofissional e de pacientes e acompanhantes em todo o processo. Ainda que a responsabilidade seja de todos os profissionais, a comunicação entre os agentes tem-se mostrado frágil (Dykes; Hurley, 2021).

As intervenções genéricas voltadas à prevenção de quedas são, muitas vezes, imprecisas e desconhecidas pelo paciente e familiar, e novas iniciativas para a

reversão do cenário são muitas vezes abordadas como treinamentos e capacitações de equipe, sem a atenção devida ao desenvolvimento de habilidades necessárias para tal (Tzeng, 2011). A repetição desse processo perpetua a ineficácia da implementação de estratégias de prevenção de quedas sem resultados efetivos (Esguerra, 2020).

No início do segundo semestre de 2019, o primeiro contato de gestores ligados à Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente do CHC-UFPR com o Programa *Fall TIPS* ocorreu por meio da coordenadora da pesquisa, egressa de um programa de pós-doutorado. Nessa época, a pesquisa se encontrava na fase de Tradução e Adaptação Transcultural de documentos e ferramentas ligados ao projeto, da língua inglês para a portuguesa, atividade realizada por discentes de enfermagem, bolsistas do projeto e pela coordenadora da pesquisa. Durante seu pós-doutorado na Universidade de *Harvard*, nos Estados Unidos, a docente coordenadora conheceu o Programa *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (Fall TIPS)*. Em tradução livre, *Fall TIPS* significa adaptação de intervenções para a segurança do paciente e prevenção de quedas. O programa, voltado à prevenção de quedas em instituições de saúde, foi inicialmente desenvolvido e aplicado, entre os anos de 2007 e 2009, em um hospital afiliado à Universidade de Harvard nos Estados Unidos (Zuyev *et al.*, 2011).

Desde então, passou a ser disseminado para outros hospitais daquele país, bem como da Europa e Ásia. Até onde se sabe, o *Fall TIPS* foi o primeiro programa focado na prevenção de quedas centrado no paciente e apoiado em decisões clínicas, testado em um ensaio clínico randomizado (Carter *et al.*, 2020). Em um estudo de revisão sistemática de literatura que objetivou avaliar a efetividade de práticas preventivas de quedas centradas no paciente, o *Fall TIPS* mostrou-se robusto e cumpriu seu propósito (Avanecean *et al.*, 2017).

O programa é composto por um conjunto de ferramentas focado na prevenção de quedas por meio de um plano de cuidados personalizado para cada paciente, desenvolvido de maneira conjunta entre paciente, família/acompanhante e profissionais de saúde (Dykes; Hurley, 2021).

Nas instituições de saúde, esses agentes<sup>1</sup> podem ser constituídos por profissionais de diversas formações ligados à assistência, à gestão e ao gerenciamento de riscos assistenciais, dada a sua compreensão sobre a relevância do Programa *Fall* TIPS para a prevenção de quedas em instituições de saúde, além de serem apoios importantes na sua implementação. A adaptação para a realidade brasileira do Programa *Fall* TIPS compõe o projeto intitulado “Difusão e adoção do *Fall* TIPS Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar”, coordenado pela docente ligada ao Departamento de Enfermagem da UFPR. O projeto está alinhado à linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR e, para a sua concretização, conta com a participação de estudantes de iniciação científica, mestrandos e doutorandos dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem (Acadêmico e Profissional) da UFPR, além de enfermeiros do CHC-UFPR.

No projeto estão previstas cinco fases: 1. Análise do problema; 2. *Design* e desenvolvimento; 3. Disseminação do *Fall* TIPS Brasileiro; 4. Implantação em uma instituição hospitalar brasileira; e 5. Avaliação da implantação do *kit* de ferramentas *Fall* TIPS. Com isso, a pesquisa se situa na fase 4, preparatória para a implementação do programa.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A maior parte dos programas não dispõe, em seu início, de modelos teóricos e lógicos que os representem. Essa foi uma das razões que motivaram a realização de um Estudo de Avaliabilidade. Autores dessa temática (Leviton *et al.*, 2010; Trevisan; Walser, 2015) citam a capacidade que esses estudos têm de envolver pessoas-chave, neste caso, os *stakeholders*, a quem os estudiosos creditam o incremento nas chances de aproveitamento das futuras conclusões da avaliação. Embora o cenário de estudo tenha sido em uma instituição apenas, buscou-se uma interpretação geral

---

<sup>1</sup> No Programa *Fall* TIPS, o termo originalmente utilizado é *stakeholders*, ao se referir a líderes, *champions*, profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes. No contexto da avaliação e em consonância com a metodologia adotada para o presente estudo de avaliabilidade, o termo em língua inglesa *stakeholders* se aplica a apoiadores, interessados e pessoas cujas decisões podem afetar o futuro de um programa (Walser; Trevisan, 2015). Por essa razão, no presente estudo, os sujeitos envolvidos no Programa *Fall* TIPS foram denominados “agentes”.

dos dados no sentido de produzir um modelo avaliativo aplicável a instituições de saúde diversas.

Além de contribuições importantes para a implementação de um programa, os resultados provenientes de estudos de avaliabilidade descortinam possibilidades para a elaboração de perguntas avaliativas, elementos fundamentais para o direcionamento de uma avaliação, a partir da delimitação do foco avaliativo e apontamento de aspectos da intervenção a serem analisados em profundidade (Samico *et al.*, 2010). Nos estudos de avaliabilidade as perguntas avaliativas sucedem a definição sobre o que é o programa, seus objetivos, metas, e sobre como seus componentes se articulam para o alcance de objetivos (Trevisan; Walser, 2015).

O caráter inédito do Programa *Fall* TIPS Brasil abre caminhos para a realização de estudos prévios a uma abordagem avaliativa, com o intuito de desnudar os componentes, recursos, atividades, produtos, resultados e impactos esperados, além das expectativas de seus agentes. Deste modo, o presente estudo teve como produtos os modelos teórico, lógico e uma proposta de matriz de análise e julgamento para a adaptação brasileira do Programa *Fall* TIPS. A descrição, de maneira coerente, de um plano de avaliação, tem o potencial de torná-lo crível e consistente, além de racionalizar recursos para sua avaliação (Guimarães *et al.*, 2020). Da mesma forma, contribui para institucionalizar a avaliação do programa e maior aproveitamento de seus resultados (Migoto, 2021).

Em adição, da mesma maneira que os demais produtos do Programa *Fall* TIPS adaptado ao cenário brasileiro, os modelos teórico, lógico e matriz de análise e julgamento construídos serão disseminados através de um ambiente virtual colaborativo, em língua portuguesa, de maneira compreensível e acessível a pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde. Com isso, subsidiarão o acesso e uso por outras instituições de saúde brasileiras interessadas em conhecer os pressupostos e implantar o programa.

Enfatiza-se que a presente pesquisa aborda temas atuais em pesquisas na área de gerenciamento de serviços, como a avaliação de programas de segurança do paciente, especificamente a prevenção das quedas em ambientes hospitalares, que é de interesse de programas de acreditação hospitalar e considerada uma das Metas Internacionais da OMS, em parceria com a *Joint Commission International* (JCI) (Brasil, 2017a).

Destarte, vai ao encontro do Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prestação de cuidados de saúde seguros (WHO, 2021). Entre os sete Objetivos Estratégicos (OEs) definidos pela OMS, contempla a redução de danos aos pacientes a níveis próximos do zero, além da inclusão do planejamento de cuidados seguros nas diversas etapas do cuidado (OE1, OE3 e OE7), a proteção de pacientes contra danos, incluindo o aporte de informações em prol da melhoria da assistência (OE2 e OE6), o envolvimento de pacientes e acompanhantes em seu próprio cuidado (OE4) e a instrumentalização/habilitação de profissionais de saúde para que possam ajudar a construir uma assistência mais segura (OE5).

Destaca-se o enfoque em gestão da mudança, cultura organizacional e cuidado centrado no paciente, características consideradas importantes para o alcance dos objetivos estratégicos e para a prestação de cuidados seguros (WHO, 2021).

Assim, o objeto deste estudo é a adaptação do Programa *Fall* TIPS para a realidade brasileira.

**Tese a ser defendida:** A construção e a validação de um corpo de conhecimentos organizados e sistematizados, representados pelos modelos teórico, lógico e matriz de análise e julgamento do Programa *Fall* TIPS, adaptados à realidade brasileira, contribuem para melhor compreensão, aprimoramento, tomada de decisões e disseminação do programa junto a instituições de saúde brasileiras.

A questão de pesquisa que norteia todas as etapas deste estudo é: Quais as contribuições que um corpo de conhecimentos organizados e sistematizados, representados pelos modelos teórico, lógico e matriz de análise e julgamento, fornecerá para a adaptação brasileira do Programa *Fall* TIPS Brasil e sua disseminação para outras instituições de saúde brasileiras?

## 1.2 OBJETIVO

Elaborar e validar um modelo teórico, modelo lógico e matriz de análise e julgamento do Programa *Fall* TIPS Brasil.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Os subcapítulos que se seguem sustentam teoricamente o desenvolvimento da tese, e incluem as temáticas da Segurança do Paciente, Quedas em Instituições de Saúde, Programa *Fall* TIPS e Estudos de Avaliabilidade.

### 2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Observa-se uma crescente complexidade tanto nas tecnologias envolvidas quanto nos cuidados à saúde e, junto com ela, o aumento proporcional do risco de danos ligados à prestação de cuidados (Brasil, 2017a).

Para Paladini (2021), a noção de qualidade é algo dinâmico e inacabado, que admite diversos conceitos, a depender do contexto, momento histórico e ponto de vista do observador. Nesse sentido, na assistência à saúde, não poderia ser diferente: o conceito de qualidade abunda em subjetividade, face à gama de processos com os quais trabalhadores e usuários se defrontam, além dos fatores políticos e estruturais (Brasil, 2017a). Avedis Donabedian, por sua vez, define cuidados de saúde de qualidade como aqueles em que o paciente apresenta bem-estar, resultante do equilíbrio entre os ganhos previstos e perdas decorrentes do tratamento como um todo (Donabedian, 1980). Para o autor, a qualidade nos cuidados em saúde é composta por atributos como a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade que, sob uma análise isolada ou combinada, expressam a magnitude da qualidade (Donabedian, 2003).

Em um cenário assistencial em crescente complexidade, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) definiu a qualidade na assistência (IOM, 2001) como o grau em que os serviços de saúde incrementam as chances de obtenção de resultados desejados, baseados em conhecimentos científicos disponíveis. Possui seis componentes essenciais, que são: a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência, a equidade e a segurança do paciente (IOM, 2001). Por sua vez, em 2021 o *Institute for Healthcare Improvement* dos Estados Unidos descreveu a qualidade dos cuidados de saúde como o esforço de atender às necessidades dos clientes de forma contínua, confiável e sustentável (Sampath *et al.*, 2021). A partir desta definição, vislumbra-se que o tema



assuma a centralidade na estratégia organizacional, ao invés de ser uma parte da estratégia empregada.

Como uma das dimensões da qualidade, a segurança é um conjunto sistematizado de atividades que fomenta culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde, que reduz riscos e torna menos provável a ocorrência de falhas e danos evitáveis, além de reduzir o impacto desses, quando ocorrem (WHO, 2021).

Salienta-se que a segurança tem interfaces com quase todas as demais dimensões da qualidade, visto que a realização de intervenções em saúde que mitiguem a ocorrência de incidentes remete a outras dimensões da qualidade, particularmente aspectos essenciais da qualidade técnico-científica (Donabedian, 2003).

A segurança do paciente resulta da colaboração entre os prestadores de serviços de saúde, de maneira integrada, para prevenir falhas assistenciais ou eventos adversos considerados evitáveis (Brasil, 2013a). Reconhece-se que a assistência à saúde não é isenta de riscos, os quais são definidos pela Organização Mundial de Saúde como a probabilidade de ocorrência de incidentes (OMS, 2011). A partir do entendimento de que sua eliminação nem sempre é possível, os riscos de incidentes associados à assistência à saúde precisam ser inicialmente identificados para que possam ser gerenciados (OMS, 2011). Em suma, a identificação de falhas ou quase falhas relacionadas aos cuidados de saúde, em diferentes ambientes e complexidades entre instituições de saúde, é entendida como o primeiro passo para a estruturação de um programa de segurança do paciente que gerencie riscos assistenciais.

A identificação de riscos, no tocante à assistência à saúde, remete a Florence Nightingale, em 1854, durante a Guerra da Crimeia, em que havia preocupação com o ambiente, que culminou no isolamento de alguns pacientes, a fim de estabelecer critérios básicos de saúde (Brasil, 2017a). Na mesma época, o médico húngaro Ignaz Semmelweiss associou taxas maiores de infecção puerperal em puérperas atendidas por profissionais que não higienizavam suas mãos (Brasil, 2017a).

Mais de um século depois, em 1994, o relatório *Human error*, de James Reason, apontou teorias sobre a natureza dos erros humanos, e em 2000 tem-se a publicação, pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos, do relatório *To err is human*. Este relatório associou, pelo menos, 44 a 98 mil mortes, anualmente, nos Estados

Unidos, a eventos adversos durante a assistência em serviços de saúde (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000). No relatório não houve ênfase em profissionais de saúde, e sim em questões sistêmicas, como aponta o subtítulo “Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro” (St. Pierre *et al.*, 2022).

Mais de duas décadas depois da publicação do relatório *To err is human* (2000) reconhece-se que houve avanços rumo à melhoria da qualidade do atendimento de saúde dos Estados Unidos e em todo o mundo. Entre eles, citam-se mudanças significativas na política de saúde, investimentos em pesquisa e educação, e um foco crescente na cultura de segurança do paciente (St. Pierre *et al.*, 2022). A capacidade de aprendizado com as falhas durante a assistência é um dos conceitos ligados ao amadurecimento da Cultura de Segurança do Paciente, definida como o conjunto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos que determina o compromisso, o estilo e a proficiência no manejo da segurança dos pacientes em estabelecimentos de saúde (Brasil, 2013b) (Weng *et al.*, 2022).

Conquanto, os avanços em políticas de saúde, investimentos em pesquisas e o foco em cultura de segurança persistem insuficientes em muitos sistemas de saúde. No mundo, a magnitude dos danos e lesões associados a cuidados de saúde é vista pela OMS com grande preocupação, dado que essas ocorrências figuram entre as dez principais causas de morte e incapacidade experimentadas por pacientes, ao representarem, anualmente, 134 milhões de incidentes com dano, dos quais 2,6 milhões de mortes (WHO, 2019). No Brasil, a partir da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, revogada pela Portaria de consolidação nº 5 de 2017 (Brasil, 2017b), o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (Brasil, 2017b). Considerado um marco na atenção à saúde, o PNSP tem o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. O programa é estruturado em quatro eixos: 1. estímulo a uma prática assistencial segura; 2. Inclusão do tema no ensino; 3. Incremento de pesquisas sobre o tema; e 4. Envolvimento do cidadão na sua segurança (Brasil, 2017b).

Esse programa definiu estratégias e suporte para a implementação de práticas seguras em instituições de saúde, incluindo sistemas de notificação de incidentes e protocolos de segurança (Brasil, 2017b). Das diversas legislações publicadas a partir da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, destaca-se a Resolução nº 36 da Diretoria

Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que instituiu os Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) em serviços de saúde (Brasil, 2013b). Os NSPs necessitam da articulação entre os diferentes serviços da organização com o objetivo de elaborar, implementar e desenvolver o Plano de Segurança do Paciente local. Este, por sua vez, agrega estratégias e ações definidas pelo serviço para a execução das etapas de promoção, proteção e mitigação de incidentes associados à assistência à saúde, da admissão à alta, transferência ou óbito do paciente (Brasil, 2014).

Como resultado, e em consonância com a proposição pela Organização Mundial de Saúde das metas internacionais de segurança do paciente, houve a publicação de protocolos básicos de segurança do paciente no Brasil. Destaca-se o Protocolo de Prevenção de Quedas (Brasil, 2013c), que foi lançado com o intuito de reduzir as quedas e danos delas decorrentes nos pontos de assistência (Brasil, 2017b). Entre suas estratégias, está a implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, acompanhantes e profissionais (Brasil, 2017b).

Posteriormente, um grupo de especialistas na área de vigilância sanitária e segurança do paciente lançou a primeira versão do Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente (2015-2020) (Brasil, 2021b). Seu objetivo foi o de promover o desenvolvimento de ações conjuntas de monitoramento e investigação de incidentes entre as diferentes instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e os núcleos de segurança do paciente dos serviços de saúde do país (Brasil, 2021b; Morris *et al.*, 2022).

Uma inovação resultante foi a reorganização das práticas de monitoramento e investigação de incidentes por parte dos serviços de saúde e das diferentes instâncias do SNVS, que culminou no início da divulgação dos resultados da análise das notificações de incidentes nas esferas federal, estadual/distrital e municipal. Entre os incidentes, foram priorizadas as notificações de infecções relacionadas à assistência à saúde, dos eventos catastróficos, que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde (*never events*), eventos sentinela e daqueles eventos que prescindem de maiores esclarecimentos ou que resultaram em óbito (Brasil, 2021b).

Assim, o plano integrado abriu caminho para a análise da evolução do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e uma das vertentes foi a análise de notificações de incidentes recebidas pela Anvisa. No recorte temporal compreendido entre 2014 e 2018, observou-se aumento no número de notificações espontâneas de incidentes relacionados à assistência provenientes de estabelecimentos de saúde, na modalidade informatizada (Martins Andrade *et al.*, 2020). Essa informação foi considerada positiva, dada a ausência de uniformidade na cultura para a notificação de incidentes ligados ao processo assistencial, aliada ao fato de que, na época, apenas 50% das instituições de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde possuíam NSP constituído (Martins Andrade *et al.*, 2020).

Destarte, a observância de aumento na proporção de eventos com danos moderados, com redução da proporção de danos graves e óbitos, também constituiu um indicativo positivo (Martins Andrade *et al.*, 2020). Seguindo a tendência de aumento no número de notificações, entre dezembro de 2019 e novembro de 2020 houve 164.726 notificações de incidentes, em que prevaleceram as lesões por pressão, falhas envolvendo cateteres venosos e quedas de pacientes (Brasil, 2021b).

Além do número de notificações, o plano integrado da Anvisa incentiva o monitoramento de práticas de segurança nos serviços de saúde através da adesão aos protocolos de segurança do paciente (Brasil, 2021b). Isso se dá pelo preenchimento voluntário de um instrumento de autoavaliação das práticas de segurança do paciente por instituições de saúde (Brasil, 2021b). Embora a meta para o retorno de respostas fosse de 80%, os resultados da autoavaliação em 2019 apontaram que apenas 67% de hospitais do país com unidade de terapia intensiva responderam ao instrumento, o que motivou a publicação de uma nova edição do plano integrado (Brasil, 2021b).

Dessa forma, em 2021 o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - 2021-2025, nos moldes do seu antecessor, manteve a priorização na vigilância de *never events*, de incidentes relacionados à assistência à saúde e de eventos adversos que tenham resultado em óbito de paciente. Conquanto tenha destacado ações específicas voltadas a hospitais e serviços de diálise que prestam cuidados a pacientes renais crônicos (Brasil, 2021c).

Em um ambiente em que pacientes são rotineiramente frágeis sob os pontos de vista físico, emocional psicológico, o conceito de não causar nenhum dano a

pacientes na vigência de tratamentos de saúde ganhou ainda mais visibilidade com a publicação, em 2020, do Relatório *Safer Together*, voltado à segurança do paciente e à prestação de cuidados centrados nas pessoas no contexto assistencial norte-americano (NSC, 2020). Quase dez anos após a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que a segurança do paciente era a redução do risco de danos a patamares minimamente aceitáveis (OMS, 2011), o plano consiste de um plano nacional focado no desenvolvimento de uma cultura voltada à segurança, na coprodução de cuidados em saúde, amparada no envolvimento de pacientes e acompanhantes no processo, na segurança da força de trabalho e no fomento ao aprendizado organizacional em prol da melhoria contínua (NSC, 2020; Gandhi; Feeley; Schummers, 2020; WHO, 2021).

Os danos evitáveis decorrentes da assistência à saúde passaram a incluir os de ordem física, psicológica, emocional, moral, econômicos e sociais a pacientes e à força de trabalho (NSC, 2020), além dos danos oriundos da falta de cuidado a pacientes, familiares e profissionais de saúde. Entre situações que possam resultar em danos psicológicos, emocionais e morais, os autores citam aquelas que envolvem comentários desrespeitosos, prestação de cuidados sem respeito à privacidade, falhas no processo de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, além da prestação de cuidados com desigualdade racial (NSC, 2020).

Embora tenha havido progresso no entendimento acerca da sua evitabilidade, incidentes e eventos adversos continuam a ocorrer, enquanto a assistência à saúde persiste com graus de confiabilidade aquém dos esperados (Dal Pai *et al.*, 2020).

Evidências não faltam sobre os benefícios de cuidados centrados nas pessoas, da parceria com pacientes, acompanhantes e familiares para a obtenção de melhores resultados e experiências, e da promoção de ambientes de trabalho mais seguros e produtivos para os profissionais de saúde (Gandhi *et al.*; 2018). O engajamento e o empoderamento do paciente são, provavelmente, a ferramenta mais potente para a melhoria da segurança do paciente (WHO, 2021).

No cenário brasileiro, a Política Nacional de Humanização é um dos dispositivos que conecta cidadãos aos sistemas de saúde e que reconhece a necessidade de inclusão e protagonismo de pacientes nos processos assistenciais (Brasil, 2013c). Um dos seus objetivos é o enfrentamento coletivo de dificuldades a que os cidadãos estão sujeitos em relação à qualidade e dignidade no cuidado em

saúde, mesmo que seus pontos de vista possam ser divergentes dos de gestores e trabalhadores em saúde (Brasil, 2013c).

Outra estratégia voltada ao engajamento de pacientes e cidadãos no gerenciamento de sua saúde, da sua família e da sua comunidade é a Estratégia em Saúde Digital 28 (ESD28). Embora um dos pontos do cuidado centrado no paciente seja entendido como a tomada de consciência e envolvimento de pacientes e acompanhantes nos cuidados de saúde, essa ainda não é uma realidade na maioria das instituições hospitalares no Brasil. Embora o engajamento envolva processos que vão da sensibilização à adoção e a mudanças de comportamento que causem impacto, os mecanismos que garantam adesão ou “viralização” são ainda pouco conhecidos (Brasil, 2020, grifo do autor).

Conquanto, há quase uma década já se discutem as barreiras para uma efetiva parceria entre pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, com menção à fragmentação e cultura paternalista na prestação de cuidados de saúde, desenhos deficitários de processos e envolvimento pouco frequente de pacientes e famílias nos esforços de codesign (Souza; Hoffmeister; Moura, 2022).

Entretanto, deve-se reconhecer a complexidade das instituições de saúde, quando comparadas a outras modalidades empresariais (Vincent; Amalberti, 2016). Nesses cenários, algumas questões ligadas à cultura de segurança estão relacionadas à qualidade, como a resposta não punitiva a erros, notificação/*feedback* sobre falhas notificadas e confiança nas medidas preventivas (Vincent; Amalberti, 2016; WHO, 2019; Hessels *et al.*, 2019). Apesar da complexidade dos sistemas envolvidos, o fortalecimento da cultura de segurança tem sido associado à melhores desfechos assistenciais, a partir do compartilhamento de experiências, da comunicação e da confiança nas medidas preventivas (Hessels *et al.*, 2019). É digno de nota que, aos poucos, o conceito de jornada do paciente-cidadão no sistema de saúde vem sendo consolidado, à medida em que conceitos associados à prevenção de doenças têm ganhado espaço. Como exemplos, hoje pacientes e acompanhantes têm exigido mais informações, atendimento integral e integrado e estão atentos à necessidade de comunicação eficaz entre os pontos de transição. (Vincent; Amalberti, 2016). Na mesma linha, conceitos de segurança do paciente e risco de falhas assistenciais estão presentes na mídia frequentemente, e acidentes com quedas já não são vistos como eventos esperados em instituições de saúde.

## 2.2 QUEDAS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

As quedas podem ser definidas como eventos não intencionais que resultaram em deslocamento do paciente para o chão ou para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial (WHO, 2007). Estima-se a ocorrência de 1.000.000 de quedas anualmente nos Estados Unidos, e os gastos decorrentes ultrapassariam 30 bilhões de dólares (Fehlberg *et al.*, 2017). Apesar de sua ocorrência mundial, países em desenvolvimento contribuem com 80% do total de incidentes notificados, cujos danos podem incluir fratura de quadril, hemorragia cerebral e morte (WHO, 2021).

No Brasil, esses incidentes representam um percentual significativo entre os demais incidentes de segurança do paciente notificados nas instituições hospitalares, ocupando o terceiro lugar entre todos os incidentes notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, entre os anos de 2014 e 2019 (Silva *et al.*, 2020). Entre os incidentes que resultaram em óbitos no período de setembro de 2020 a agosto de 2021, as quedas de pacientes representaram o terceiro lugar (Brasil, 2021b).

O indicador utilizado pelo Ministério da Saúde (MS) para mensurar esse evento adverso em hospitais é o “Índice de quedas [(nº de eventos/ nº de paciente-dia)\*1000]”, isto é, a razão entre o número de quedas em determinado período e o total de pacientes/dia no período correspondente, multiplicado por 1.000 (Brasil, 2013c). A depender das práticas de cuidado e sensibilidade dos sistemas de notificação de incidentes, tipos de instituições e populações atendidas, os índices podem variar. A título de comparação, em hospitais brasileiros alguns autores citam de 1,7 a 7,2 casos para cada 1000 pacientes/dia (Prates *et al.*, 2017; Souza, 2014), enquanto outros apresentam valores entre 1,4 e 13 ocorrências para cada 1000 pacientes/dia (Luzia *et al.*, 2019). Seus custos financeiros podem variar desde R\$ 1.700,00 para atendimentos por paciente no SUS até R\$ 24.000,00 para atendimentos por pacientes em operadoras de saúde, quando de fraturas de colo de fêmur (Pasa *et al.*, 2017; Alves; Colichi; Lima, 2023).

Existem fatores intrínsecos e extrínsecos que podem contribuir para a ocorrência desse incidente de segurança do paciente. Entre os intrínsecos, citam-se idade, tonturas e perdas de equilíbrio, incontinência e idade, além da redução nas acuidades visual e auditiva (Avanecean *et al.*, 2017; Cameron *et al.*, 2018). Existe associação da menor acuidade visual e auditiva com a ocorrência de quedas, e

melhorias no conhecimento dessas condições por profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes, resultantes de pesquisas como a de Ximenes *et al.* (2022), reiteram sua importância mediante o fornecimento de orientações e contribuem significativamente para a não ocorrência de quedas, visto que pacientes nestas condições apresentam dificuldades na identificação de obstáculos. A seu tempo, os fatores extrínsecos incluem aspectos ambientais, como piso úmido, cabos soltos, dispositivos e mobiliário inadequado (Avanecean *et al.*, 2017; Cameron *et al.*, 2018).

Por outro lado, as quedas podem ser categorizadas em acidentais, fisiológicas antecipadas e fisiológicas imprevistas. As de origem acidental são ocasionadas pela presença de obstáculos no ambiente, derramamento de líquidos, uso de calçados inadequados e pela impossibilidade de pacientes pedirem ajuda quando esta for necessária (Dykes; Hurley, 2021). Entretanto, quedas fisiológicas antecipadas incluem as ocasionadas por condições físicas, e são consideradas altamente preveníveis, diferente das fisiológicas imprevistas, ligadas a quadros agudos desconhecidos ou emergências, que correspondem a menos de 10% das ocorrências (Dykes; Hurley, 2021). Diante disso, estima-se que apenas 10% das ocorrências sejam inevitáveis, ligadas a quadros fisiológicos imprevistos (Avanecean *et al.*, 2017).

As pesquisas na temática, especialmente até antes dos anos 2000, se concentraram nos fatores relacionados com a sua ocorrência. A partir desses estudos, depreendeu-se a importância de questões como o histórico de quedas, ainda que em domicílio, das instabilidades de marcha por questões mecânicas ou metabólicas, e também de questões ligadas à incontinência ou aumento de frequência urinária, além do uso de medicamentos, especialmente os sedativos, por parte dos pacientes (Dykes; Hurley, 2021). Em relação ao uso de medicamentos, um estudo do tipo caso-controle, com mais de 6300 pacientes que sofreram queda hospitalar, apontou sete classes como estatisticamente significativas ( $P < 0,001$ ) no aumento do índice de queda de um paciente internado, com destaque para medicamentos antipsicóticos, benzodiazepínicos e antidepressivos diversos (Warren *et al.*, 2023).

Embora a maior parte das lesões provocadas pelas quedas seja de menor gravidade, trazem dor e desconforto, além de levar à perda de independência do paciente, especialmente, se for idoso (Souza *et al.*, 2022). Os idosos são os principais acometidos por quedas em instituições de saúde, provocadas, entre outros, fatos pela senilidade e senescência, dor, uso de múltiplos medicamentos e doenças crônicas (Silva; Costa; Reis, 2019).



Heng *et al.* (2021) e Gonçalves *et al.* (2023) alertam para o fato de que riscos de queda percebidos e riscos de queda reais de pacientes podem ser discrepantes. Em adição, os relatos de recebimento de orientações preventivas de quedas variaram muito entre participantes, e algumas foram consideradas inconsistentes (Heng *et al.*, 2021; Gonçalves *et al.*, 2023).

Da mesma forma que os estudos sobre os fatores implicados na ocorrência de quedas, os estudos sobre escalas avaliativas que predizem seu risco estão bem estabelecidos (Avanecean *et al.*, 2017; Nakanishi *et al.*, 2021). O uso de escalas avaliativas para estimativa do risco de quedas constitui uma ferramenta útil, como ponto de partida para a avaliação de riscos, prescrição e implantação de medidas preventivas.

A Escala de Queda de Morse (EQM) (do inglês, *Morse Fall Scale* – MFS) objetiva identificar pessoas com risco para quedas, com base na avaliação de seis itens, a saber: histórico de quedas; diagnóstico de outras doenças; auxílio para andar; uso de medicamentos intravenosos; caminhada; e estado mental. Sua pontuação máxima atinge 140 pontos, embora pacientes com 45 ou mais pontos sejam considerados como de risco alto para quedas (Urbanetto *et al.*, 2013). A tradução e adaptação da MFS para o português se deram através de sete etapas, mediante contato prévio de pesquisadores brasileiros com sua idealizadora, Janice Morse (Urbanetto *et al.*, 2013). Uma vez discutida a equivalência semântica entre termos dos dois idiomas, procedeu-se à atribuição do grau de dificuldade em cada item, seguida pelo consenso dos tradutores, em que foi priorizada a tradução de sentido e não de literalidade dos termos constantes na MFS.

Quanto à capacidade de prevenção, a MFS foi capaz de prever o risco de ocorrência e possibilitar a prevenção de 78% das quedas hospitalares (Silva, 2018). Pode haver diferenças entre perfis de pacientes e respectivos escores obtidos na aplicação da MFS ou outras escalas avaliativas preditivas de risco de quedas (Ximenes *et al.*, 2022). Como exemplo, tem-se a ferramenta de avaliação de risco de queda da Johns Hopkins que, apesar de útil à avaliação multifatorial do risco de queda em pacientes acometidos por condições agudas, apresenta resultados discordantes em públicos diversos (Strini; Schiavolin; Prendin, 2021). Naturalmente, durante o emprego de escalas de identificação de risco de quedas, alguns pacientes podem receber classificação correspondente a um menor risco em relação a outros, contudo, a avaliação diária das condições clínicas deve ser personalizada, de modo a guiar o

planejamento de ações preventivas e as intervenções correspondentes (Dykes *et al.*, 2020). Embora não haja impedimento ao uso de outras, a MFS, pelas razões apontadas, é a escala sugerida para uso no Programa *Fall* TIPS.

Outra escala utilizada em âmbito hospitalar é a Escala de Henrich II adaptada, cuja sensibilidade é de 78,72%, e com especificidade de 64,07% no escore de risco. Essa escala avalia itens no paciente como a presença de confusão/desorientação, depressão, eliminação alterada, tontura/vertigem, seu sexo, qualquer prescrição de medicamentos passíveis de causar alterações de marcha, incluindo antiepiléticos ou benzodiazepínicos, além de incluir testes de caminhada (Hendrich; Bufalino; Groves, 2020).

Entretanto, ainda que um sistema de pontuação tenha validade para estimar escores de risco, os resultados podem, eventualmente, recair em padrões uniformes para todos os pacientes, de modo que a combinação e correlação entre os sintomas clínicos nos indivíduos podem ser negligenciadas (Nakanishi *et al.*, 2021).

Pensando nisso e na possibilidade de incidência de falhas humanas durante o processo de avaliação, especialmente na população idosa, pesquisadores desenvolveram uma tecnologia baseada em algoritmos, sempre a partir de quadros clínicos compatíveis com *delirium* (Nakanishi *et al.*, 2021). Inicialmente um algoritmo foi gerado usando nove fatores de risco e, na sequência, foram criados quatro níveis de classificação de risco: baixo, moderado, alto e muito alto. Os fatores de risco combinados foram o *delirium*, histórico de queda, uso de dispositivo de auxílio para a deambulação, marcha cambaleante, problemas de compreensão, fraqueza muscular dos membros inferiores, micção noturna, uso de medicamentos para dormir e presença de dispositivos ou sondas. No estudo, foram incluídos 56.911 pacientes internados entre 2017 e 2018 para o grupo de dados de treinamento e, na sequência, o algoritmo foi validado com 57.929 pacientes internados entre 2018 e 2019. É importante observar que o algoritmo pode ser usado tanto para identificação inicial do risco, quanto para identificação de mudanças nesse perfil ao longo do tempo de internação. Isso porque prevê uma reavaliação em cada ponto de transição do cuidado (Nakanishi *et al.*, 2021).

Destarte, a literatura apresenta outras tecnologias envolvidas na prevenção de quedas, entre elas, os sensores vestíveis (*wearable sensors*) e ambientais (*ambient sensors*). Os sensores vestíveis são dispositivos eletrônicos em miniatura, aplicados diretamente sobre a pele ou sobre a roupa, usualmente conectados a *smartphones*,

cuja principal funcionalidade é a emissão de alertas de movimentos e deslocamentos de quem os utiliza. Podem se apresentar em forma de câmeras, sensores de pressão, radar, infravermelho, entre outras (Nascimento; Silva; Juchem, 2022). Ainda que não exista consenso sobre qual a melhor modalidade para a prevenção de quedas, esses dispositivos normalmente são fixados em regiões do corpo como cabeça, pé, tornozelo e especialmente tronco/peito, com destaque para essa última região (Nascimento; Silva; Juchem, 2022).

Os sensores vestíveis podem ser combinados a outra modalidade, formada pelos sensores ambientais ou *ambient sensors*, na forma de sensores infravermelho e de temperatura, interruptores de porta, faixas de pressão, entre outros. Isso permite a correlação entre movimentos, deslocamentos e eventuais quedas com seu local de ocorrência, o que contribui para que pacientes, especialmente idosos, tenham mais segurança e suporte por meio de monitoramento, detecção de movimentos e assistência emergencial pessoalmente ou através de orientações a usuários por telefone (Nascimento; Silva; Juchem, 2022). Embora as estratégias que se utilizam de tecnologias de imagem possam trazer avanços na prevenção de quedas, não há consenso sobre seu uso (Morris *et al.*, 2022). Sua implantação tem restrições legais aliadas a dificuldades de aceitação por parte de pacientes, notadamente pelo sentimento de exposição de sua intimidade (Alves; Colichi; Lima, 2023). Destarte, essas modalidades não envolvem o paciente e ainda reforçam sua passividade, ao delegar a prevenção de quedas à tecnologia.

Enquanto o emprego de ferramentas sensoriais não compõe a realidade da maior parte das instituições de saúde no Brasil, no campo da tradução do conhecimento esforços têm sido envidados para interligar pesquisa e prática profissional, além de promover mudanças de comportamento. Assim, a busca e tradução de evidências científicas que subsidiem a disseminação de informações em saúde remete ao termo “conjunto ou *kit* de ferramentas”. Ao incluírem diferentes combinações e estratégias multifacetadas que envolvem materiais educacionais como modelos, folhas de instruções, revisões de literatura, vídeos e material de divulgação impressa ou eletrônica, os *kits* de ferramentas estão se tornando cada vez mais populares como modalidades de tradução do conhecimento e disseminação de informações sobre saúde, úteis a diferentes públicos e em todo o processo de implementação de novas práticas (Thoele *et al.*, 2020).

Em revisão sistemática sobre as melhores estratégias para a redução de quedas em hospitais, Morris *et al.* (2022) sugeriram que abordagens educativas de pacientes, acompanhantes e profissionais têm bons resultados, como parte de um conjunto de intervenções multifatoriais (Ximenes *et al.*, 2022). Entre as estratégias educacionais estão a fixação de placas de alerta; entrevistas e sessões de orientação individual; panfletos e fichas educativas para prevenção de quedas; uso de aplicativos e outras tecnologias (Bittencourt *et al.*, 2021).

Entre as estratégias que podem auxiliar na prevenção de quedas hospitalares para intervenção clínica (Alves; Colichi; Lima, 2023) está o Programa *Fall TIPS*, apoiado por mais de uma década de pesquisa e descrito em mais de 20 manuscritos revisados por pares. Os programas baseados em evidências resultam de testes rigorosos de funcionamento e do emprego de grandes conjuntos de dados que atestam sua eficácia ao longo do tempo (Nolt; Leviton, 2023).

### 2.3 PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS *FALL TIPS*

Autores na temática de prevenção de quedas apontam para a necessidade de inclusão de pacientes e acompanhantes em processos voltados à identificação de riscos e à proposição de ações preventivas (Dykes *et al.*, 2010; Avanecean *et al.*, 2017; Duckworth *et al.*, 2019; Christiansen *et al.*, 2020; Dykes *et al.*, 2020). As fragilidades na comunicação entre pacientes, acompanhantes e equipe de saúde são apenas alguns dos fatores que precisam ser tratados (Dykes; Hurley, 2021) ao se reconhecer a insegurança na prestação de cuidados de saúde e dividir entre os envolvidos as preocupações e responsabilidades, especialmente a partir do engajamento de pacientes pela sua própria segurança assistencial (WHO, 2021).

Considerando essas e outras lacunas, uma equipe do Hospital *Brigham and Woman's*, da *Harvard Medical School*, em Boston, Estados Unidos, iniciou em 2010 um programa de prevenção de quedas para uso em instituições de saúde, com base em evidências, o *Fall TIPS* (Dykes *et al.*, 2019a; *Fall T.I.P.S.*, 2023). A incorporação do envolvimento do paciente na equação de prevenção de queda é o foco de evidências primárias (Duckworth *et al.*, 2019; Dykes *et al.*, 2017). Pesquisas de mais de uma década culminaram com o aprimoramento de ícones e informações constantes no pôster laminado, ferramenta de menor custo em comparação com versões eletrônicas. Isso proporciona uma comunicação facilitada com pacientes e

acompanhantes (Dikes, Hurley, 2021; Dykes *et al.*, 2021). Assim, foram implementadas ações de educação dos pacientes e acompanhantes, avaliação conjugada de risco, estratégias multiprofissionais abrangentes e tecnologias da informação (Wachter, 2013).

No seu projeto de avaliação de impacto, sob a perspectiva da ciência da implementação, foi adotada a estrutura RE-AIM, que significa “reach” (alcance), “effectiveness” (efetividade), “adoption” (adoção), “implementation” (implementação), e “maintenance” (manutenção) (Glasgow; Vogt; Boles, 1999; Dykes *et al.*, 2020). Nas unidades hospitalares em que as intervenções foram aplicadas, em comparação com unidades-controle, registrou-se redução entre 15 e 25% no número de quedas entre pacientes jovens (Dykes *et al.*, 2018; Carter *et al.*, 2020; Dykes *et al.*, 2020). Ainda, houve 34% menos quedas com danos em pacientes mais velhos (Dykes *et al.*, 2020). Esses achados divergiram de estudo anterior, em que a adoção do programa foi associada à redução de quedas em pacientes mais velhos, sem diferença na taxa de danos associados (Dykes *et al.*, 2010).

Os benefícios do programa proposto são provenientes da conversão dos resultados das escalas avaliativas preditivas do risco de queda em um plano de cuidados consistente e acessível (Dykes *et al.*, 2018). Nele, os pacientes não são rotulados como de baixo, médio ou alto risco, porque mesmo os de baixo risco caem (Dykes; Hurley, 2021). Sobremaneira, o plano de cuidados deve ser capaz de refletir a singularidade do indivíduo hospitalizado em detrimento de abordagens que se utilizam de um conjunto de medidas de prevenção de quedas iguais para todos os pacientes (Dykes; Hurley, 2021). Reconhece-se que pode haver desperdício do tempo de profissionais e banalização de medidas preventivas, quando estas não se aplicam à realidade do paciente (Dykes; Hurley, 2021).

No Programa *Fall* TIPS as concepções de engajamento de pacientes e acompanhantes nos cuidados de saúde estão relacionadas ao uso de ferramentas à beira do leito, desenvolvidas em colaboração com os pacientes e voltadas a melhorar a qualidade e a segurança no que se refere à prevenção de quedas hospitalares (Newman *et al.*, 2021; Sarkhosh; Abdi; Ravaghi, 2022).

O programa está implantado em mais de 200 instituições de saúde no mundo (Dykes; Hurley, 2021) e está alinhado a um movimento mundial em prol da Segurança do Paciente, proposto pela Organização Mundial da Saúde. Nesse movimento, pacientes e acompanhantes são incentivados a participar do seu cuidado e da tomada

de decisões em saúde (Davidson *et al.*, 2017). Historicamente, a partir da carta de Ottawa, em 1986, e antes do ganho de notoriedade do cuidado centrado no paciente e da discussão de temas ligados à segurança assistencial desse público, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já reconhecia a importância da participação ativa de acompanhante e família nos cuidados em saúde (Cruz; Pedreira, 2020).

Processos de cuidado centrados nas pessoas têm foco no atendimento ao paciente, consideram suas crenças e valores e procuram envolvê-lo, de maneira a compartilhar a tomada de decisões e suprir suas necessidades (Bombard *et al.*, 2018; Newman *et al.*, 2021). Trabalhar com as crenças e valores do paciente está intimamente ligado ao compartilhamento da tomada de decisões, pois os enfermeiros facilitam a participação do paciente, fornecendo informações e integrando novas perspectivas na prática.

Em documento denominado Aliança Global para a Segurança do Paciente, em 2005 (Brasil, 2017a), e publicações subsequentes (WHO, 2013), já havia o entendimento da relação respeitosa, igualitária e complementar entre pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde para a prestação de cuidados em saúde. Nessa linha, apresenta-se a convergência com o PNSP brasileiro, que considera familiares e acompanhantes como parceiros nos esforços para a prevenção de falhas e danos em serviços de saúde (Brasil, 2017c).

Assim, a participação de pacientes e acompanhantes pressupõe seu preparo e engajamento para essa atividade, e isso se justifica pelo desconhecimento dos próprios riscos e eventual descrédito face à possibilidade de sofrer uma queda no hospital (Dykes *et al.*, 2020; Heng *et al.*, 2021). Entendeu-se que a inclusão de pacientes na avaliação de risco e no desenvolvimento de seu plano de prevenção aumenta a probabilidade de que acreditem nos riscos de quedas no hospital e tenham adesão a seu plano de prevenção (Dykes *et al.*, 2020).

Um dos temas a serem trabalhados engloba a compreensão, por esses agentes, de que o ambiente hospitalar é propício para a ocorrência de quedas. Igualmente importante é o seu preparo para o reconhecimento dos fatores envolvidos e sobre a importância das quedas como incidentes de segurança do paciente que precisam ser notificados, não omitidos (Duckworth *et al.*, 2019).

Assim, o Programa *Fall* TIPS aposta na prestação de cuidados centrados no indivíduo, em um ambiente terapêutico que ofereça cuidados seguros, baseados em relações colaborativas e na tomada de decisões de maneira efetivamente

compartilhada (Esguerra, 2020). Um dos focos do programa está na desmitificação de que cair em ambiente hospitalar é algo natural e inevitável e, ao tratar disso, o programa direciona a atenção de pacientes e acompanhantes também para a comunicação/notificação de quedas ocorridas em ambiente hospitalar.

O fato é que muitos desses acidentes nem chegam ao conhecimento de profissionais de saúde e responsáveis por programas de prevenção de incidentes nas instituições de saúde. Com isso, contribui-se também para a melhoria nos registros de incidentes hospitalares iniciativa de grande relevância em prol da segurança do paciente. Além disso, o programa fomenta a melhoria na comunicação entre os diferentes membros da equipe, especialmente, no que se refere à maior visualização de riscos para quedas e estratégias personalizadas de prevenção, as quais passam a constar em local visível à beira do leito (*Fall T.I.P.S*, 2023).

Sobre os diferentes meios para o engajamento de pacientes e acompanhantes, a comunicação clara e com abertura a perguntas encabeça a lista, uma vez que oportuniza um ambiente de confiança e pode servir de estímulo para que pacientes e acompanhantes realmente se sintam parte do processo (Oxelmark *et al.*, 2018). Além da comunicação, esses autores pontuam o compartilhamento de informações e a delegação cuidadosa de atividades como gatilhos para o envolvimento de pacientes e acompanhantes (Oxelmark *et al.*, 2018). Destaca-se que essas estratégias se mostram efetivas quando decisões práticas são tomadas à beira do leito e não apenas comunicadas posteriormente a pacientes e acompanhantes (Oxelmark *et al.*, 2018).

Dessa forma, o Programa *Fall* TIPS, em implementação pioneira no Brasil, reúne características que, ao promoverem o engajamento de pacientes e acompanhantes em cuidados preventivos, buscam mitigar a ocorrência de quedas em instituições de saúde. Em duas revisões de literatura, realizadas entre os anos de 2017 e 2017 (Avanecean *et al.*, 2017; Alves; Colichi; Lima, 2023), o programa destacou-se por suas facilidades de uso, orientação para as necessidades específicas de cada paciente e por ter sido o primeiro programa dessa natureza a apresentar resultados significativos (25%) na redução de quedas entre pacientes expressa em um ensaio clínico randomizado (Dykes *et al.*, 2019b). O estudo em questão, conduzido por Dykes *et al.* (2010) em quatro instituições hospitalares, teve a participação de 10.264 pacientes acometidos por patologias agudas dos Estados Unidos (Dykes *et al.*, 2010). Para além da realidade americana, são referidas experiências exitosas em

mais de 200 hospitais no mundo, incluindo Canadá, China e Taiwan (Dykes; Hurley, 2021).

Ao contribuir para a prevenção de quedas, o *Fall TIPS* contribui também para o amadurecimento da cultura de segurança do paciente, especialmente, por suas características de engajamento de pacientes e acompanhantes, aprimoramento dos processos de comunicação entre os envolvidos e aprendizado com as falhas (Weng *et al.*, 2022). A promoção de aprendizado participativo entre profissionais, pacientes e acompanhantes tem sido pauta frequente em programas contemporâneos voltados à segurança do paciente (Cruz; Pedreira, 2020).

No Programa *Fall TIPS* são considerados aspectos ligados à cultura institucional e ao exercício da liderança, em que os enfermeiros são considerados profissionais-chave (*Fall T.I.P.S*, 2023). Ao integrarem a equipe multiprofissional, merecem destaque seu protagonismo na capacitação de profissionais, seu compromisso com a prevenção de quedas e dos demais incidentes de segurança do paciente e suas atividades de liderança no programa.

Entre os estilos de liderança, a transformacional (Rached; Santos; Ferreira, 2020) é reconhecida por ações transformadoras, capazes de melhorar a percepção dos indivíduos sobre o valor das atividades realizadas e do trabalho, para que se envolvam efetivamente com a causa proposta e atuem em prol do alcance de suas metas. Os momentos de encontro do líder com a equipe podem ser oportunidades para construir uma relação interpessoal, pautada na segurança, diálogo e respeito (Andrade, 2022). Ao mesmo tempo, podem ser verdadeiros convites para que os membros da equipe sejam incentivados a atingir as metas em favor do coletivo, para além de seus próprios interesses (Andrade, 2022).

Os idealizadores do Programa *Fall TIPS* entendem a liderança transformacional como o aporte teórico indicado para a implementação do programa, pois este estilo de liderança se propõe a fomentar mudanças nas culturas organizacionais e a contribuir na adoção de novas práticas (Dykes *et al.*, 2017). No programa, ao líder cabe atuar com o intuito de inspirar e motivar mudanças de cultura organizacional, a partir de estratégias inovadoras para a prevenção de quedas e que promovam o engajamento de profissionais de saúde, dos pacientes e acompanhantes em um cuidado que seja voltado às necessidades do paciente (Andrade, 2022).

Isso implica em construir relações genuínas de codesenho ou coprodução mediante o estabelecimento de relações autênticas e transformacionais, as quais



demandam presença, prudência, habilidades de escuta e a coragem de mostrar vulnerabilidade. Para Hilton e Anderson (2018) isso implica em reconhecer as diferenças entre as pessoas e seus pontos de vista, e criar uma relação na qual o verdadeiro eu e os pensamentos de cada membro possam se apresentar, resultando em um compromisso e na abertura mútua a possíveis mudanças (Hilton; Anderson, 2018). Segundo os autores, as relações transformacionais diferem das transacionais na medida em que nesta última as pessoas são convidadas a contribuir em alguma causa, porém suas contribuições são meramente simbólicas, visto que servirão apenas para atribuir crédito a uma decisão previamente tomada e, portanto, não serão levadas em conta (Hilton; Anderson, 2018).

Assim, a partir do aporte teórico representado pela liderança transformacional, as ferramentas e instrumentos para a educação de pacientes, colaboradores e gestores, além dos resultados da implementação do Programa *Fall* TIPS em diversas instituições hospitalares em nível mundial podem ser observados em uma plataforma digital (*Fall* T.I.P.S, 2023).

As ferramentas constituem o conjunto de formulários, *checklists* e pôster laminado, digital ou acoplado ao prontuário eletrônico, destinado a orientar as ações dos agentes na implementação e monitoramento do programa *Fall* TIPS (Dykes *et al.*, 2009a; Dykes, 2019b). Por sua vez, os instrumentos são tecnologias educacionais compostas por vídeos, *podcasts*, infográficos e materiais diversos utilizados na atuação dos agentes dentro do programa.

A disponibilidade de ferramentas e instrumentos confere segurança e fidedignidade ao programa original durante a implementação em realidades diversas, uma vez que inclui avaliações de risco junto a pacientes e acompanhantes, o processo de abordagem, engajamento e educação desses agentes sobre o risco de queda e fatores associados, passos para a avaliação do envolvimento do paciente, treinamento dos líderes em liderança de transformação e treinamento do pessoal em estratégias de prevenção de quedas centradas no paciente (*Fall* T.I.P.S, 2023; Dykes *et al.*, 2019a). O Quadro 1 apresenta agentes, definições e ferramentas no Programa *Fall* TIPS Brasil:

Quadro 1 - Agentes, definições e ferramentas no Programa *Fall* TIPS Brasil

(continua)

Agente	Definição	Ferramenta(s) <i>Fall</i> TIPS
<i>Champions</i>	Multiplicadores do Programa <i>Fall</i> TIPS, em geral enfermeiros de diferentes serviços e que executam atividades direcionadas para a prevenção de quedas e de sensibilização da equipe multiprofissional, dos pacientes e acompanhantes (Fall T.I.P.S, 2023).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferramenta 1 - Pôster laminado</li> <li>• Ferramenta 4 - Escala de Morse</li> <li>• Ferramenta 7 - Guia para uso do pôster laminado</li> <li>• Ferramenta 8 - Guia eletrônico</li> <li>• Ferramenta 9 - Instruções para a realização das auditorias</li> <li>• Ferramenta 11 - Guia para confiabilidade no processo de auditorias</li> <li>• Ferramenta 12 – Avaliação/Classificação do progresso da implementação <i>Fall</i> TIPS</li> <li>• Ferramenta 13 - Guia assistentes</li> <li>• Ferramenta 14 - Prevenção de queda abordagem paciente 1</li> <li>• Ferramenta 15 - Prevenção de queda abordagem paciente 2</li> <li>• Ferramenta 17 - Por que a Escala de Morse</li> <li>• Ferramenta 20 - <i>Checklist</i> multiplicador/<i>champion</i></li> </ul>
Gestores do hospital	Pessoas ligadas à gestão, em níveis estratégicos (Fall T.I.P.S, 2023). Pode incluir integrantes de comitês e comissões ligados à segurança do paciente e gestão de riscos assistenciais, a depender da realidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferramenta 21 - <i>Checklist</i> gestão de enfermagem</li> </ul>
Líderes	Profissionais com papéis de liderança em unidades ou serviços, que podem ter funções de chefia ou serem designados por alguém que detenha esse título. Ao líder cabem decisões sobre a prontidão para a mudança, identificação e engajamento de <i>champions</i> , bem como definição de expectativas de mudanças representadas pelo Programa <i>Fall</i> TIPS (Fall T.I.P.S, 2023).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferramenta 18 - Análise lacunas</li> <li>• Ferramenta 6 – <i>Checklist</i> da Prontidão para a implantação</li> <li>• Ferramenta 10 – Avaliação/Classificação de sucesso após a implementação</li> <li>• Ferramenta 16 - Formulário de análise <i>Swot</i> do <i>Fall</i> TIPS</li> <li>• Ferramenta 19 - Pontos abordados capacitações</li> <li>• Ferramenta 22 - <i>Checklist</i> implantação</li> </ul>

Quadro 1 - Agentes, definições e ferramentas no Programa *Fall* TIPS Brasil

(conclusão)





















Agente	Definição	Ferramenta(s) <i>Fall</i> TIPS
Pacientes e acompanhantes	Pacientes são indivíduos participantes do sistema de cuidados de saúde com o propósito de receber procedimentos terapêuticos, diagnósticos ou preventivos (DeCS, 2023). No contexto do programa se encontram em regime de internação hospitalar. Podem estar acompanhados por familiares e/ou amigos, e/ou cuidadores que vivenciam o processo de internação junto com o paciente (Saito <i>et al.</i> , 2013).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferramenta 1 - Pôster laminado</li> </ul>
Profissionais de saúde	Equipe constituída por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, equipe de enfermagem de nível médio, fonoaudiólogos, odontólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferramenta 1 - Pôster laminado</li> <li>• Ferramenta 2 - Folha de instrução para enfermeiros</li> <li>• Ferramenta 3 - Equívocos</li> <li>• Ferramenta 4 - Escala de Morse</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Gonçalves (2020a).

Legenda: *Fall* TIPS - *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety*.

O pôster laminado (Figura 1), que pode ser usado à beira do leito, seja para envolver pacientes e acompanhantes ou mesmo para reforçar o plano de prevenção de quedas, foi construído colaborativamente entre os agentes, contribuindo, assim, para o aumento da probabilidade de adesão ao programa (Dykes *et al.*, 2018). Outras duas modalidades em formato eletrônico estão disponíveis: uma atrelada a um monitor para uso à beira do leito e outra diretamente ligada ao prontuário eletrônico do paciente (Duckworth *et al.*, 2019).

Figura 1 - Pôster laminado do Programa *Fall TIPS*

Nome do Paciente :		Data:	
 <b>Risco aumentado de lesão se você cair</b> <input type="checkbox"/>		<b>Intervenções relacionadas à queda</b> (selecção com um círculo baseado na cor)	
<b>Risco de queda</b> (assinalar todas que se aplicarem)			
 <b>História de queda</b> <input type="checkbox"/>	 	<b>Dispositivos para deambulação</b>    <b>Muletas</b> <b>Bengalas</b> <b>Andador</b>	
 <b>Efeitos colaterais de medicamentos</b> <input type="checkbox"/>	<b>Assistência com Medicação Intravenosa ao deambular</b> 	<b>Horário para uso do banheiro: Cada ___ horas</b>    <b>Comadre</b> <b>Auxílio com a cadeira para banho</b> <b>Auxílio no Banheiro</b>	
 <b>Dispositivos para deambulação</b> <input type="checkbox"/>	<b>Alarme do leito ligado</b> 	<b>Auxílio para sair do leito</b>    <b>Reposso no leito</b> <b>1 pessoa</b> <b>2 pessoas</b>	
 <b>Suporte para soro ou equipamento</b> <input type="checkbox"/>	<small>Fall TIPS ©Brigham &amp; Women's Hospital 2016; do not alter without written permission.</small>		
 <b>Marcha Instável</b> <input type="checkbox"/>			
 <b>Pode esquecer ou escolher não chamar</b> <input type="checkbox"/>			

Fonte: Gonçalves (2020b, não p.).

Assim, este recurso educativo conta com espaço para inclusão de nome do paciente, data e opção para que seja assinalado o risco aumentado para a ocorrência de queda. Conta ainda com uma parte em que é possível o preenchimento, por meio de caneta hidrográfica, de riscos específicos do paciente, como histórico de queda e uso de medicamentos passíveis de efeitos colaterais predisponentes de queda (Dykes *et al.*, 2018).

Dykes e colaboradores (Dykes *et al.*, 2010; Dykes *et al.*, 2021) descrevem três etapas para a prevenção de quedas em instituições de saúde, em que o pôster laminado deve ser usado. A primeira é a triagem e a avaliação de pacientes sob risco de desenvolver quedas. Nela, o envolvimento de pacientes, acompanhantes/cuidadores e profissionais contribui para a compreensão de seus fatores de risco individuais. Além desses, são discutidas as possíveis lesões que as quedas podem causar. Isso aumenta a probabilidade de que pacientes independentes em seus domicílios aceitem e acreditem que possam cair e, assim, tenham maior adesão a um plano de cuidados (Dykes *et al.*, 2018).

A segunda etapa contempla o preenchimento do pôster laminado, em conjunto com o paciente e acompanhante. Nesse momento são assinalados os fatores de risco específicos do paciente (coluna esquerda do pôster), e respectivas

estratégias preventivas (coluna da direita). Nos fatores de risco podem ser assinaladas as opções de uso de dispositivo para locomoção, suporte de soro ou equipamento, possibilidade de marcha instável e eventual autossuficiência no momento de acionar a campainha para chamar a equipe de enfermagem (Dykes *et al.*, 2018; Dykes *et al.*, 2021). Ressalta-se que, a cada item correspondente a risco, existe uma cor associada à respectiva intervenção preventiva, seguindo o mesmo esquema visual, o que facilita o entendimento e a abordagem de pacientes e acompanhantes.

Por fim, na terceira etapa ocorrem a proposição e implementação de um plano de prevenção de quedas personalizado para cada paciente. De maneira oposta à prescrição de intervenções ancoradas em níveis de risco baixo, médio ou alto para o desenvolvimento de quedas (Dykes *et al.*, 2019a), esta etapa requer a comunicação dos fatores de risco do paciente e do plano de cuidado para a equipe de saúde e para o paciente e acompanhantes. É importante que qualquer alteração feita nesta etapa seja prontamente comunicada a todos e que diariamente ocorram reavaliações, com o objetivo de acompanhar as condições clínicas do paciente e, se essas reavaliações demandarem atualizações no plano de cuidados, que sejam atualizadas no pôster laminado (Dykes *et al.*, 2019b).

Em suma, o envolvimento de pacientes e acompanhantes na prevenção de quedas não significa que o enfermeiro completa a avaliação do risco mediante escala avaliativa, elabora o plano de prevenção e depois ensina o paciente sobre os seus fatores de risco e plano individual de prevenção. Os profissionais precisam incluir o paciente como um participante ativo na avaliação e no plano, como referido, a fim de melhorar a probabilidade de adesão (Dykes *et al.*, 2019b). A implementação de estratégias de prevenção de quedas calcadas na comunicação imprecisa de fatores de risco individuais contribui para o não engajamento de pacientes e acompanhantes ao plano de prevenção, o que resulta na repetição de ciclos ineficazes que, consequentemente, resultam em quedas hospitalares (Esguerra, 2020).

Estudo foi realizado com o objetivo de medir o grau de ativação dos pacientes antes e depois da implementação do Programa *Fall* TIPS, entendido como o nível de conhecimentos dos planos de quedas e confiança na própria capacidade de evitar quedas. Dentre os participantes, uma amostra aleatória de pacientes adultos internados em três instituições de saúde norte-americanas. A partir da avaliação de 13 itens (conhecimentos, habilidades e autoconfiança na prevenção de quedas), os

pacientes que tiveram acesso ao Programa *Fall* TIPS tiveram escores de ativação de pacientes mais altos do que os pacientes sem acesso ao programa, a qual passou de 63,82 (desvio padrão [DP]  $\pm$  17,35) para 80,88 (DP  $\pm$  17,48),  $p < 0,0001$ . Concluiu-se que a ativação dos pacientes melhorou entre a pré e a pós-intervenção, em todos os locais (Christiansen *et al.*, 2020).

Como parte da adaptação brasileira do Programa *Fall* TIPS, foi realizado um estudo descritivo, qualitativo e exploratório, que contou com entrevistas junto a pacientes que sofreram quedas no ambiente hospitalar e com uma revisão narrativa de literatura sobre estratégias para o engajamento de pacientes e acompanhantes (Meira, 2021). Seus achados foram utilizados na elaboração de um manual, destinado a profissionais de saúde, com o fim de instrumentalizá-los para o engajamento de pacientes e acompanhantes no processo de prevenção de quedas hospitalares, à luz dos pressupostos do programa *Fall* TIPS Brasil (Meira, 2021).

Da mesma forma, outro estudo teve o objetivo de desenvolver um instrumento destinado à abordagem inicial de gestores, com o intuito de que compreendam o programa e expressem seu compromisso e apoio à implementação (Figueredo, 2021). Contém um conjunto de instruções sobre a relevância e os principais aspectos envolvidos nas quedas hospitalares, potencialidades e riscos da implementação do Programa *Fall* TIPS. Além disso, o instrumento tem uma síntese das principais atividades e agentes envolvidos para o sucesso na implementação do programa (FIGUEREDO, 2021). Na visão de Dykes *et al.* (*Fall* T.I.P.S, 2023), a abordagem aos gestores é crucial para a robustez e sustentabilidade do processo de implementação.

Por outro lado, o Programa *Fall* TIPS também fomenta a utilização de um protocolo informatizado para padronizar o registro do Processo de Enfermagem (PE) (Dykes; Hurley, 2021). Na realidade brasileira, como uma etapa preparatória à sua elaboração, foi realizado um estudo retrospectivo em prontuários de pacientes que sofreram queda hospitalar entre os anos de 2017 a 2019 na instituição participante deste estudo (Fagundes, 2021). Um dos objetivos do estudo foi o de identificar o padrão de uso dos diagnósticos e prescrições de enfermagem nesse público. Um dos resultados apontou para o fato de que as intervenções definidas pelo sistema hospitalar que se relacionam ao risco de queda não aparecem como as mais prescritas, apesar de o número de diagnósticos aumentar após a ocorrência de dano. Concluiu-se que o uso do diagnóstico risco de queda aconteceu mais em situações

pré-queda para os casos que não resultaram em dano, se comparado àqueles que resultaram em qualquer tipo de dano.

Esses resultados apontam para a importância de diagnósticos, prescrição e implementação de intervenções preventivas de quedas (Fagundes, 2021). Em convergência com o PE, esses dados subsidiarão a modelagem de um sistema informatizado para dar suporte ao programa, com intuito de garantir praticidade no armazenamento e recuperação dos registros de enfermagem, contribuindo para o aprimoramento das ações de prevenção, promoção e monitorização dos cuidados (Andrade *et al.*, 2022).

Por fim, menciona-se o desenvolvimento e a divulgação de um plano de comunicação institucional sobre o Programa *Fall TIPS* e suas etapas de implementação. Ele se constitui um aliado para que todos os agentes envolvidos conheçam e saibam o que esperar do programa e de cada etapa (Fall T.I.P.S, 2023). Os meios podem ser diversificados, como mensagens por *e-mail*, atualização de *site* na Internet e intranet, veiculação de cartazes impressos, *banners*, campanhas internas, entre outros. Dado seu caráter participativo, os estudos de avaliabilidade proporcionam oportunidades de antecipação de questionamentos e esclarecimento de aspectos inerentes ao programa e ao problema que se propõe a enfrentar (Walser; Trevisan, 2015).

## 2.4 ESTUDOS DE AVALIABILIDADE

Essas abordagens correspondem ao exame sistemático e preliminar a fim de delimitar os objetivos do programa, identificar justificativas para uma avaliação extensa e identificar áreas a serem priorizadas no processo (Vieira da Silva, 2014; Walser; Trevisan, 2021). Da mesma forma, exploram objetivos e expectativas sobre a avaliação, pontos de vista dos gestores e demais interessados na avaliação, além de questões ligadas à realidade do programa a ser avaliado, quando se optar por uma avaliação (Baratieri *et al.*, 2019).

Avaliar, no contexto da saúde, consiste no julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (Hartz, 1997; Vieira da Silva, 2014). O julgamento pode corresponder a uma apreciação dicotômica do valor de uma prática, qualitativa ou quantitativa, ou a uma análise sobre o seu significado (Vieira da Silva, 2014).

A realização de estudos exploratórios como os estudos de avaliabilidade (EAs), antes do início da avaliação sistemática de um programa, pode trazer importantes contribuições, e essa menção aparece sob diferentes nomenclaturas, a depender da autoria (Vieira da Silva, 2014). Ao que Patton e Brousselle chamam de análise da situação ou estratégica e lógica, Wholey, Leviton, Trevisan e Walser intitulam avaliabilidade (Vieira da Silva, 2014). Além de estabelecerem abordagens sistemáticas para o planejamento da avaliação, podem ser úteis em qualquer momento no desenvolvimento, da implementação e do ciclo de vida de um programa (Trevisan; Walser, 2015).

É digno de nota que a avaliação nem sempre tomou caminhos exploratórios. Do ponto de vista histórico, entre os anos 1970 e 1980, a produção teórica e prática em avaliação concentrou-se em países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Vieira da Silva; Furtado, 2020). Na área de saúde, segundo Vieira da Silva e Furtado (2020) a avaliação passou a ser considerada objeto de estudo e pesquisa na década de 60, a partir da clínica, com as contribuições de Avedis Donabedian e suas propostas para avaliação da qualidade do cuidado médico. Na mesma época, a epidemiologia deu passos no sentido de incorporar como análise a avaliação de serviços de saúde (Vieira da Silva; Furtado, 2020). Na sequência, pesquisas avaliativas em educação e psicologia passaram a ser feitas considerando os estudos de Campbell & Stanley, desenvolvidos posteriormente por grupos multidisciplinares como a Fundação Russell Sage e a Sociedade de Pesquisa em Avaliação (*Evaluation Research Society*), em 1978.

Até o final da década de 70, com respaldo na implantação de grandes programas sociais, avaliar implicava mensurar “efeitos líquidos” ou resultados de programas (Hartz, 1997), tendo muitos outros autores sido pioneiros e contribuído com teorias ou modelos para a avaliação como disciplina (Vieira da Silva; furtado, 2020). Nessa época, a avaliação apoiava-se no modelo da “caixa preta”, em que a intervenção era tratada como uma variável dicotômica – presença ou ausência de resultados (Hartz, 1997). Esse modelo apresentava pouca ou nenhuma variação, uma vez que a caixa simbolizava a impermeabilidade da intervenção às circunstâncias em que se desenvolvia, com limitado aproveitamento das conclusões provenientes de avaliações conduzidas sob esse ponto de vista (Hartz, 1997).

Contra-pondo-se a essa visão, surgiu o entendimento de que os programas se comparavam a um amálgama proveniente das correlações entre os contextos e



processos envolvidos na produção de mudanças (Denis; Champagne, 1997). Uma das primeiras pesquisadoras a propor uma reflexão sobre as teorias de intervenção ou, em outras palavras, sobre a modelização, foi Carol H. Weiss. Em seus estudos realizados na década de 70, defendeu que a modelização antecede qualquer processo avaliativo (Champagne *et al.*, 2011b).

Merecem destaque, portanto, as avaliações voltadas à teoria dos programas (Chen, 1990), ao permitirem a seleção de estratégias para a coleta e análise de dados baseadas nos modos de funcionamento dos programas. Para Chen (1990) o modelo de uma intervenção ou programa representa as atividades que devem ser realizadas para o alcance de objetivos esperados, além de expressar efeitos e impactos importantes com seus respectivos modos de operação (Chen, 1990). Chen define a teoria como um conjunto de pressupostos e enunciados que, ao serem analisados em conjunto, explicam ou guiam ações sociais e, segundo ela, é composta por duas partes. A primeira, intitulada como teoria prescritiva, faz referência à estrutura que o programa deveria ter (tratamento, produtos e processo de implementação), e a segunda parte, chamada descritiva, ligada aos mecanismos causais que relacionam o tratamento utilizado no programa, o processo de implementação e os produtos (Chen, 1990).

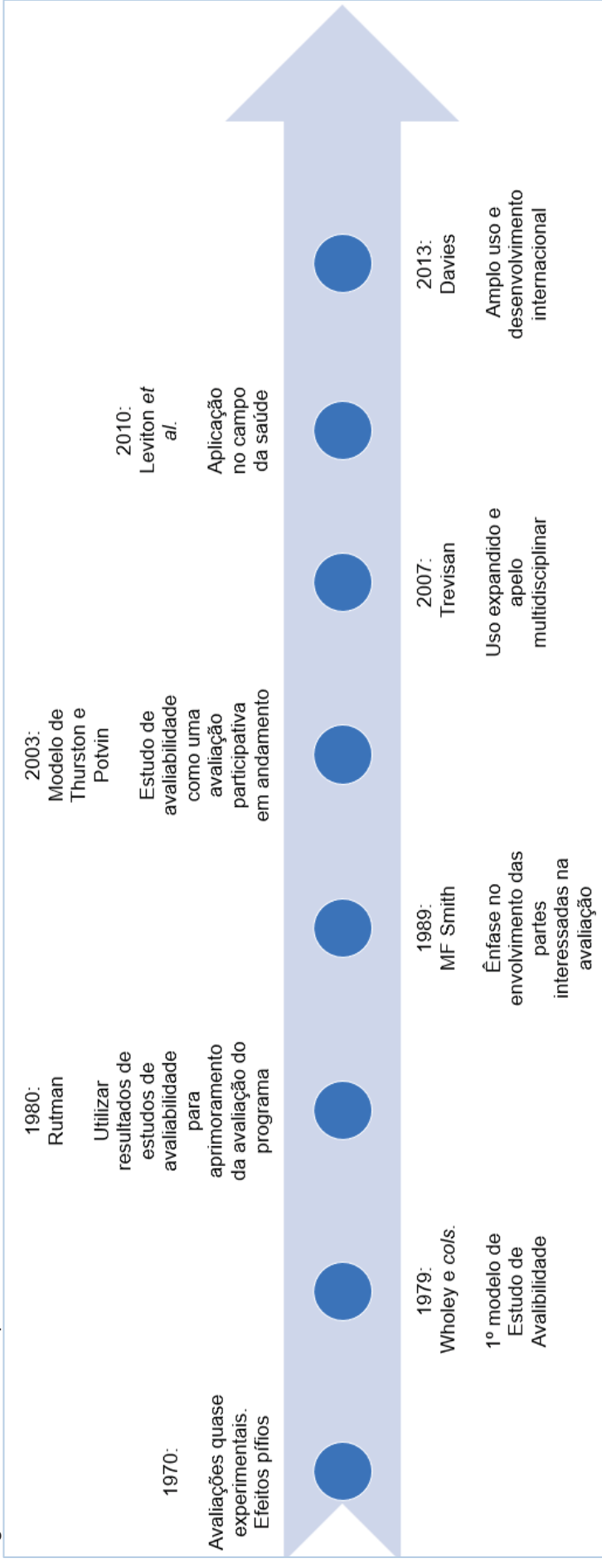
Medina *et al.* (2005) defendem que, sob o prisma de Chen, a construção da teoria do programa é uma atividade carregada de valor, em cuja discussão precisam ser incorporados tanto saberes descritivos ou científicos quanto prescritivos ou práticos dos envolvidos na avaliação (Medina *et al.*, 2005). Segundo Verani (2005), a metodologia proposta por Chen leva à construção do modelo de mudança, ou seja, quais ações devem ser desenvolvidas, e do modelo de ação capaz de explicitar que tipos de processos são esperados (Verani, 2005).

Nesse contexto, o surgimento dos EAs foi motivado pela insatisfação com formatos de avaliação do tipo “caixa preta”, em que as avaliações de impacto feitas em programas federais nos Estados Unidos eram baseadas comumente em estudos quase experimentais (Trevisan; Walser, 2015). Diante dos custos elevados e baixa confiabilidade dos resultados desses estudos, Joseph Wholey e colegas do *Urban Institute* propuseram o estudo de avaliabilidade como uma forma de examinar a estrutura de programas para determinar se eles se prestariam ou não a gerar resultados úteis (Trevisan; Walser, 2015).

Em 1979, em sua publicação *Evaluation: Promise and Performance*, Wholey apresentou o que é provavelmente o modelo original de um estudo de avaliabilidade. O modelo incluía oito etapas: (1) definir o programa a ser avaliado; (2) coletar informações sobre o programa por meio de revisão de documentos e informações com as partes envolvidas na avaliação; (3) desenvolver um modelo de programa; (4) analisar até que ponto houve identificação de metas, objetivos e atividades, de forma mensurável; (5) coletar informações sobre a realidade do programa por meio de visitas ao local e análise de documentos; (6) sintetizar resultados para determinar a plausibilidade dos objetivos do programa; (7) identificar opções de avaliação e gestão; e (8) apresentar conclusões e recomendações para a equipe de gestão (Trevisan; Walser, 2015).

Dessa forma, o foco do modelo de Joseph Wholey era o fornecimento de estratégias capazes de instrumentalizar gestores para que pudessem conduzir mudanças positivas para o programa e garantir a prontidão para a avaliação dos resultados. A Figura 2 ilustra a linha do tempo e apresenta os principais usos dos estudos de avaliabilidade

Figura 2 - Linha do tempo do desenvolvimento histórico e usos dos estudos de avaliabilidade



Fonte: A autora (2023), com base em Trevisan; Walser (2015).

Ainda que o modelo original de Joseph Wholey tivesse oito etapas, estudos subsequentes indicam que pode haver variações, desde que não se perca a centralidade na descrição detalhada da intervenção, na identificação de perguntas avaliativas pertinentes ao programa e na elaboração de modelos lógicos (Trevisan; Walser, 2015). Independentemente de número e grau de detalhamento de etapas, fases ou passos para o desenvolvimento de estudos de avaliabilidade, a modelização das intervenções esteve presente na maior parte das publicações analisadas em um estudo publicado em 2020 (Baratieri *et al.*, 2019; Macedo *et al.*, 2020).

A popularização dos EAs na área de saúde é recente, ao dar subsídios para que programas de saúde sejam aprimorados. Desde o início de sua utilização, a modalidade tem mostrado excelente performance na aplicação antes da implementação de programas ou durante seu ciclo de vida, ao fornecer resultados úteis ao planejamento da avaliação, indispensáveis à compreensão da cultura e dos contextos do programa (Walser; Trevisan, 2015). Nesse cenário, destaca-se a tendência crescente de publicações robustas e revisadas por pares na área de estudos de avaliabilidade (Brunner; Craig; Watson, 2019), em comparação com a última década.

Walser e Trevisan (2015) afirmam que uma característica definidora dos estudos de avaliabilidade é o envolvimento de *stakeholders* no planejamento e demais atividades que compõem o estudo, e não apenas na coleta de *feedback* sobre a teoria do programa. Sobre o tipo e níveis de envolvimento de partes interessadas, autores mencionam a importância do conhecimento sobre os perfis dessas pessoas, para que sejam adotadas estratégias apropriadas a cada um. Grotti *et al.*, (2017) mencionam pelo menos quatro perfis, que diferem em graus de interesse, colaboração e potencial de ameaça. O perfil solidário apresenta alto potencial de colaboração e baixo potencial de ameaça a projetos de mudança organizacional. Já o misto, apresenta alto potencial para colaboração e para ameaça. O perfil não solidário, por sua vez, tem baixo potencial de ajuda e alto potencial de ameaça. Por fim, no perfil marginal, tem-se baixos potenciais de ajuda e ameaça. Os autores chamam a atenção para a combinação entre os diferentes perfis, de modo que as limitações de uns sejam compensadas pelas potencialidades de outros (Grotti *et al.*, 2017).

Nos estágios iniciais de planejamento da abordagem, uma primeira tarefa é identificar e mapear os *stakeholders* para conhecer suas relações, interesses e graus de envolvimento no programa e no EA (Walser; Trevisan, 2021). A partir disso, tempo

e esforços despendidos no estudo podem variar, a depender do volume de evidências disponíveis, disponibilidade de dados coletados na rotina da intervenção, complexidade ou grau de desenvolvimento da intervenção e número de envolvidos na avaliação (Leviton *et al.*, 2010; Brunner; Craig; Watson, 2019).

Em relação aos subsídios teórico-metodológicos para a realização de estudos de avaliabilidade, Macedo *et al.* (2020) realizaram uma revisão integrativa cujo objetivo foi o de explorar publicações nacionais quanto a seu processo de construção, produtos, limitações e aplicação no campo avaliativo. Foram identificadas e analisadas 24 publicações desde o ano 2000 em bases de dados como *Web of Science*, *Scopus* e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando o termo “estudo de avaliabilidade” nos idiomas português, inglês e espanhol (Macedo *et al.*, 2020). Em consonância com Trevisan e Walser (2015), o estudo apontou que, sob o ponto de vista metodológico, os estudos de avaliabilidade apresentam pelo menos quatro elementos: 1. O desenvolvimento do modelo teórico de avaliação, modelo lógico do programa e matriz de análise e julgamento; 2. O envolvimento e a participação de *stakeholders* / interessados; 3. *Feedback* acerca dos modelos construídos; e 4. Delineamento dos usos do estudo de avaliabilidade (Macedo *et al.*, 2020).

A seguir serão apresentados os componentes do EA, baseados nos pressupostos de Leviton *et al.* (2010) e Trevisan e Walser (2015).

#### 2.4.1 Definição do foco do estudo de avaliabilidade

O foco do estudo de avaliabilidade contempla aspectos que incluem: a) identificação do objetivo, escopo e limites do estudo de avaliabilidade, a b) determinação de tipo e níveis de envolvimento de partes interessadas ou *stakeholders* e c) a definição dos responsáveis pela condução do estudo de avaliabilidade (Trevisan; Walser, 2015). Apesar de o objetivo principal de qualquer estudo de avaliabilidade ser o de verificar a possibilidade de avaliação de um programa (Walser; Trevisan, 2015), pode haver outros objetivos, incluindo seu uso com o fim de aprimorar programas, fornecer subsídios ao seu planejamento e trazer melhor compreensão sobre os objetivos do programa (Baratieri *et al.*, 2019). Destarte, podem ser desenvolvidos estudos com o intuito de atualizar programas ou verificar sua utilidade ou não para a organização (Trevisan; Walser, 2015, Baratieri *et al.*, 2019).

Baratieri *et al.* (2019) citam o interesse em utilizar estudos de avaliabilidade como orientadores do processo de avaliação para a compreensão do programa, viabilizar o uso da avaliação e como instrumento capaz de incrementar o conhecimento de *stakeholders* sobre o programa. Nesse referencial e, como mencionado previamente, os apoiadores, interessados, informantes-chave e pessoas cujas decisões possam afetar o futuro do programa são chamados de *stakeholders* (Walser; Trevisan, 2015).

Destarte, o componente de foco do estudo de avaliabilidade engloba a negociação e a articulação com os interessados, além da pactuação da metodologia de trabalho, incluindo estratégias de comunicação, modalidades de troca de informações e cronograma de atividades (Trevisan; Walser, 2015). A atuação desses agentes aumenta a possibilidade de uso das conclusões da avaliação (Leviton *et al.*, 2010; Vieira da Silva, 2014). Sua participação oportuniza, quase sempre, o ganho de visibilidade de problemas ligados à gestão, em que pesem as carências estruturais ou assuntos ligados a agentes do programa (Vieira da Silva, 2014).

Suas atividades são realizadas em parceria para a produção conjunta de um modelo teórico, lógico, identificação de fontes de dados existentes, fornecimento de impressões sobre a viabilidade de uma avaliação e eventuais prioridades que possam anteceder-las (Brunner; Craig; Watson, 2019). Uma preocupação, alicerçada em conceitos de Walser; Trevisan (2015) e que caracteriza estudos de avaliabilidade, é o envolvimento de profissionais, entendidos como *stakeholders*, para além da coleta de *feedback* sobre a teoria do programa. Em relação à revisão de documentos em um estudo de avaliabilidade, autores pontuam que a revisão tem início à medida em que documentos forem disponibilizados e, nesse contexto, a inclusão de novas fontes pode se dar em qualquer ponto do estudo (Walser; Trevisan, 2015). Adicionalmente, os autores pontuam como possíveis fontes os documentos legislativos, relatórios, sites, registros e atas de reuniões, além de revisão da literatura científica, tanto sobre o problema quanto sobre o programa a ser avaliado.

Por fim, na definição dos responsáveis pela condução do estudo de avaliabilidade merece menção a escolha do avaliador que conduzirá o estudo. Walser; Trevisan (2015) salientam o compromisso e a garantia de respeito aos participantes, além da imprescindível habilidade de comunicação interpessoal. Nesse processo, esses agentes contribuem e sugerem modificações a serem feitas pelo responsável pela condução do estudo de avaliabilidade (Leviton *et al.*, 2010).

#### 2.4.2 Desenvolvimento de uma teoria inicial do programa

O desenvolvimento de uma teoria inicial do programa, ou extração da teoria do programa, é um importante ponto de partida de um processo de avaliação para permitir a vinculação entre teoria e ação (Medina *et al.*, 2005). Modelizar programas implica em esclarecer seus pressupostos norteadores, que subsidiarão o planejamento e o gerenciamento da avaliação, quando ela for feita (Guimarães, Machado, 2020). Autores pontuam que é relativamente incomum que um programa disponha de modelos claros desde o início de uma intervenção. Destacam ainda que a ausência de modelização traz repercussões na emissão de juízo de valor esperada nos processos de avaliação, muitas vezes sem clareza suficiente sobre o que exatamente está sendo avaliado (Champagne *et al.*, 2011a). Walser e Trevisan (2021) ressaltam que, quanto mais próxima estiver a teoria do programa da realidade, ou seja, quanto mais plausível estiver o programa, maior a probabilidade de que os resultados pretendidos sejam possíveis.

Para Leeuw e Donaldson (2015), a teoria do programa concentra-se em suposições sobre mecanismos comportamentais, sociais e econômicos, subjacentes a um programa, intervenção ou política, que ajudam na compreensão dos objetivos de uma intervenção ou programa. Ainda de acordo com os autores, a teoria contribui para a tomada de decisões no programa, incluindo a escolha de uma metodologia de avaliação e definição de níveis de envolvimento no processo por parte dos interessados. Alguns autores trabalham com os conceitos de macroteoria e microteoria do programa. A macroteoria detalharia os aspectos organizacionais e sociopolíticos que favoreceriam ou inibiriam os efeitos do programa (Medina *et al.*, 2005), enquanto a microteoria, baseada em normas, descreveria aspectos estruturais e operacionais do programa, e seria oriunda das relações entre os recursos disponíveis, as atividades e os resultados (Vieira da Silva, 2014)

São diversos os caminhos apontados pela literatura quando da classificação e estratégias para o desenvolvimento dos modelos, tanto em níveis de detalhamento, complexidade, quanto em formatos de apresentação. Champagne *et al.* (2011b) apontam três tipos principais de modelos. O primeiro, denominado de modelo causal do problema e da intervenção, se relaciona à busca de causas para o problema a ser solucionado, em cuja análise pode ser considerada a macroteoria do programa. Nela, são considerados os aspectos organizacionais e sociopolíticos que favorecem ou

inibem os efeitos do programa ou a sua implementação (Vieira da Silva, 2014). O modelo causal do problema deve incluir uma síntese das causas proximais, intermediárias e distais da intervenção, a depender do escopo desta última (Vieira da Silva, 2014).

Por sua vez, o modelo causal da intervenção parte da seleção dos componentes do programa, práticas requeridas para a execução dos seus componentes, além de objetivos, metas e seus efeitos atribuíveis na situação de saúde e organização dos serviços (Medina *et al.*, 2005; Vieira da Silva, 2014). Essa modalidade é especialmente importante quando se almeja uma representação compreensível e acessível a outras instituições de programas concebidos sob cenários e circunstâncias diversos (Medina *et al.*, 2005). Tanto o modelo causal do problema quanto o modelo da intervenção podem ser construídos a partir de três formas: 1) os modelos teóricos (causal e da intervenção) baseados na literatura especializada; 2) os modelos (causal e da intervenção) conforme constam nos documentos do programa; 3) o modelo da intervenção tal qual foi operacionalizado (Vieira da Silva, 2014).

O segundo modelo, o modelo lógico teórico, ilustra o caminho entre as causas imediatas e as causas finalísticas visadas pelo programa (Vieira da Silva, 2014), ao passo que o terceiro modelo, o modelo lógico operacional, se refere ao funcionamento real da intervenção, ao estabelecer o vínculo entre as estruturas e os processos envolvidos para o alcance dos resultados (Champagne *et al.*, 2011b). Assim, ambos os modelos podem constituir representações gráficas da teoria do programa ou representar aspectos da operacionalização do programa na prática (Vieira da Silva, 2014).

Em suma, o modelo teórico de um programa deve explicitar como ele idealmente funciona, quais argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e que hipóteses alternativas (rivais) serão afastadas (Medina *et al.*, 2005). O modelo teórico é complementar ao modelo lógico. Vieira da Silva (2014) destaca que o modelo lógico está relacionado aos objetivos do programa, seus componentes, atividades relacionadas e práticas requeridas para alcance dos resultados esperados.

Em relação às características de modelos teóricos e lógicos, Medina *et al.* (2005) citam a importância de se verificar o alcance do objetivo de representar a lógica do programa. Para tanto, sugerem a verificação de alguns pontos: 1. Se o nível de



detalhamento foi suficiente para proporcionar entendimento dos elementos e de suas relações; 2. Se todos os elementos que compõem a lógica do programa estão presentes e se há relação entre eles; 3. Se existe lógica no encadeamento de elementos que constituem o programa; e 4. Finalmente, se foram identificados e descritos todos os determinantes contextuais e suas potenciais influências. É necessário que os modelos ilustrem a complexidade da situação problema e direcionem à compreensão de outros fatores que impactem na produção dos resultados do programa (esperados e não esperados), indicando as evidências que serão buscadas para demonstrar se ele trouxe contribuições para a sua solução (Leeuw; Donaldson, 2015).

Tanaka (2017, p. 7) destaca quão flexível um modelo lógico deve ser, uma vez que sua “aproximação com o empírico concreto” pode exigir ajustes extras, apesar do tempo e dos esforços despendidos na sua elaboração. A segurança que frequentemente traz aos envolvidos no processo avaliativo pode gerar algum tipo de resistência em modificá-lo, fazendo-se mister, nesse cenário, garantir que o modelo lógico não se transforme em um fim em si mesmo (Tanaka, 2017).

Em relação aos formatos de apresentação de modelos, Macedo *et al.* (2020), em recente revisão sobre o tema, observaram que a representação sob a forma de figura foi a mais frequentemente encontrada na literatura, quando comparada com modelos narrativos. Sobre isso, Cassiolato e Guerresi (2010) argumentam que o formato de diagrama da estrutura lógica de um programa, que inclui recursos, ações, produtos, resultados intermediários, finais e impactos, simplifica, comunica com maior facilidade a teoria do programa e evidencia o resultado esperado do programa.

Considerando o arcabouço proporcionado pela modelização, abre-se caminho para que a avaliação de políticas e programas ultrapasse a visão dicotômica insumos/resultados, uma vez que a modelização esclarece as razões do êxito da intervenção em diferentes contextos e para públicos variados (Oliveira *et al.*, 2010; Medina *et al.*, 2005; Bezerra; Cazarin; Alves, 2010). Além de otimizar os usos das conclusões de uma avaliação, independentemente de quando ela seja realizada, modelizar contribui para que os resultados de um processo avaliativo sejam atribuídos a mecanismos específicos que se desenrolam dentro da “caixa preta” que o funcionamento de um programa poder constituir (Champagne *et al.*, 2011b).

A compreensão dos componentes, recursos, atividades e possíveis resultados, por pessoas ligadas a instituições de saúde interessadas em conhecer e implementar

o Programa *Fall* TIPS Brasil, pode ser facilitada, pois a modelização é uma importante ferramenta de comunicação face à sua capacidade de esquematizar longos textos na forma de diagramas esquemáticos (Champagne *et al.*, 2011b). No presente estudo ela constitui um dos componentes da abordagem metodológica escolhida, que é o Estudo de Avaliabilidade. Por fim, entende-se que a modelização é uma etapa primordial, prévia à avaliação, capaz de oportunizar a realização de perguntas pertinentes aos interessados.

A partir da construção dos modelos lógico e teórico, podem ser elencadas perguntas avaliativas que serão classificadas quanto à relevância, prioridade, utilidade, potencial na geração de informações importantes e viabilidade. Entre as questões avaliativas comumente encontradas, Trevisan e Walser (2015) afirmam que há aquelas que se encaixam em uma ou mais das seguintes categorias: (1) perspectivas do programa; (2) contexto do programa; (3) implementação do programa; (4) lógica de pesquisa; e (5) escopo metodológico. A elaboração das perguntas deve ser feita com essas categorias em mente, mediante atribuição de peso relativo a cada uma (Trevisan, Walser, 2015). As questões que atenderem ao maior número de critérios compõem a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) ou Matriz Final de Avaliação do Programa (MFAP) (Oliveira *et al.*, 2020).

As matrizes de análise e julgamento sintetizam e apresentam o que será avaliado, de que forma e quais as informações que serão produzidas, com base na lógica do programa (Medina *et al.* 2005; Silva; Gasparini; Barboza, 2017). Além das perguntas avaliativas, seus componentes podem abarcar propostas de indicadores, fontes e formas de coleta de informações, além de critérios para a emissão de juízo de valor (Silva; Gasparini; Barboza, 2017). Para tanto, o valor atribuído é a categorização na qual o item estudado será enquadrado e, nesse sentido, são utilizados quartis ou percentis, que subsidiarão o julgamento sobre o alcance ou desempenho de uma intervenção (Alves *et al.*, 2010).

Em geral, os seguintes elementos estão presentes (Alves *et al.*, 2010): 1) pontuação máxima esperada ou critério máximo atribuído àquele critério; 2) descrição do valor ou ponto de corte ou intervalo aceitável para cada variável estudada; 3) valor observado, coletado pela avaliação; e 4) valor atribuído, que se refere ao valor que será atribuído ao observado, em conformidade com os pontos de corte estabelecidos.

O Quadro 2, aponta os elementos constituintes de uma matriz de análise e julgamento.

Quadro 2 - Elementos constituintes de uma matriz de análise e julgamento com as respectivas definições

Elementos	Definição
Componente	Termo que define um conjunto de atividades do modelo lógico.
Critério	Atributo de estrutura, processo ou de resultado utilizado para mensurar os componentes.
Indicador	Medida ou fato quantitativo ou qualitativo, que se refere a um ou mais critérios.
Padrão	Valor de referência para medição de cada indicador, e que pode ser representado por uma meta a ser alcançada.
Fonte de verificação	Origem dos dados (relatórios de auditorias, observações, sistemas de informação).
Ponto de corte	Valor considerado referência para a emissão de um julgamento. Exemplo: 0 (zero) quando do não alcance do padrão; 0,5 para alcance parcial e 1,0 para alcance pleno.
Julgamento	Qualificação dada a componentes ou subcomponentes e ao programa na sua dimensão unitária, considerando o somatório dos pontos alcançados pelos indicadores.

Fonte: Adaptado de Bezerra *et al.* (2012); Alves *et al.* (2010, p. 95).

O processo de construção de matrizes deve possibilitar a visualização da lógica do estudo e a análise de possíveis inconsistências técnicas a serem corrigidas até a apresentação e debate dos resultados da avaliação (Silva; Gasparini; Barboza, 2017). Ainda, em se tratando do que se espera de uma matriz de análise e julgamento, Medina *et al.* (2005) destacam que as estratégias de mensuração precisam incluir não só o monitoramento das características essenciais do programa, mas, sobremaneira, apontar caminhos para o teste de hipóteses do programa, alcance ou não de resultados e para as características do programa às quais possam ser atribuídos os efeitos esperados e os não esperados.

#### 2.4.3 Coleta de *feedback* sobre a teoria do programa

Na sequência, reconhece-se a relação direta entre o desenvolvimento de uma teoria inicial do programa e o *feedback* sobre a teoria do programa pelos *stakeholders* e, na prática, pode haver sobreposição de etapas (Walser; Trevisan, 2015). A coleta de *feedback* dos *stakeholders* permite ao avaliador a verificação de condições para o alcance de metas e objetivos propostos para o programa (Mendes *et al.*, 2010; Trevisan; Walser, 2015). Com efeito, oportuniza a complementação de informações faltantes na modelização, incluindo informações adicionais sobre monitoramento de implementação, compreensão do contexto e inserções passíveis de aumentar a plausibilidade do programa (Walser; Trevisan, 2015).

Na escolha de estratégias para o alcance dos objetivos do componente de *feedback* sobre a teoria do programa junto aos *stakeholders* e especialistas, Trevisan e Walser (2015) destacam que deve haver coesão com objetivos, escopo e limites do estudo de avaliabilidade, e devem ser levadas em conta as perguntas avaliativas elencadas pelo responsável pela condução do estudo de avaliabilidade no componente de desenvolvimento de uma teoria inicial do programa.

Ademais, os autores esclarecem que o *feedback* dos *stakeholders* inclui o aceite ou não das perguntas avaliativas propostas pelo avaliador, e a proposição de um ambiente favorável para que os *stakeholders* sugiram questões a serem respondidas pelo estudo de avaliabilidade (Alves *et al.*, 2010; Trevisan, Walser, 2015).

De toda forma, “deve-se ter em mente que qualquer juízo de valor está orientado por uma visão de mundo. Há, portanto, uma dimensão subjetiva do processo de avaliação que não pode ser desprezada e que conforma tanto o recorte do objeto e dos objetivos, quanto o modelo teórico que serve de parâmetro de referência, quando se estabelecem comparações no processo avaliativo.” (Medina *et al.*, 2005, p. 59).

#### 2.4.4 Usos do estudo de avaliabilidade

Por fim, o delineamento dos usos do estudo de avaliabilidade permite concluir se há coerência entre finalidades, metas, modelos ou usos da avaliação, permitindo, inclusive, estimar se o momento é adequado para a condução de um processo de avaliação (Mendes, 2010). O autor destaca ainda o quanto se pode aprender e quantos recursos e tempo podem ser resguardados tendo como referência os estudos de avaliabilidade (Mendes, 2010).

Sobre os usos dos estudos de avaliabilidade, Trevisan; Walser (2015) salientam que estão diretamente ligados ao seu foco.

Logo, para além de decisões sobre processos avaliativos subsequentes, (...) modificação do programa, monitoramento da implementação e assistência técnica, os estudos de avaliabilidade podem ser usados para entender melhor a cultura, o contexto, a complexidade e a evolução do programa; facilitar o envolvimento e empoderamento das partes interessadas; facilitar o aprendizado organizacional e a construção de capacidade de avaliação; identificar práticas promissoras; facilitar a mudança social; e para facilitar o uso da avaliação (...) (Trevisan; Walser, 2015, p.19).

Os autores afirmam, ainda, que não há completude em um estudo de avaliabilidade sem aplicação prática, através da tomada de decisão ou planejamento de ação. Se a decisão for sobre o avanço com uma avaliação, os resultados de um estudo de avaliabilidade convergirão para o encaminhamento de um plano de avaliação, com detalhes sobre a identificação de áreas de foco para avaliação, abordagens de avaliação apropriadas e métodos de coleta de dados/recursos necessários (Trevisan; Walser, 2015). Em caso negativo, os resultados poderão subsidiar estratégias para uma avaliação futura, melhoria no programa e resultados, compreensão de contexto e cultura institucionais, evolução do programa e sugestão de áreas específicas a serem monitoradas (Trevisan; Walser, 2015).

Ainda que nem todos os estudos de avaliabilidade resultem em avaliações, autores concordam ao apontar que alguns estudos podem desnudar a prematuridade, a pouca representatividade de possíveis produtos da avaliação, e mesmo a inviabilidade econômica da realização de estudos de avaliação de qualidade (Brunner; Craig; Watson, 2019; Leviton *et al.*, 2010). Destarte, esses estudos podem contribuir para a identificação de fragilidades no sistema, indefinição sobre a população-alvo do programa e necessidades de revisão no próprio programa (Vieira da Silva, 2014).

Para Vieira da Silva (2014), a condução de estudos de avaliabilidade pode ser impulsionada pela falta de definição sobre os objetivos para a avaliação, pela ausência de consenso sobre concepções atreladas ao programa por parte dos interessados, incluindo seus objetivos, e ainda pela necessidade de otimização de recursos destinados ao processo de avaliação. Também, os estudos de avaliabilidade podem oportunizar a identificação de perguntas mais pertinentes aos gestores, subsidiar decisões como a manutenção ou finalização de um programa, e ainda potencializar as chances de uso dos resultados da avaliação (Vieira da Silva, 2014).

Salienta-se que os estudos se encerram com a elaboração de recomendações capazes de embasar decisões acerca da possibilidade ou não de realizar uma avaliação, contribuindo ainda para a identificação de pontos a serem melhorados e para a identificação de questões de avaliação adequadas e úteis à tomada de decisões (Vieira da Silva, 2014). Não raro, esses estudos motivam alterações em descrições e em atividades do programa, até que atenda a critérios de lógica e coerência (Thurston; Ramaliu, 2005).

É oportuno destacar que a literatura aponta para o caráter cíclico dos estudos de avaliabilidade, razão pela qual a metodologia escolhida para a realização do

presente estudo de avaliabilidade prestigia o termo “componentes”, em detrimento de fases ou etapas. Esse caminho metodológico se justifica pelo reconhecimento da sobreposição, na prática, de diferentes fases ou etapas em qualquer ponto, no desenvolvimento deste tipo de estudo (Trevisan; Walser, 2015; Baratieri *et al.*, 2019).

### 3 MÉTODO

Este capítulo apresenta de maneira sequencial o tipo de pesquisa, cenário da pesquisa, participantes, coleta, processamento e análise de dados, e aspectos éticos.

A fim de descrever novos conhecimentos ligados à melhoria nos cuidados de saúde e à segurança do paciente, foram seguidas as recomendações do *checklist* Standards for reporting qualitative research (SRQR), da Rede Equator (O'Brien *et al.*, 2014).

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa qualitativa, participativa, do tipo estudo de avaliabilidade, desenvolvida no período de agosto de 2021 a julho de 2023. Pesquisas qualitativas e participativas, ao possuírem um caráter explicativo e permitirem a aproximação e a imersão do investigador no campo de pesquisa, proporcionam interações com os atores que dele fazem parte, partindo-se do pressuposto de que são coautores e têm interesse na busca de soluções para problemas comuns experimentados na prática assistencial (Gatto Junior *et al.*, 2018).

A modalidade de pesquisa participativa foi selecionada pela possibilidade de aproximação e imersão no campo de pesquisa, oportunidade de interação do investigador com os atores que dele fazem parte e pelo contato com os processos de coleta de dados (Souza; Erdmann; Magalhães, 2016). Especialmente sobre a realização de pesquisas em espaços de prática profissional, Coelho e Novellino (2021 p. 84) pontuam que “pesquisar com este enfoque contextualiza a realidade cotidiana e permite qualificar a atuação profissional, trazendo importantes contribuições aos serviços nos quais estão inseridos”.

Esses sujeitos compõem um grupo formado por pessoas unidas por objetivos e/ou ideais comuns que as interligam e as identificam como parte dele (Afonso, 2006). Essas premissas vêm ao encontro da proposta do Programa *Fall* TIPS Brasil e seus agentes, interessados na prevenção de quedas e seus danos no cenário hospitalar. O *Fall* TIPS pode ser classificado como o que Champagne *et al.* (2011a) definem como programa, composto por um conjunto organizado de componentes que inclui, em um determinado cenário, os sujeitos, uma estrutura (inclui recursos e regras), objetivos, processos (resultantes da relação entre atividades e recursos), produtos e resultados.

Por sua vez, os estudos de avaliabilidade são constituídos por um conjunto de procedimentos preparatórios para a avaliação, com o propósito de aumentar o sucesso no aproveitamento das conclusões da futura avaliação (Macedo *et al.*, 2020; Leviton *et al.*, 2010). Em adição, esses estudos se propõem a contribuir para a redução da distância entre avaliadores e interessados e reduzir tempo e recursos empregados na busca por informações (Mendes *et al.*, 2010; Baratieri *et al.*, 2019).

Embora existam metodologias diversas para a condução de Estudos de Avaliabilidade, o EA foi baseado nos pressupostos de Leviton *et al.* (2010) e de Trevisan e de Trevisan e Walser (2015). Diferentemente de modelos históricos compostos por seis a dez etapas, a metodologia proposta por Trevisan e Walser (2015) vem sendo usada em estudos contemporâneos (Dolny *et al.*, 2019) e é constituída por quatro componentes não estanques e passíveis de sobreposições, que trazem consigo a essência dos EAs: 1) Definição do foco do EA; 2) Desenvolvimento de uma teoria inicial do programa; 3) Coleta de *feedback* sobre a teoria do programa; e 4) Contribuições para os usos do EA. Seguindo a metodologia adotada, este estudo foi concebido e conduzido sob a premissa de que a perspectiva dos *stakeholders* do programa é fundamental no processo de adaptação e em futuros processos de avaliação do Programa *Fall TIPS* Brasil.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um hospital público e de ensino no Sul do Brasil, que desenvolve, há mais de uma década, atividades ligadas à gestão da qualidade e segurança do paciente, por meio de seu Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente e de parcerias com a academia. O CHC-UFPR é um órgão Suplementar da Universidade Federal do Paraná (UFPR) que faz parte da rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) de hospitais universitários federais (CHC-UFPR, 2021).

Inaugurado em 5 de agosto de 1961, é o maior hospital público do Paraná e o terceiro maior hospital universitário federal do país. Destinado a atendimento terciário, conta com aproximadamente 470 leitos, incluindo leitos pediátricos e de terapia intensiva. Tem estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos de alta complexidade e consultas especializadas, realizando procedimentos cirúrgicos e exames de diagnósticos avançados (CHC-UFPR, 2021).



Está totalmente inserido no SUS e recebe pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde de Curitiba e Região Metropolitana de Curitiba (RMC), bem como de outros estados, em alguns casos específicos. Seu quadro funcional é altamente especializado, composto por, aproximadamente, 5.000 colaboradores, incluindo prestadores de serviço e funcionários terceirizados (CHC-UFPR, 2021).

Seu Núcleo de Segurança do Paciente foi instituído e está atuante desde 2016 sob a chancela do SEVISP, denominação alterada para Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente no ano de 2022. Por meio da Unidade de Segurança do Paciente, vinculada àquele setor, são desenvolvidas atividades de gerenciamento de riscos, acolhimento de notificações de incidentes de segurança do paciente, proposição de ações de melhoria e monitoramento de planos de ação.

Em 2016, foram elaborados os protocolos de segurança do paciente para prevenção de lesões por pressão, identificação do paciente, uso seguro de medicamentos, cirurgia segura e prevenção de quedas. Sobre essa temática, foi instituído um Grupo de Trabalho para Prevenção de Quedas, que elaborou o Protocolo Institucional e implantou em Unidades de Terapia Intensiva e de internação, respectivamente, as Escalas de Hendrich II e Morse, para avaliação do risco de quedas entre pacientes adultos internados na instituição.

Entre 2017 e 2019, a Comissão para Sistematização da Assistência de Enfermagem atualizou o módulo de prescrição de enfermagem do sistema informatizado hospitalar em conjunto com diversos representantes de enfermagem da instituição, o que possibilitou a inclusão da Escala de Morse no formulário de controles de enfermagem das unidades de internação.

De 2019 a 2022, houve atualização dos protocolos, através da composição de grupos de trabalho multidisciplinares e temáticos para cada uma das metas internacionais de segurança do paciente: identificação, cirurgia segura, prevenção de lesões por pressão, uso seguro de medicamentos e prevenção de quedas. Desde então, os protocolos estão disponíveis em pastas eletrônicas compartilhadas e acessíveis a todos os colaboradores da instituição. Dado seu caráter altamente prevenível, a ocorrência de quedas entre pacientes internados constitui uma preocupação institucional.

No início do segundo semestre de 2019, o primeiro contato de gestores ligados à atenção à saúde, enfermagem, gestão da qualidade e segurança do paciente com o Programa *Fall* TIPS ocorreu por meio da coordenadora da pesquisa, egressa de um

programa de pós-doutorado na Universidade de *Harvard*, nos Estados Unidos. Nessa época, a pesquisa se encontrava na fase de Tradução e Adaptação Transcultural de documentos e instrumentos ligados ao projeto, da língua inglesa para a portuguesa, atividade realizada por discentes de enfermagem, bolsistas do projeto e pela coordenadora da pesquisa.

Na sequência, em dezembro de 2019, o projeto foi apresentado e aprovado pelo Núcleo de Segurança do Paciente da instituição e posteriormente submetido e aprovado pelo seu Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos. Desde então, têm sido desenvolvidas atividades ligadas a diferentes fases da pesquisa, por profissionais vinculados ao Programa de Pós-Graduação Prática do Cuidado em Saúde (PPGPCS), na modalidade Mestrado Profissional e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), modalidade Mestrado e Doutorado Acadêmico, assim como por alunos bolsistas e voluntários da graduação em Enfermagem, Farmácia e Gestão da Informação. As atividades têm sido desenvolvidas em parceria com profissionais ligados à gestão hospitalar e ao gerenciamento de riscos assistenciais na instituição participante, denotando uma importante parceria entre ensino, pesquisa e assistência.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O Quadro 3 apresenta os participantes do estudo de avaliabilidade e seus critérios de inclusão, de acordo com os componentes do EA, seus respectivos objetivos e estratégias:

Quadro 3 - Resumo de componentes, objetivos, estratégias e participantes do estudo de avaliabilidade  
(continua)

Componentes do EA*	Objetivos	Estratégias	Participantes	Critérios de inclusão
1. Definição do foco do EA	<p>1. Definir o foco do EA.</p> <p>2. Identificar os <i>stakeholders</i> do programa na instituição de saúde pesquisada.</p>	<p>1. Análise de documentos, relatórios e publicações científicas sobre segurança do paciente, prevenção de quedas e sobre o programa <i>Fall TIPS</i>, pela pesquisadora, de agosto de 2021 a julho de 2023.</p> <p>2. Participação da coordenadora da pesquisa em seis reuniões com gestores da instituição, que precederam a solicitação de indicação de <i>stakeholders</i> junto a gestores de enfermagem e do Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.</p>	<p><i>Stakeholders</i>, constituídos por 15 profissionais de saúde, selecionados por amostragem não probabilística intencional, mediante indicação da gestão hospitalar. Seu recrutamento foi mediante convite de gestores de enfermagem e ligados à gestão da qualidade e segurança do paciente da instituição participante, valendo-se da publicação em veículo de informação interno, conforme cronograma pré-estabelecido para a realização de oficinas (APÊNDICE 1).</p>	<p>Atuação assistencial e/ou gerencial e/ou na gestão de riscos assistenciais e/ou exercício de responsabilidade e técnica e de liderança na instituição participante.</p>
2. Desenvolvimento de uma teoria inicial do programa	<p>Construir os modelos teórico e lógico e a Matriz de Análise e Julgamento do Programa <i>Fall TIPS</i> Brasil.</p>	<p>Condução, pela pesquisadora, de seis oficinas presenciais (Trentini; Paim; Silva, 2014) com participação de <i>stakeholders</i>.</p> <p>- Duração de 60 minutos cada, de setembro a novembro de 2022.</p> <p>- Gravadas em áudio mediante autorização prévia. Emprego de <i>planner</i>. Contou com observadores integrantes do projeto <i>Fall TIPS</i> Brasil.</p>		

Quadro 3 - Resumo de componentes, objetivos, estratégias e participantes do estudo de avaliabilidade (conclusão)

Componentes do EA	Objetivos	Estratégias	Participantes	Crítérios de inclusão
3. Coleta de <i>feedback</i> sobre a teoria do programa	Validar o modelo teórico, modelo lógico e Matriz de Análise e Julgamento do Programa <i>Fall TIPS</i> Brasil.	Condução, pela pesquisadora, de três oficinas para validação (Trentini; Paim; Silva, 2014) pela pesquisadora, duas presenciais e uma <i>online</i> : - Duração de 90 minutos cada, de junho a julho de 2023, conduzidas pela pesquisadora; - Gravadas em áudio, mediante autorização prévia.	Informantes-chave, constituídos por quatro enfermeiros, com disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos e imparcialidade (Marshall, 1996). Foram recrutados mediante envio de <i>e-mail</i> com convite para a participação.	Atuação na docência ou gestão na área de segurança do paciente ou avaliação de serviços de saúde. Conhecimento prévio sobre o Programa <i>Fall TIPS</i> .
4. Contribuições para os usos do EA.	Sintetizar os principais resultados do estudo.	Elaboração de síntese dos usos do EA, em julho de 2023.	A pesquisadora.	Não se aplicam.

Fonte: A autora (2023).

Legenda: EA – Estudo de avaliabilidade; *Fall TIPS* - *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety*.

Nota: \* De acordo com Leviton *et al.* (2010) e Trevisan; Walser (2015).

Para ambos os grupos de participantes, os critérios de exclusão foram o afastamento de atividades acadêmicas, de ensino, gerenciais ou assistenciais no período de coleta de dados, em razão de impedimentos diversos.

Embora pacientes e acompanhantes, agentes no Programa *Fall TIPS* Brasil, não tenham participado diretamente de oficinas, suas contribuições se deram mediante fontes de dados indiretas, consideradas evidências. Isso ocorreu mediante a análise de produtos de fases anteriores do projeto *Fall TIPS* Brasil, que serão apresentados no capítulo de resultados.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Será apresentada em seções, de acordo com os componentes do EA.

#### 3.4.1 Definição do foco do estudo de avaliabilidade

A revisão de documentos teve início à medida em que documentos foram disponibilizados e, nesse contexto, a inclusão de novas fontes ocorreu em qualquer

ponto do estudo (Walser; Trevisan, 2015). As respostas aos pontos-chave foram organizadas e registradas em planilha eletrônica do Microsoft Excel e utilizadas para a elaboração, de maneira descritiva, de diagramas com informações necessárias à construção dos modelos teórico e lógico do Programa *Fall* TIPS Brasil. A primeira versão do modelo lógico foi desenvolvida em partes, de acordo com o papel de cada um dos agentes no programa.

Esse material foi discutido entre os membros da equipe de pesquisa do projeto (docentes pesquisadores, profissionais de saúde, estudantes de graduação em enfermagem e informática biomédica, duas mestrandas e uma doutoranda), em quatro reuniões na modalidade remota (realizadas de maio a julho de 2022), por meio do programa *Microsoft Teams*, e dois encontros presenciais, com o objetivo de coprodução de ideias e aporte de subsídios para o aprimoramento dos diagramas dos modelos teórico e lógico. Nos encontros, foram utilizadas técnicas do *Design Thinking* (DT), comuns ao processo cognitivo de trabalho do *design* (Panke, 2019). A partir de um processo multifásico e não linear, o DT oportuniza interações e aprendizados constantes (Vianna *et al.*, 2018), além de alavancar a geração de ideias em um grupo multidisciplinar com foco na resolução de problemas (Brasil, 2021d).

Uma das técnicas utilizadas foi a de *storyboard*, com emprego de maquetes, desenhos, quadros e cenários como estratégias de representação visual de histórias (Vianna *et al.*, 2018). Seu objetivo foi o de facilitar a comunicação de ideias, ações e detectar aspectos em aberto no produto ou refino de um serviço final (Vianna *et al.*, 2018), no caso, o mecanismo de operacionalização do Programa *Fall* TIPS. Nesse sentido, foi montada de maneira coletiva uma maquete em papel e base de isopor.. As cenas e personagens estão disponíveis para uso gratuito, seja na modalidade digital ou impressa, em um site especializado (SAP, 2023). Diante das particularidades do programa *Fall* TIPS, optou-se pela impressão de cenários e personagens que tivessem relação com instituições hospitalares, a saber: cenários ligados à gestão, cuidado ao paciente, monitoramento e avaliação, além de comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes.

### 3.4.2 Desenvolvimento de uma teoria inicial do programa

Para a construção dos modelos teórico e lógico e a Matriz de Análise e Julgamento do Programa *Fall* TIPS Brasil, componente 2 do EA, foram realizadas seis

oficinas (Quadro 4). As oficinas compreendem “um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social” (Afonso, 2006, p. 9). Esse método de pequenos grupos de convergência com a assistência e a pesquisa potencializa os resultados (Trentini; Paim; Silva, 2014).

Sua proposta de execução foi pactuada com a gestão da instituição hospitalar participante. Foram planejadas nove oficinas, entretanto, contingências internas na instituição demandaram ajustes de cronograma que culminaram na realização de seis oficinas. Cada oficina contou com a pesquisadora, a coordenadora do projeto *Fall TIPS Brasil* e o apoio de dois observadores integrantes do projeto *Fall TIPS Brasil*.

Na primeira oficina, que foi conduzida pela coordenadora do projeto *Fall TIPS Brasil*, os participantes receberam informações sobre o estudo, tiveram acesso e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido impresso em duas vias (TCLE) (ANEXO 1), ficando uma via impressa de posse de cada um. Após concordância, os participantes forneceram números de telefone e foram incluídos, de maneira voluntária, em um grupo de WhatsApp®, organizado com o intuito de servir, exclusivamente, para a comunicação de assuntos ligados à pesquisa.

As oficinas foram organizadas a partir dos 4 Rs da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) (Trentini; Paim; Silva, 2014), junto a *stakeholders*, identificados no componente 1, com duração média de 50 minutos, no período de setembro a novembro de 2022. Foram conduzidas pela pesquisadora, tiveram a participação da coordenadora e gravação em áudio, por observadores integrantes do projeto *Fall TIPS Brasil*, mediante autorização prévia dos participantes. O Quadro 4 apresenta a estrutura das oficinas.

Quadro 4 - Estrutura das oficinas com *stakeholders*

Ordem	PCA	Tempo (em minutos)	Atividade	Forma de coleta dados
1	Repensar	5	Devolutiva da oficina anterior, com projeção de figura com a síntese das sugestões dos participantes ao tema da oficina anterior	Gravação e transcrição
2	Reconhecer/Revelar	10	1. Projeção de <i>storytelling</i> com o papel do agente que for tema da oficina do dia.	<i>Planner</i> individual alfanumérico sobre o papel do agente no Programa <i>Fall TIPS</i> e respectiva parte do modelo lógico
3	Reconhecer/Revelar	15	2. Avaliação do modelo alusivo ao agente que for tema da oficina do dia.	
4	Repartir	20	Discussão e síntese. Agradecimentos e informes.	

Fonte: Adaptado de Trentini; Paim; Silva (2014).

A cada *stakeholder* foi entregue, no início de cada oficina, um material escrito e impresso, individualizado, denominado *planner* (APÊNDICE 2), com código QR para acesso a materiais no *website* do Programa *Fall TIPS* Brasil (UFPR, 2023). Continha também uma versão preliminar dos modelos teórico e lógico, questões abertas, 26 perguntas avaliativas sugeridas pela literatura (Trevisan; Walser, 2015) e espaço para inclusões. As transcrições de registros em *planner* e as respectivas discussões gravadas entre os participantes foram feitas imediatamente após cada oficina, pela própria pesquisadora.

Com o objetivo de facilitar o entendimento dos participantes sobre o funcionamento do Programa *Fall TIPS* durante as oficinas, utilizou-se uma técnica do DT denominada *storytelling*. Essa técnica se utiliza do registro de histórias para comunicar situações, estabelecer contatos e instigar a imaginação das pessoas, de modo a envolvê-las em ações e comportamentos específicos (Lupton, 2020). Na modalidade digital, as narrativas se utilizam de meios visuais que sintetizam áudio, vídeo, imagens e textos, a fim de elucidar histórias complexas de maneira atraente e acessível e capturar as experiências vividas por participantes e usuários durante o processo de pesquisa (West *et al.*, 2022). Embora tenham o mesmo objetivo, as narrativas do tipo contação de história podem ser expressas sob a forma de histórias em quadrinhos, diálogos e imagens, e demandam menos recursos (Lupton, 2020).

A escolha da técnica foi motivada pelo anseio de que os participantes pudessem conhecer, em cada oficina, o diálogo entre gestores e lideranças sobre a ocorrência de quedas e seus danos em uma instituição de saúde, bem como sobre o Programa *Fall* TIPS como uma estratégia para enfrentamento da questão. O roteiro da história, no formato de quadrinhos, foi feito manualmente pela pesquisadora e posteriormente transcrito para o programa Microsoft Powerpoint® e ilustrado a partir do recurso de *design* SAP AppHaus (SAP, 2023), com o apoio de dois bolsistas do projeto.

Para os diálogos, foram consultados materiais elaborados nas fases anteriores do projeto *Fall* TIPS Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar (Gonçalves *et al.*, 2023; Meira, 2021; Figueredo, 2021; Andrade, 2022). Em adição, foram empregados os diagramas construídos na etapa de análise documental e que também estavam contidos nos *planners* individuais.

A disposição das temáticas e abordagens realizadas nas oficinas foi a seguinte:

1. Primeira oficina: Constituída pela apresentação do grupo de pesquisa, convite à pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram apresentadas a forma de condução das oficinas e a modalidade de registro de dados durante seu desenvolvimento, por meio de gravação, transcrição de falas em planilha eletrônica, organização e síntese das respostas registradas pelos participantes em *planner*.

2. Segunda oficina: Destinada à apresentação do modelo teórico do Programa *Fall* TIPS Brasil: contexto interno, implementação e efeitos do programa, realizada após a projeção do *storytelling*. A seguir, os participantes foram convidados a registrar suas respostas a duas questões disparadoras no *planner*. Na sequência, houve discussão e breve síntese das atividades realizadas, programação e comunicação da data da próxima oficina.

3. Terceira oficina: Nela foi realizada a apresentação da síntese de contribuições para o modelo teórico recebidas na segunda oficina. A seguir, houve discussão dos pontos apresentados e consenso, entre os participantes, de que os itens refletiam os itens essenciais para a construção do modelo teórico do Programa *Fall* TIPS Brasil. Na sequência, foram apresentados o *storytelling* e o diagrama com a



parte do modelo lógico alusiva ao papel de líderes no Programa *Fall* TIPS Brasil. Essa etapa foi sucedida pela resposta a uma questão disparadora no *planner*. Na sequência, houve discussão e breve síntese das atividades realizadas, programação e comunicação da data da próxima oficina.

4. Quarta oficina: Apresentou-se a síntese de contribuições para o modelo lógico sobre o papel dos líderes, recebidas na terceira oficina. A seguir, houve discussão dos pontos apresentados e consenso, entre os participantes, de que os itens refletiam os itens essenciais para a construção do referido modelo lógico no Programa *Fall* TIPS Brasil. Na sequência, foram apresentados o *storytelling* sobre o papel dos profissionais de saúde e o modelo lógico desse *stakeholder* no Programa *Fall* TIPS Brasil. Essa etapa foi sucedida pela resposta a uma questão disparadora no *planner*. Na sequência, houve discussão e breve síntese das atividades realizadas, programação e comunicação da data da próxima oficina.

5. O intervalo entre a quarta e a quinta oficinas pressupunha a realização de atividades autônomas no *planner*: 1. Leitura, análise e registro de impressões sobre o modelo Lógico com o papel de *champions* e pacientes e acompanhantes no Programa *Fall* TIPS Brasil; 2. Respostas a uma questão disparadora sobre o modelo lógicos dos *champions* e outra sobre os pacientes/acompanhantes; 3. Leitura, sugestão e priorização de 26 perguntas avaliativas contidas no *planner* (por prioridade de 1 a 10, sendo 1 a mais importante e 10 a menos, e zero, pergunta que poderia ser descartada).

6. Quinta oficina: Destinada à apresentação da síntese de contribuições registradas em *planner* para o papel dos profissionais de saúde no Programa *Fall* TIPS Brasil. Houve a projeção e apresentação do *storytelling* sobre o papel de *champions* e pacientes e acompanhantes no Programa *Fall* TIPS, e a conclusão da história contada ao longo das oficinas. Na sequência, foi entregue uma versão impressa colorida, seguida pela apresentação, em modalidade eletrônica (Powerpoint), dos modelos teórico e lógico. Esses modelos foram construídos a partir da transcrição e análise das respostas registradas em *planners* e das gravações das discussões ocorridas nas oficinas anteriores acerca do papel de líderes e profissionais de saúde no Programa *Fall* TIPS Brasil. Por sua vez, os modelos lógicos de *champions* e pacientes e acompanhantes foram coproduzidos a partir das contribuições por escrito, no *planner*, feitas pelos participantes de maneira autônoma entre a 4ª e 5ª oficinas.

Na sequência, houve discussão e um breve resumo das atividades realizadas, programação e comunicação da data da próxima oficina.

7. Sexta oficina: Destinada à apresentação do modelo teórico e do modelo lógico atualizados com as sugestões dos participantes, compiladas ao longo das oficinas, além da síntese de perguntas avaliativas, por ordem de prioridade, sobre o Programa *Fall* TIPS Brasil. A oficina foi iniciada com a projeção dos modelos teórico e lógico com as sugestões recebidas durante a discussão realizada na oficina anterior e, na sequência, houve a projeção da análise de frequência simples, em Microsoft Excel, com o resultado das 15 perguntas avaliativas que foram prevalentes. Essa atividade foi seguida por rodada para consenso sobre perguntas avaliativas sobre o Programa *Fall* TIPS, a partir do seguinte enunciado: Qual a ordem de importância dessas 15 perguntas avaliativas pré-selecionadas pelo grupo, sobre o Programa *Fall* TIPS? Ou, em sua opinião, todas as questões teriam o mesmo peso? Para tanto utilizou-se de *link* construído a partir de formulários do Google®. Os resultados dessa atividade serviram de subsídio para a elaboração posterior da MAJ pela pesquisadora.

Para construção da matriz de análise e julgamento do Programa *Fall* TIPS Brasil, nas duas últimas oficinas foram realizadas duas rodadas para priorização de perguntas, em ordem crescente numérica (sendo 1 a mais importante, e 10 a menos importante). A cada rodada, as respostas foram transcritas, e os dados foram organizados utilizando planilhas eletrônicas para cálculo das frequências relativas, buscando-se consenso mínimo de 20%, dado o número de perguntas avaliativas propostas.

Os dados registrados nos *planners*, provenientes das oficinas com *stakeholders*, foram inseridos em planilha eletrônica do programa Microsoft Excel® pela própria pesquisadora. Os arquivos de áudios provenientes dessas oficinas foram transcritos por meio de carregamento de arquivos em formato mp3 no programa Microsoft Word® *online*. Na sequência, as transcrições foram conferidas, frase por frase, pela própria pesquisadora, em busca de inconsistências geradas pelo programa, além de atribuição da mesma codificação alfanumérica do *planner* do participante, de P (Participante) de 1 a 15. A essa etapa se seguiram a análise dos dados e a atualização dos materiais apresentados ao longo das oficinas e adequações no formato de apresentação dos diagramas a serem utilizados no próximo componente.

### 3.4.3 Coleta de *feedback* sobre a teoria do programa

No presente estudo a validação consistiu na qualificação e legitimação, por informantes-chave, das informações pertinentes ao modelo teórico, à convergência entre recursos, atividades, resultados e demais componentes do modelo lógico, e matriz de análise e julgamento do Programa *Fall* TIPS Brasil, elaborada a partir das perguntas avaliativas que alcançaram consenso.

Neste componente, foram realizadas três outras oficinas, organizadas a partir dos 4 Rs da PCA (Trentini; Paim; Silva, 2014), duas presenciais e uma *online*, que contaram com a participação de informantes-chave (Quadro 4). A palavra “validar” implica ratificar, tornar legítimo ou válido a partir de alguma regra ou critério predefinido (Dicio, 2023). Em estudos que envolvem a implementação de políticas e programas de saúde, a figura do informante-chave na validação de informações pode trazer subsídios ímpares sobre a congruência entre recursos, atividades e resultados (Mendes *et al.*, 2010). Além desses aspectos, pode acrescentar estratégias capazes de aumentar a efetividade das intervenções (Marshall, 1996).

As oficinas tiveram duração de 90 minutos, no período de junho a julho de 2023. Foram conduzidas pela pesquisadora com a participação da coordenadora do projeto *Fall* TIPS Brasil e gravadas em áudio, mediante autorização prévia. Na primeira oficina foram entregues as versões impressas dos modelos teórico e lógico, elaborados no componente anterior, e da matriz de análise e julgamento, com uma proposta de indicadores para avaliação do Programa *Fall* TIPS Brasil. A seguir, em “Reconhecer/revelar”, era feita uma breve apresentação, mediante projeção multimídia, de um tema por oficina. “Repartir” era reservado à discussão, breve síntese dos assuntos tratados, comunicados e agradecimentos. Seguindo a estrutura dos encontros, a oficina subsequente era iniciada com o “Repensar”, mediante projeção do material utilizado na oficina anterior, com as sugestões de alteração oriundas das discussões do encontro anterior. Na sequência, havia nova discussão do tema até consenso, seguida por abordagem do tema do dia em “Reconhecer/revelar”.

A disposição das temáticas e abordagens realizadas nas oficinas foi a seguinte:

1. Primeira oficina: Breve apresentação, seguida por discussão do modelo teórico, mediante projeção multimídia. Os participantes foram esclarecidos sobre os

domínios contemplados: demandas, recursos (insumos, recursos financeiros e força de trabalho), processos, produtos, resultados e fatores externos à instituição. Em seguida, a equipe checkou itens e ideias contidas no modelo, domínio por domínio. Os informantes opinaram livremente e puderam sugerir exclusões, inclusões ou modificações na alocação dos itens. A versão final, para ser considerada validada, deveria ser aprovada por consenso entre os participantes.

2. Segunda oficina: Teve início com a projeção multimídia do modelo teórico do programa, com nova diagramação proveniente das sugestões recebidas no primeiro encontro. Durante a discussão, com novas sugestões de inserções, realocações e exclusões de termos, optou-se por abordar o modelo lógico, a partir do entendimento de que traria contribuições para o modelo teórico. Na oportunidade, as participantes foram esclarecidas sobre cada um dos componentes (recursos, processo assistencial, engajamento de pacientes e acompanhantes, educação permanente e gestão) e puderam emitir opiniões, fazer inserções e realocação de itens, os quais foram discutidos e resumidos ao final do encontro.

3. Terceira oficina: Iniciada com a projeção de modelos teórico e lógico com alterações oriundas dos encontros anteriores. Foi seguida por discussão sobre os construtos, momento em que as sugestões para novas inserções, exclusões e realocações foram detalhadamente abordadas. A Matriz de Análise e Julgamento não foi abordada, por limitação de tempo, razão pela qual os participantes deram devolutivas por *e-mail*.

Os arquivos de áudio provenientes das oficinas com informantes-chave foram transcritos por meio de carregamento de arquivos em formato mp3 em programas editores de texto *online*. Na sequência, as transcrições foram conferidas, frase por frase, pela própria pesquisadora, em busca de inconsistências geradas pelo programa, além de atribuição de codificação alfanumérica de I1 a I3 (informante-chave 1 a informante-chave 3).

#### 3.4.4 Contribuições para os usos do estudo de avaliabilidade

Este componente incluiu a síntese dos achados dos componentes anteriores.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a definição do foco, componente 1 do EA, os documentos foram analisados à luz dos pontos-chave propostos por Bezerra, Cazarin e Alves (2010) para a elaboração de modelos: 1. Situação problema a ser solucionada com o programa; 2. Programa de saúde criado para resolver o problema; 3. Objetivo geral do programa; 4. Objetivos específicos do programa; 5. Metas a serem alcançadas pelo programa; 6. Qual a população-alvo do programa; 7. Quais as dimensões do programa; 8. Quais as atividades desenvolvidas dentro do programa; 9. Estruturas demandadas pelo programa para que ele cumpra sua função; 10. Quais os produtos que se espera obter com a realização do programa; 11. Quais resultados o programa pretende alcançar; 12. Que fatores podem influenciar no alcance dos resultados, além dos relacionados ao programa.

Os registros oriundos das oficinas junto a *stakeholders* e informantes-chave nos componentes 2 e 3 foram submetidos a análise de conteúdo (Bardin, 2021). A opção pela técnica se justifica por seu caráter qualitativo, que analisa profundamente aspectos subjetivos, ao admitir a não neutralidade entre pesquisador, objeto de pesquisa e contexto. Destarte, o procedimento de pesquisa em tela considera o autor, o destinatário, as formas de codificação e transmissão da mensagem para além do conteúdo (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021; Bardin, 2021).

Por definição, a Análise de Conteúdo é um conjunto de procedimentos para análise de dados, amplamente utilizada nas ciências e que envolve a codificação e categorização do material de pesquisa, com o objetivo de identificar padrões, temas e significados subjacentes ao conteúdo (Bardin, 2021). A técnica proposta por Lawrence Bardin, se organiza em três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos dados, inferência e experimentação (Bardin, 2021).

A pré-análise consiste na organização do material, com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, a fim de conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise (Bardin, 2021). Nessa fase são selecionados os materiais a serem lidos, formulados hipóteses e objetivos, e produzidos indicadores que fundamentem a interpretação final dos dados. O primeiro contato com o material transcrito foi a leitura flutuante, atividade que permeia a seleção e documentos capazes de fornecer informações sobre a

temática pesquisada. O conjunto dos documentos selecionados para a análise é denominado de *corpus* (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021; Bardin, 2021).

Sobre a seleção do *corpus*, a autora considera algumas regras, que incluem: 1. a exaustividade, ou seja, a presença de todos os elementos do *corpus*; 2. representatividade, entendida como a capacidade de os resultados obtidos para a amostra representarem o todo; 3. homogeneidade, ou seja, os documentos retidos devem obedecer a critérios precisos de escolha e não tenderem a serem singulares; 4. a pertinência, de modo que os documentos selecionados sejam capazes de atender ao objetivo que suscita a análise (Bardin, 2021). Por sua vez, a formulação ou reformulação de hipóteses e objetivos leva em conta a efemeridade da hipótese inicial, que pode ser confirmada, refutada e dar lugar a outras hipóteses a partir dos procedimentos de análise utilizados. Entende-se que os índices são explicitados pela análise, selecionados e organizados em indicadores, a partir das hipóteses. A leitura flutuante culminou com a seleção de informações e a definição de categorias, representadas por uma lista pré-definida pela autora. A lista continha códigos sobre os diferentes itens que compuseram os modelos teórico e lógico e a matriz de análise e julgamento.

Na exploração do material, processo iterativo e flexível, os dados foram analisados e organizados em categorias (Bardin, 2021), que incluíram os contextos que influenciam o programa, recursos, objetivos, atividades, resultados, impacto, metas e questões ligadas à sua execução em instituições de saúde. Na etapa seguinte, de Tratamento dos Dados, ocorreram a análise, interpretação e apresentação de conclusões, de maneira clara e objetiva, momento em que os dados foram correlacionados e adicionados aos modelos teórico e lógico, além de terem servido de fundamentação para a matriz de análise e julgamento do programa.

Vale ressaltar que a análise categorial é um processo iterativo e flexível. Assim, de posse do *corpus* textual, os dados foram correlacionados e adicionados aos modelos teórico e lógico, e serviram de fundamentação para a matriz de análise e julgamento, considerados categorias temáticas.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo incorpora no seu desenho os referenciais básicos da Resolução CNS 466/2012, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à

comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (Brasil, 2012). Da mesma forma, salvaguarda as Orientações para Procedimentos em Pesquisas com Qualquer Etapa em Ambiente Virtual (Brasil, 2021a). Foi conduzido conforme as diretrizes nacionais da ética em pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Os participantes de todos os componentes do EA assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordaram com a gravação em áudio e realização de fotos. Os deveres de proteger o anonimato dos participantes da pesquisa e de manter confidenciais os dados ficaram a cargo da pesquisadora, como forma de assegurar a proteção contra esforços deliberados, por pessoas estranhas à pesquisa, de empregar os dados da pesquisa para outros objetivos que não os originalmente descritos (Marconi; Lakatos, 2019). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos do CHC-UFPR, conforme CAAE 25637519.8.0000.0096 e Pareceres nº 3.819.159 e n.º 4.297.946 (ANEXOS 2 e 3).

Os participantes *stakeholders* e os informantes-chave foram identificados pelo seu nome social. Na sequência, tiveram seus nomes substituídos pelas letras “P” (Participante *stakeholder*) e “I” (Informante-chave), seguidas por um número cardinal, por ordem de transcrição das respostas *do planner*.

Não foram previstos riscos diretos aos participantes, a não ser um possível constrangimento relacionado com alguma questão e/ou receio de os envolvidos de terem suas opiniões expostas, além de demanda de tempo maior do que o previamente agendado, haja vista a abordagem e discussão de diversos temas. Foi assegurada a possibilidade de desistência do participante sem qualquer prejuízo, durante quaisquer das etapas da pesquisa.

Importante mencionar que não é incomum a condução de estudos de avaliabilidade em ambiente profissional, e na metodologia proposta por Walser e Trevisan (2015) isso não é visto como um problema. Esses autores pontuam que, para a instituição pesquisada e para o profissional, é conveniente e agrega resultados (Walser; Trevisan, 2015). É digno de nota que a mediação dos demais integrantes do projeto de pesquisa, não vinculados à instituição participante, minimizou possível viés e conflito de interesse, pela dupla função na condução e atuação profissional.

## 4 RESULTADOS

Embora os objetivos, as ações e possíveis resultados atribuíveis ao programa não estivessem explicitamente apresentados nos documentos examinados, o que é comum neste tipo de estudo, foi possível identificar esses elementos na análise do material proveniente das oficinas e da participação dos informantes-chave. O presente estudo de avaliabilidade resultou na construção do modelo teórico (MT), modelo lógico (ML) e da matriz de análise e julgamento (MAJ) do Programa *Fall* TIPS Brasil. Os resultados serão descritos de acordo com os componentes do EA.

### 4.1 DEFINIÇÃO DO FOCO DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

A consulta a publicações ligadas à implementação do Programa *Fall* TIPS em realidades diversas da brasileira abriu caminhos para melhor compreensão da temática das quedas em ambiente hospitalar. Contribuiu ainda para a identificação dos objetivos e metas propostos pelos idealizadores do programa, servindo para o melhor entendimento do programa e dos aspectos necessários à sua implementação. Da mesma forma, a análise de documentos e publicações serviu de base para a primeira versão sobre os objetivos, escopo e limites da abordagem de avaliabilidade escolhida, sobre o tipo e níveis de envolvimento de *stakeholders*, bem como para o apontamento das responsáveis pela condução do estudo de avaliabilidade na instituição de saúde pesquisada.

A seguir, no Quadro 5, as fontes de dados e sua correlação com pontos-chave:

Quadro 5 - Fontes de evidência para construção do foco do estudo de avaliabilidade e desenvolvimento de uma teoria inicial do Programa *Fall* TIPS Brasil

(continua)

Numeração da fonte de evidência	Documento/Material	Instituição Dados complementares
F*1	RDC nº 36/2013, de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente.	Anvisa (Brasil 2013b).
F*2	Portaria nº 5 de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	Ministério da Saúde (Brasil, 2017b).



Quadro 5 - Fontes de evidência para construção do foco do estudo de avaliabilidade e desenvolvimento de uma teoria inicial do Programa *Fall* TIPS Brasil

(conclusão)

Numeração da fonte de evidência	Documento/Material	Instituição Dados complementares
F*3	Portaria MS nº 2095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente.	Ministério da Saúde (Brasil, 2017d).
F*4	Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde.	Ministério da Saúde (Brasil, 2013c).
F*5	Caderno NSP: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.	Ministério da Saúde (Brasil, 2016).
F*6	Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).	Anvisa (Brasil, 2014).
F*7	Caderno Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.	Anvisa (Brasil, 2017a).
F*8	Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?	Anvisa (Brasil, 2017c).
F*9	Relatório de gerenciamento de riscos do CHC-UFPR, período de 2016 a 2019; Ata do Núcleo de Segurança do Paciente de 03/12/2020.	Apresentação de dados sobre quedas e manifestação de interesse no Programa <i>Fall</i> TIPS pela gestão.
F*10	Artigos e materiais referentes ao Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil; informações provenientes das duas primeiras fases do projeto "Difusão e adoção do <i>Fall</i> TIPS no Brasil.	(Faria; Gonçalves, 2021); (Meira <i>et al.</i> , 2021); (Figueredo, 2021); (Silva; Gonçalves, 2021); (Gonçalves; Gonçalves, 2021); (Cavalcante; Gonçalves, 2021); (Fagundes; Gonçalves, 2021); (Fagundes, 2021); (Fagundes; Gonçalves, 2022); (Sumnienski; Gonçalves, 2022); (Cavalcante; Gonçalves, 2022); (Shigueoka; Gonçalves, 2022); (Porto; Gonçalves, 2022); (Andrade, 2022); (Hermann <i>et al.</i> , 2023); (Gonçalves <i>et al.</i> , 2023).
F*11	Ferramentas, instrumentos, manuais e roteiros a serem utilizados nas diferentes fases do processo de implementação do programa	<i>Website Fall</i> TIPS (Fall T.I.P.S, 2023).
F*12	Publicações científicas sobre o Programa <i>Fall</i> TIPS (APÊNDICE 3)	Quadro síntese artigos <i>Fall</i> TIPS.
F*13	Oficinas junto a <i>stakeholders</i> Validação junto a informantes-chave	Dados transcritos de <i>planners</i> . Transcrição de oficinas gravadas.

FONTE: A autora (2023).

Legenda: Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; *Fall* TIPS: *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety*; F\*: Fonte de evidência.

A seguir, no Quadro 6, as fontes de dados e sua correlação com pontos-chave respondidos:

Quadro 6 - Fontes de informações para a elaboração dos modelos teórico e lógico do Programa *Fall* TIPS Brasil e sua correlação com pontos-chave respondidos

(continua)

Questões-chave	Fontes de evidências	Respostas aos pontos-chave
1. Situação problema a ser solucionada com o programa	F*1-F*10	Quedas hospitalares, causadas por múltiplos fatores e preveníveis em mais de 90% das situações. Majoritariamente, ocorrem em ambientes adjacentes ao leito e quarto do paciente, a despeito da avaliação de risco para quedas e indicação de cuidados universais para sua prevenção.
2. Programa de saúde criado para resolver o problema	F*10-F*12	<i>Fall</i> TIPS adaptado ao contexto brasileiro.
3. Objetivo geral do programa	F*11-F*12	Prevenir quedas e seus danos, em instituições de saúde, por meio de um pôster laminado para fixação à beira do leito, disponível para pacientes adultos, acompanhantes e equipes assistenciais, que possibilita o preenchimento, em conjunto, de fatores de risco individuais e sua correlação com estratégias preventivas de quedas.
4. Objetivos específicos do programa	F*11-F*12	(4a) Proporcionar cuidado centrado no paciente a partir das experiências com a prevenção de quedas oriundas do programa; (4b) Contribuir para a disseminação da cultura de segurança junto a profissionais, pacientes e acompanhantes; (4c) Oportunizar a comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e acompanhantes; e (4d) Desenvolver habilidades e competências, na equipe de saúde, necessárias à prestação de cuidados centrados nas pessoas.
5. Metas a serem alcançadas pelo programa	F*11-F*12	(5a) Instituir normas, padrões e rotinas focados na prevenção de quedas entre pacientes internados em instituições de saúde, a partir do planejamento, execução, avaliação e monitoramento intervenções preventivas personalizadas para cada paciente; (5b) Desenvolver o processo de trabalho das equipes com foco no cuidado centrado no paciente; e (5c) Envolver o paciente/acompanhante na prevenção de quedas, da admissão à alta.
6. Qual a população-alvo do programa	F*1-F*13	Profissionais de saúde, pacientes internados e acompanhantes.
7. Quais as dimensões do programa	F*11-F*13	Recursos (subdivididos em financeiros, físicos, materiais e pessoas); dimensão assistencial (subdividida em <i>champions</i> , profissionais de saúde e pacientes/acompanhantes); dimensão engajamento do paciente e do acompanhante; educação permanente; e dimensão gestão.
8. Quais as atividades desenvolvidas dentro do programa	F*8; F*11-F*13	Avaliação do risco de quedas, proposição e implementação de plano de cuidados com engajamento de pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde em todas as suas etapas. Gestão da mudança do processo assistencial. Cooptação e capacitação de profissionais de saúde para envolvimento no programa. Engajamento de pacientes e acompanhantes.
9. Estruturas demandadas pelo programa para que ele cumpra sua função	F*11-F*13	Ambiente físico para educação permanente de profissionais de saúde, recursos financeiros, pessoas e materiais (pôster laminado para fixação à beira do leito), além de insumos necessários à sua implementação e sustentabilidade.

Quadro 6 - Fontes de informações para a elaboração dos modelos teórico e lógico do Programa *Fall* TIPS Brasil e sua correlação com pontos-chave respondidos

(conclusão)

Questões-chave	Fontes de evidências	Respostas aos pontos-chave
10. Quais os produtos que se espera obter com a realização do programa	F*8; F*11-F*13	Fomento a um sistema que promova a tomada de decisões compartilhadas entre os agentes do Programa <i>Fall</i> TIPS Brasil.
11. Quais resultados o programa pretende alcançar	F*8; F*11-F*13	Evolução positiva da cultura de segurança no quesito participação de pacientes e acompanhantes para uma internação hospitalar livre de quedas. Promoção de cuidados voltados à prevenção de quedas centrados nas pessoas e melhoria nos sistemas de notificação e monitoramento de quedas.
12. Que fatores podem influenciar no alcance dos resultados, além dos relacionados ao programa.	F*8; F*11-F*13	Fatores de contexto interno/político/institucional, entendidos como os fatores ligados ao apoio da gestão na implementação do programa (disponibilização de pessoas, recursos financeiros, físicos e materiais) e cultura institucional; b) Fatores de contexto externo, ligados à organização dos sistemas de saúde, públicos ou privados, e inerentes ao cenário político, econômico e de programas de saúde do país.

Fonte: A autora (2023).

Legenda: *Fall* TIPS - *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety*; F\*: Fonte de evidências; F\*1 RDC nº 36/2013 (Brasil, 2013b); F\*2: Portaria nº 5 de 2017 (Brasil, 2017b); F\*3: Portaria MS nº 2095 (Brasil, 2017d); F\*4: Protocolo de Prevenção de Quedas (Brasil, 2013c); F\*5: Caderno NSP: Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (Brasil, 2016); F\*6: Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2014); F\*7: Caderno Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática (Brasil, 2017a); F\*8: Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? (Brasil, 2017c); F\*9: Relatório de gerenciamento de riscos do CHC-UFPR, período de 2016 a 2019; Ata do Núcleo de Segurança do Paciente de 03/12/2020; F\*10: Artigos referentes ao Programa *Fall* TIPS Brasil (Hermann *et al.*, 2023, Gonçalves *et al.*, 2023); F\*11: Material para treinamento, auditorias e ferramentas *Fall* TIPS (*website*); F\*12: Publicações científicas sobre o Programa *Fall* TIPS; F\*13: Oficinas junto a *stakeholders*/Validação junto a informantes-chave.

A partir da análise de evidências, a discussão com os membros da equipe de pesquisa do projeto *Fall* TIPS Brasil teve por objetivo a coprodução de ideias e aporte de subsídios para o aprimoramento dos diagramas dos modelos teórico e lógico. A construção de uma maquete, técnica de *storyboard* do DT, permeou a comunicação de ideias, ações e permitiu melhor compreensão sobre o papel de cada um dos agentes no Programa *Fall* TIPS Brasil. A Figura 3 ilustra uma das fontes de evidência do presente EA, a maquete em isopor e papel elaborada pela equipe de pesquisa do projeto *Fall* TIPS Brasil.

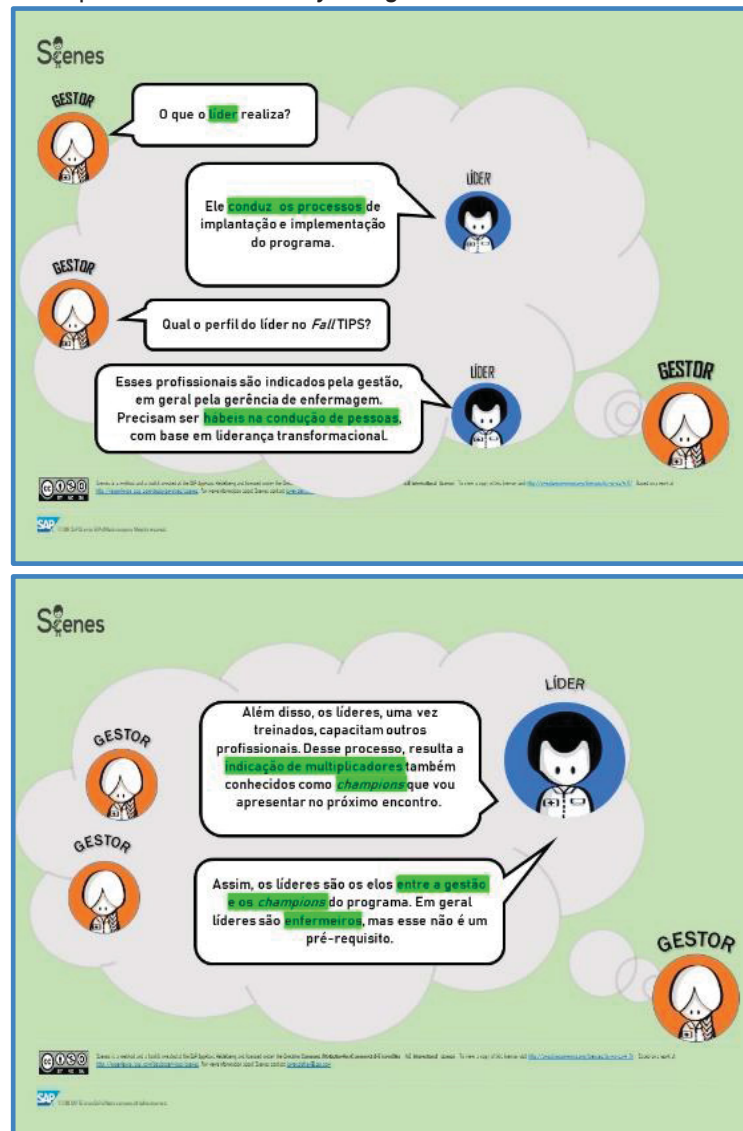
Figura 3 - Maquete elaborada pela equipe de pesquisa do projeto *Fall TIPS Brasil*



Fonte: Gonçalves (2020a).

Da mesma forma que na maquete, diferentes cenários e agentes no programa foram sintetizados em ilustrações e diálogos, dessa vez em formato de contação de histórias, ou técnica de *storytelling* do DT, os quais foram projetados em cada oficina. A figura 4 ilustra uma tela do *storytelling* apresentada em oficina junto a *stakeholders*.

Figura 4 - Exemplos de telas do *storytelling* utilizadas em oficinas com *stakeholders*



Fonte: Gonçalves (2020a).

O EA foi conduzido pela pesquisadora, qualificada para o papel por atuar profissionalmente na assistência e na gestão na instituição participante desde o ano de 2004, além de estar envolvida na adaptação do Programa *Fall TIPS* ao contexto brasileiro desde seu início. Essas características lhe conferiram uma posição interna à instituição na operacionalização do presente estudo, bem como sensibilidade ao contexto de implementação. Outros diferenciais incluíram o contato frequente com *stakeholders*, acesso a documentos, normas e registros, além de compromisso, a longo prazo, com o aperfeiçoamento do programa e apoio ao processo de avaliação do Programa *Fall TIPS* Brasil.

## 4.2 DESENVOLVIMENTO DE UMA TEORIA INICIAL DO PROGRAMA

No componente 2, todos os 15 *stakeholders* que foram indicados participaram do estudo: 14 enfermeiros, sendo 13 (92,5%) do sexo feminino e um (7,1%) do sexo masculino. Uma profissional do sexo feminino, com formação em medicina, foi indicada em razão de participação anterior em ciclos de melhoria contínua na instituição. Entre os 15 *stakeholders*, a média de idade foi de 41,46 anos, e seis (40,0%) possuíam menos de 40 anos. O tempo de formação foi compreendido entre 2 e 27 anos, com média de 16,3 anos. Em relação à maior titulação: dois possuíam graduação (13,3%), três possuíam especialização *lato sensu* (20,0%), seis possuíam mestrado (40,0%) e quatro possuíam doutorado (26,7%). O tempo de atuação na área atual variou entre menos de 1 ano e 15 anos, com uma média de 6 anos. A distribuição em relação a áreas de atuação foi: dois na segurança do paciente; cinco na gestão de enfermagem e comissões de educação permanente e sistematização da assistência de enfermagem; e oito alocados nas unidades de transplante de medula óssea, infectologia, clínica cirúrgica e atendimento materno-infantil.

### 4.2.1 Construção do modelo teórico

A partir de uma proposta que incluía, para o modelo teórico, um diagrama simples, em formato de blocos, com o contexto externo, contexto interno político institucional, implementação e efeitos do programa, as falas dos *stakeholders* convergiram para a estranheza e atribuição de graus de importância heterogêneos à temática prevenção de quedas entre pacientes internados, conforme os excertos:

*Os profissionais de saúde têm que ter entendimento ou sensibilização quanto ao que a implementação do programa vai contribuir para a redução de quedas. (P9)*

*[precisa] Fortalecer a prevenção de quedas como uma das metas institucionais. (P4)*

Nessa linha, houve sugestões dos participantes sobre o que seria necessário no contexto interno para a implementação do Programa *Fall* TIPS, conforme os excertos:

*Mudança de cultura institucional (...).(.) (P1)*

*(...) treinamentos com a equipe. (P2)*

*Mudar a cultura dos nossos colaboradores. (P5)*

*Treinar, formar os profissionais (...) (P1, P2)*

*(...) os profissionais “precisam” entender ou “deixar mais clara” a importância do engajamento de pacientes e acompanhantes. (P13)*

Isso foi confirmado pela citação de estratégias ligadas ao fortalecimento da prevenção de quedas como meta a ser perseguida e estímulo à notificação do incidente no contexto interno institucional:

*(...) todas as esferas e profissionais deverão conhecer o Programa Fall TIPS e serem público-alvo para a educação permanente (...) [precisa ter] Estímulo à notificação de quedas (...) [que] deve ser (...) referente às medidas de prevenção, à integração dos processos, e à notificação quando houver não conformidade em relação às medidas pactuadas para a prevenção de quedas pelo programa e/ou falha na adesão aos protocolos de segurança do paciente. (P4)*

*Envolver a equipe e mudar o processo de trabalho. (P2)*

*Engajamento dos profissionais de saúde em ações e monitoramento das ações para prevenção de quedas. (P3)*

*(...) desde a gestão até os demais profissionais dentro da equipe multiprofissional têm que ter conhecimento do Fall TIPS (...) mudar a forma de entendimento dos participantes, para que eles tenham comprometimento com o programa. (P9)*

*Sistema que promova a tomada de decisões compartilhadas. (P12)*

*Criar e cultivar clima de segurança favorável ao engajamento e empoderamento dos pacientes. (P15)*

#### 4.2.2 Construção do modelo lógico

A proposta inicial de modelo lógico apresentada pela pesquisadora foi organizada a partir das atividades desempenhadas por cada agente dentro do programa, e cada agente foi abordado em uma oficina. Embora na última tenha sido apresentado um modelo que agregasse todos os agentes, a versão foi apontada como pouco clara e carente de informações necessárias à compreensão dos objetivos, atividades e do papel dos diferentes agentes do Programa *Fall TIPS*, como evidenciam os excertos:

*O diagrama [do modelo lógico] não reflete o planejamento e implementação da estratégia [do Programa Fall TIPS], não consegui visualizar seu propósito no projeto, pois não alcança seu objetivo no planner. (P6, P7, P10)*

*(...) na identificação [do modelo lógico] (...) esse conceito [sobre os papéis dos agentes] tem que estar claro para quem está lendo (...) (P4, P11, P15)*

*Quem seriam os líderes? (P1)*

*(...) teria que definir melhor os líderes e lideranças. Não ficou claro. (P5)*

*Deixar claro os termos do diagrama: líderes e champions. (P13)*

*Inserir glossário. (P7, P11)*

Outras falas identificaram a necessidade de outras alterações no formato de apresentação do modelo lógico:

*Os itens descritos no diagrama abrangem a necessidade para implantação, porém são processos complexos de melhoria institucional, os quais não permitem vislumbrar efetivamente esta melhoria. (P6)*

*Usar as ferramentas [do Programa Fall TIPS Brasil] antes da implantação, deixar claro. (P4).*

A educação permanente voltada a profissionais de saúde para uso das ferramentas que compõem o Programa *Fall TIPS Brasil* se justifica face ao necessário reforço contínuo de temas ligados ao programa e à rotatividade de pessoas tanto nas instituições de saúde, quanto entre serviços.

*O profissional de saúde deve ser um defensor e propagador além de instrumento de viabilização do programa (...) sugiro que isso fique claro (...) incluir capacitação constante, atualização, no que concerne à implementação do programa. (P14)*

As auditorias e o monitoramento de dados foram apontados como momentos de compartilhamento de informações:

*(...) é isso que a gente vem buscando em vários pontos: a inter-relação numa comunicação, a discussão em grupo. E por que não fazer momentos nesse sentido, sabe? Envolver os vários atores, não só quem faz o monitoramento de indicador, mas quem treina, quem orienta uma coisa e outra. (P7)*

A cultura de segurança foi associada ao resultado de pelo menos quatro atividades no modelo lógico. As atividades incluíram a comunicação institucional e o engajamento de pacientes e acompanhantes.



*A base principal, trazer essa cultura do cuidado centrado no paciente, ele e os familiares participam, que é algo que eu vejo como uma fragilidade. (P15)*

*Hoje a gente tem políticas muito restritas e isso tem que vir da alta gestão, como falaram aqui de segurança, recepção, a equipe assistencial vai ter que permear tudo, é o tom. (P15)*

Quanto aos efeitos e impactos atribuíveis ao Programa *Fall* TIPS:

*O efeito pretendido [pelo Programa *Fall* TIPS] que tem que ser considerado. (P7)*

*A instituição ser reconhecida interna/externamente sobre o trabalho que realizou e sustentou para a prevenção de quedas. (P7)*

*Impacto do programa como um índice de qualidade assistencial/qualidade do cuidado. Outro efeito se refere à motivação da equipe, por meio da visualização de resultados positivos e também como um reflexo da satisfação do paciente e acompanhante. Destacar que se trata de uma qualificação institucional e demonstração de compromisso social e humano. (P14)*

*Uma mudança de mentalidade em todos os níveis. (P15)*

#### 4.2.3 Definição de perguntas avaliativas sobre o Programa *Fall* TIPS Brasil

Em relação às perguntas avaliativas contidas no *planner*, não foram sugeridas inclusões pelos *stakeholders*. As que obtiveram consenso e às quais foi atribuída maior prioridade, foram duas: 1) Quais necessidades que o programa atende e quais necessidades devem ser atendidas – com 44% de consenso; 2) Quais são os objetivos percebidos do programa e quais devem ser os objetivos – com 33% de consenso. Todavia, embora tenham alcançado consenso, duas perguntas envolvendo recursos humanos e disponibilidade de documentos/dados para a avaliação do programa durante a sua implementação alcançaram menor prioridade, respectivamente: 6º lugar, com consenso de 44% e 10º lugar, com consenso de 33%.

#### 4.3 COLETA DE FEEDBACK SOBRE A TEORIA DO PROGRAMA

Entre quatro informantes-chave convidadas, três efetivaram suas participações, sendo todas do sexo feminino, com média de idade de 53,6 anos e tempo de formação compreendido entre 15 e 43 anos, com média de 31,6 anos. Duas eram doutoras e uma, mestre em enfermagem. Neste componente, após o desenvolvimento de uma teoria inicial do programa e mudanças sugeridas por

*stakeholders*, tem-se o modelo teórico, modelo lógico e uma proposta de indicadores para avaliação validados pelas informantes-chave.

#### 4.3.1 Modelo teórico do Programa *Fall* TIPS Brasil

Foi sugerida pelas informantes-chave (1) a inclusão de uma figura central, no modelo, que tornasse evidente o papel dos diferentes agentes no Programa *Fall* TIPS Brasil:

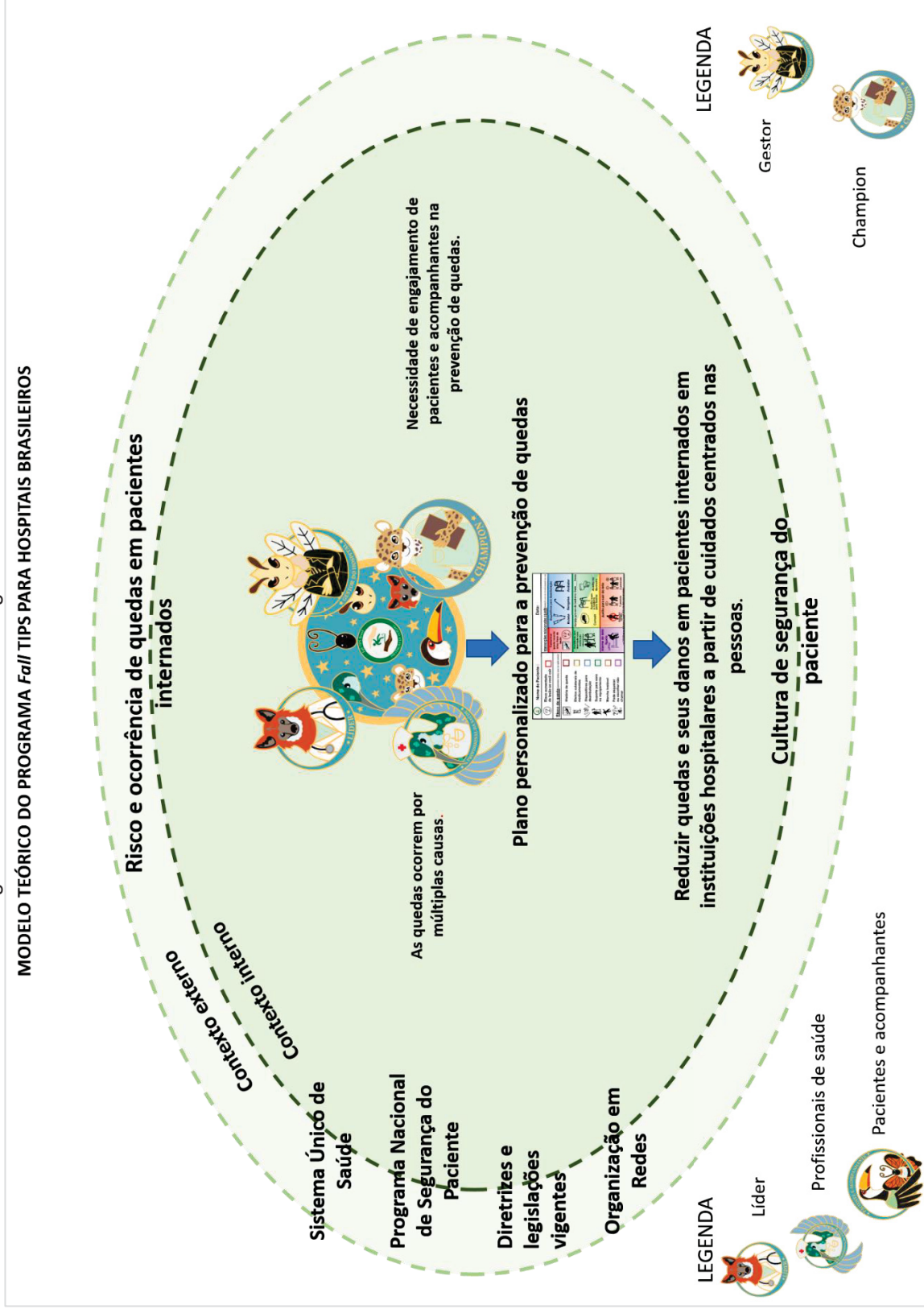
*O Programa [Fall TIPS] é baseado em agentes (...) o destaque do modelo [teórico] tem que ser o que que o agente faz e como ele está envolvido no programa. (1)*

Foi pontuada por informantes-chave e solicitada a inclusão do termo “Organização em redes”.

*(...) nesse ambiente também tem uma particularidade. É quando o hospital está organizado em redes (...) [precisa] justificar porque no Brasil tem que ser diferente, então você tem que falar como está o SUS, como é que o sistema de saúde, que é uma parte, é o sistema, é o SUS e tem a rede suplementar, mas que o SUS regula a rede suplementar. (12)*

Como resultado, a Figura 5 apresenta o modelo teórico do Programa *Fall* TIPS para hospitais brasileiros:

Figura 5 - Modelo teórico do Programa Fall/TIPS Brasil  
**MODELO TEÓRICO DO PROGRAMA Fall/TIPS PARA HOSPITAIS BRASILEIROS**



Fonte: A autora (2023).

#### 4.3.2 Modelo lógico do Programa *Fall TIPS* Brasil

A falta de clareza do modelo lógico também foi apontada pelos informantes-chave durante a validação:

*(...) que você cite os papéis [no modelo lógico] de alguma forma, que isso apareça ou citando ou colocando graficamente o arquétipo ali (...) Em algumas atividades, vai ter mais de um arquétipo (...)* (I1)

A lacuna foi suprida com a inclusão de glossário de termos e dos arquétipos com animais representativos para cada agente no programa, bem como com a colocação dos nomes das ferramentas e instrumentos em língua portuguesa. Outra sugestão dos informantes-chave para o modelo foi o uso dos termos “equipe de saúde”, “processo assistencial” e “processo gerencial”, como indicam os excertos:

*Tem que criar o contexto de equipe de saúde em todo o momento.* (I1)

*É o processo assistencial.* (I2)

*Tanto para processo gerencial como para processo assistencial (...) mencionar quais são os instrumentos [do Programa *Fall TIPS*].* (I1)

Partindo dessa sugestão, outros excertos corroboraram para que o modelo lógico fosse reorganizado em duas grandes dimensões: processo gerencial e processo assistencial:

*Tudo do *Fall TIPS* é processo assistencial com o suporte do processo gerencial (...) incluindo os recursos no processo gerencial (...). Mas ele não é uma coisa dissociada do processo gerencial que ocorre na organização.* (I2)

*(...) tem que colocar pré-implantação, implantação e execução.* (I2, I3)

*Para mim é isso, você implanta... é (...) você estabelecer, divulgar aquilo que você quer, você treinar as pessoas para elas começarem a fazer. Aí você dá um tempo e depois você vai começar a fazer um monitoramento e daí (...) é como se fosse ciclos de melhoria vindo, aí você vai medindo, vendo onde precisa, onde tem falha, onde não estão fazendo (...)* (I3)

A dimensão processo gerencial incluiu as subdimensões pré-implantação, implantação e execução. Essa dimensão agregou recursos financeiros, físicos e materiais, pessoas para a operação do programa, ações de planejamento e implantação, ações de educação permanente, e as ligadas ao monitoramento de adesão e resultados do programa. Os recursos financeiros abarcam os recursos

destinados a impressão, papelaria, e ao desenvolvimento de estrutura de tecnologia da informação para a concepção do módulo informatizado do *Fall TIPS*. Por sua vez, os recursos físicos consistem na infraestrutura para capacitação de profissionais. Os recursos materiais incluem os recursos destinados à apresentação sobre o programa, materiais educativos e diferentes instrumentos e ferramentas ligados ao programa, disponíveis no Programa *Fall TIPS*.

Ainda na dimensão processo gerencial, durante a discussão do papel de líderes na identificação e sensibilização de novas lideranças, na validação junto a informantes-chave, foi sugerida a substituição do termo “engajar” por “cooptar” profissionais de saúde, uma vez que este último atribui maior peso às estratégias de busca de apoio, junto a profissionais, para seu engajamento no programa.

*Cooptar profissionais de saúde para engajarem-se no Programa Fall TIPS como parte do processo assistencial. (I2)*

Já a dimensão processo assistencial, com uma subdimensão intitulada execução, incorporou ações de recrutamento/cooptação de profissionais apoiadores do programa, ações de engajamento de pacientes e acompanhantes e associadas à avaliação de riscos, desenvolvimento e execução do plano personalizado de prevenção de quedas.

*(...) e o engajamento [de pacientes e acompanhantes] é [dimensão] assistencial (...) começar o processo assistencial com engajamento. (I1)*

Destarte, a dimensão processo assistencial incluiu singularidades acerca dos resultados associados ao incentivo de profissionais para a notificação de quedas:

*O resultado, para mim, seria uma coisa maior (...) as quedas sendo notificadas vão me oportunizar uma caracterização do perfil de quedas. (I3).*

Isso motivou a inclusão do termo “institucionalização de ciclos de melhoria”:

*(...) em vez de institucionalização do processo da auditoria e monitoramento, seria institucionalização de ciclos de melhoria. (I2)*

Em relação ao modelo lógico como um todo, outro assunto levantado pelos informantes-chave e que também foi mencionado pelos *stakeholders* foi sobre o papel

da cultura de segurança como resultado de atividades do Programa *Fall* TIPS elencadas no modelo lógico:

*Evolução positiva da cultura de segurança em relação às quedas. (I3)*

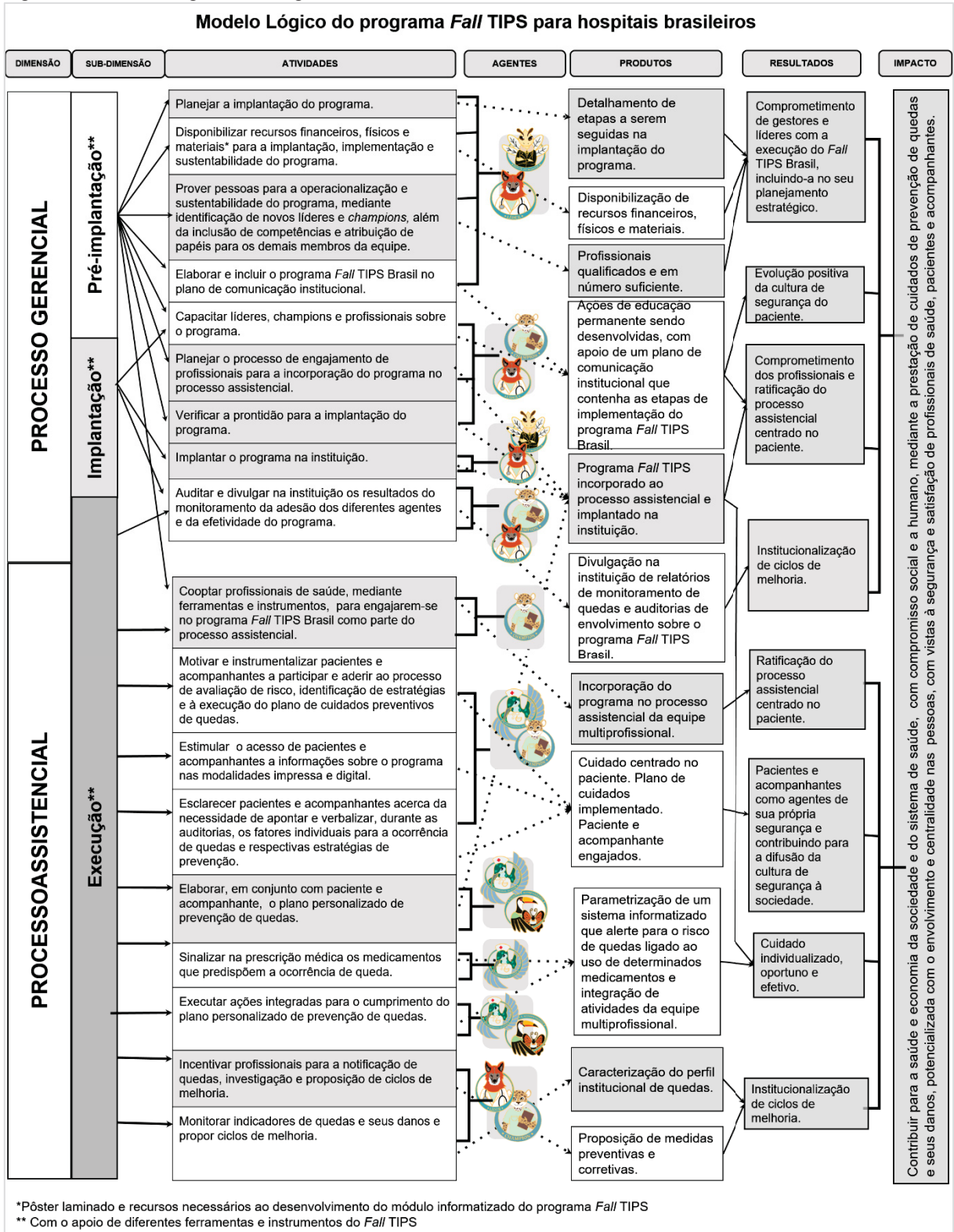
*O que o programa traz de maior desafio é a mudança de cultura dos profissionais (...) no modelo de cuidado centrado no paciente, o profissional não atua primeiro, ele atua em conjunto e essa é a mudança de virar a chave mesmo que o programa propõe. (I1)*

Os impactos previstos para o Programa *Fall* TIPS extrapolaram o cenário hospitalar e a prevenção de quedas, ao incorporarem aspectos ligados à saúde e economia da sociedade e do sistema de saúde e assumirem a seguinte redação:

*Contribuir para a saúde e economia da sociedade e do sistema de saúde, com compromisso social e humano, mediante a prestação de cuidados de prevenção de quedas e seus danos, potencializada com o envolvimento e centralidade nas pessoas, com vistas à segurança e satisfação de profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes (I1, I2, I3).*

Como resultado das discussões, a Figura 2 apresenta o modelo lógico do Programa *Fall* TIPS para hospitais brasileiros

Figura 6 - Modelo lógico do Programa *Fall* TIPS Brasil



Fonte: A autora (2023).

#### 4.3.3 Matriz de análise e julgamento do Programa *Fall* TIPS Brasil

Embora as perguntas avaliativas selecionadas no componente 2 fossem ligadas à necessidade de maior conhecimento do programa e do problema que ele se propõe a enfrentar, representado pelas quedas em hospitais, foram elencados indicadores relacionados ao modelo lógico a partir de experiências diversas com a implementação do programa em outros cenários. A seguir, a Matriz de Análise e Julgamento do Programa *Fall* TIPS Brasil (Quadro 7).

Foi atribuído peso igual a todos os itens que compuseram a matriz. O julgamento de acordo com o valor atribuído é obtido pela soma do total de pontos atribuídos, dividida pela pontuação máxima e, esse resultado, multiplicado por 100. Assim, em uma pontuação total de 35 pontos, divididos por 50 (pontuação máxima possível) x 100, o resultado seria 70%. Nesse caso, o julgamento seria considerado satisfatório, por estar no intervalo compreendido entre 66,6 e 100%.



Quadro 7 - Matriz de Análise e Julgamento do Programa *Fall*/ TIPS Brasil

(continua)

Dimensão	Indicador	Fonte	Forma de cálculo	Metal/valor máx. esperado	Ponto de corte
PROCESSO GERENCIAL	Percentual de disponibilidade do pôster laminado	Auditorias	Nº de pacientes com pôster laminado do Programa <i>Fall</i> / TIPS, fixado à beira do leito, sobre o nº pacientes examinados semanalmente x 100.	Conformidade mínima de 80% = 5 pontos.	5 pontos se = ou >= 80% 3 pontos se >= 50% e < 80% 1 ponto se < 50%
	Percentual de profissionais que concluíram os treinamentos sobre o programa	Serviço de educação permanente	Nº de profissionais que concluíram os treinamentos sobre o programa em um determinado período sobre o nº total de colaboradores em atuação na unidade x 100.	Conclusão de treinamentos e capacitações por 80% ou mais dos profissionais = 5 pontos.	5 pontos se = ou >= 80% 3 pontos se >= 50% e < 80% 1 ponto se < 50%
	Percentual de líderes e <i>champions</i> que concluíram os treinamentos sobre o programa	Serviço de educação permanente	Nº de profissionais com papéis de líderes e <i>champions</i> que concluíram os treinamentos em um determinado período sobre o nº de líderes e <i>champions</i> em atuação na unidade x 100.	Conclusão de treinamentos e capacitações por 80% ou mais dos líderes e <i>champions</i> = 5 pontos.	5 pontos se = ou >= 80% 3 pontos se > 50% e < 80% 1 ponto se < 50%
	Quedas por 1000 pacientes/dia	Notificações de quedas. Revisão de dados de prontuário.	Nº quedas por mês sobre o nº de pacientes/dia para o mês, multiplicado por 1.000.	Redução de 10% ou mais no índice de quedas de pacientes = 5 pontos.	Sim = 5
	Quedas com dano por 1000 pacientes/dia		Nº quedas com dano por mês sobre o nº pacientes/dia para o mês, multiplicado por 1.000.	Redução de 10% ou mais no índice de quedas com danos = 5 pontos.	Sim = 5
	Percentual de quedas notificadas	Percentual de quedas notificadas sobre o nº de quedas por mês.	Conformidade mínima de 80% = 5 pontos.	5 pontos se = ou >= 80% 3 pontos se > 50% e < 80% 1 ponto se < 50%	

Quadro 7 - Matriz de Análise e Julgamento do Programa *Fall* TIPS Brasil

(conclusão)					
Dimensão	Indicador	Fonte	Forma de cálculo	Meta/valor máx. esperado	Ponto de corte
PROCESSO ASSISTENCIAL	Percentual de satisfação da equipe de saúde sobre o Programa <i>Fall</i> TIPS	Pesquisa de cultura de segurança do paciente	Percentual de conformidade do item satisfação da equipe de saúde sobre o Programa <i>Fall</i> TIPS.	Conformidade mínima de 70% para o quesito satisfação da equipe de saúde sobre o Programa <i>Fall</i> TIPS = 5 pontos.	5 pontos se = ou >= 70% 3 pontos se > 50% e < 70% 1 ponto se < 50%
	Percentual de conformidade do pôster laminado	Auditorias	Nº de pacientes com pôster do Programa <i>Fall</i> TIPS atualizado com nome e dados do paciente, sobre o nº pacientes examinados semanalmente x 100.	Conformidade mínima de 80% = 5 pontos.	5 pontos se = ou >= 80% 3 pontos se >= 50% e < 80% 1 ponto se < 50%
	Percentual de pacientes em que foi concluída a avaliação de risco, prescrição e implementação de plano personalizado	Auditorias. Investigações de quedas. Revisão de dados de prontuário.	Nº pacientes para os quais foi concluída a avaliação de risco, prescrição e implementação de plano personalizado nas últimas 24 horas sobre o nº pacientes que deveriam ter sido examinados semanalmente x 100.	Conformidade mínima de 80% = 5 pontos.	5 pontos se = ou >= 80% 3 pontos se >= 50% e < 80% 1 ponto se < 50%
	Envolvimento de pacientes e acompanhantes no Programa <i>Fall</i> TIPS	Auditorias	Nº pacientes/accompanhantes com resposta satisfatória à questão sobre seu conhecimento sobre riscos e estratégias personalizadas para a prevenção de quedas sobre o nº pacientes examinados semanalmente x 100.	Conformidade mínima de 80% = 5 pontos.	5 pontos se = ou >= 80% 3 pontos se >= 50% e < 80% 1 ponto se < 50%

Fonte: A autora (2023).

Nota: Julgamento: 66,6 - 100% - Satisfatório; 33,3 - 66,5% - Parcial; 1 - 33,2% - Insatisfatório

#### 4.4 CONTRIBUIÇÕES PARA OS USOS DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Os resultados apontam que o programa é avaliável, haja vista a construção e validação de modelos teórico e lógico, bem como a proposição de uma matriz de análise e julgamento. Essas informações serão disponibilizadas no *website* do Programa *Fall* TIPS Brasil e poderão ser utilizadas por outras instituições de saúde tanto no processo de implantação quanto em abordagens avaliativas futuros.

A discussão de assuntos como o engajamento de pacientes e acompanhantes no cuidado, além do necessário estímulo para que atuem em prol de sua própria segurança, constituiu-se em oportunidades para a reflexão dos *stakeholders* sobre os diferenciais do programa. Depreende-se que o EA constituiu um instrumento de capacitação para que possam participar ativamente da implementação e monitoramento dos resultados do programa. As contribuições para o uso do EA estão explicitadas na Figura 6, e serão abordadas no capítulo de discussão.

Figura 7 - Síntese das contribuições do estudo de avaliabilidade



Fonte: A autora (2023).

## 5 DISCUSSÃO

O foco do estudo convergiu para o apontamento de caminhos para a melhor compreensão do Programa *Fall* TIPS e seus objetivos, além das singularidades de sua implementação no cenário brasileiro. Na sua construção, a consulta a publicações ligadas à implementação em outras realidades possibilitou um melhor entendimento das quedas em ambiente hospitalar. Da mesma forma, trouxe subsídios para a implementação no Brasil, especialmente, no que tange ao papel de contexto internos e externos às instituições de saúde. Essas prerrogativas encontram consonância com a metodologia adotada neste EA (Walser; Trevisan, 2021).

Presentes no modelo teórico e analisados sob o ponto de vista sistêmico da Administração, os contextos interno e externo à organização não podem ser tratados de maneira isolada, dada a influência e reciprocidade entre eles. O contexto interno, sob a perspectiva da Estrutura Consolidada para Pesquisa de Implementação (CFIR), é composto por: 1. Características estruturais da organização, que incluem estrutura social, maturidade e tamanho; 2. Comunicações e redes formais e informais; 3. Cultura organizacional; 4. Clima de implementação e prontidão para a implementação (Warner *et al.*, 2023). Por sua vez, o contexto externo inclui aspectos sociais, políticos e econômicos externos à instituição (Warner *et al.*, 2023).

De maneira diversa à realidade em que o Programa *Fall* TIPS foi concebido, a implementação de programas de saúde, no cenário brasileiro, é influenciada pelas prerrogativas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, diretrizes e legislações governamentais vigentes e pelo SUS. Esse sistema caracteriza-se por ser público, universal, descentralizado quanto a atribuições e recursos, organizado em redes de atenção e inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação (Paim, 2018). Mesmo a rede privada de atenção à saúde apresenta interfaces com o SUS, cuja cobertura é de mais de 70% da população do país (Paim, 2018).

Ademais, a organização dos serviços públicos e privados em redes pode ser um facilitador de práticas de saúde mais seguras. Isso se justifica pelo interesse das instituições em racionalizar tempo, recursos e otimizar resultados, dentro de uma perspectiva de gestão da qualidade e segurança do paciente (Donabedian, 2003). Em relação ao contexto hospitalar brasileiro, dados do Ministério da Saúde indicam que, no mês de julho de 2023, havia 6.163 hospitais para internação de pacientes do SUS, 3.884 para atendimento a clientela privada, 695 ligados a planos de saúde públicos e

2.831 ligados a planos de saúde privados (Brasil, 2023b). Como exemplos na esfera pública, citam-se hospitais da esfera federal ligados à EBSEH, além de hospitais municipais e estaduais, ligados a respectivas Secretarias de Saúde. Na esfera privada, tem-se hospitais como os filiados à Rede D'Or, Rede SARAH, Hospital Israelita Albert Einstein, Rede Cooperada da UNIMED e unidades ligadas ao Hospital Sírio Libanês.

De maneira transversal aos contextos interno e externo organizacionais, a cultura de segurança é constituída por valores, atitudes, percepções, crenças e comportamentos que apoiam os indivíduos na realização de suas atividades, com segurança (Weng *et al.*, 2022). O passado relativamente recente do PNSP e do protagonismo de pacientes e acompanhantes contribui para a pouca maturidade da cultura de segurança por parte desse público. Em resposta, em setembro de 2023 o tema do Dia Mundial da Segurança do Paciente da OMS foi “Engajamento de pacientes pela segurança do paciente”, com o lema “Eleve a voz dos pacientes” (WHO, 2023). Entre os objetivos, estavam o aumento de conscientização sobre a importância da presença de acompanhantes em todos os níveis de assistência, e o convite ao envolvimento de representantes da sociedade civil organizada na implementação de práticas de segurança do paciente. Outros dois objetivos foram capacitar pacientes e familiares para que se envolvam ativamente em seus próprios cuidados, e defender ações urgentes que fomentem seu envolvimento em ações coadunadas ao Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 (WHO, 2023).

Existem diferentes nomenclaturas para o papel do paciente na qualidade do cuidado. Isso ocorre pela inexistência de uma definição universalmente aceita. (Villar; Martins; Rabello, 2020). Tem-se cuidado centrado no paciente, envolvimento ou engajamento do paciente, empoderamento do paciente, entre outras. (Villar; Martins; Rabello, 2020). Quanto às formas de engajamento de pacientes, uma revisão sistemática de Newman *et al.* (2021) corrobora com os autores citados em relação à diversidade de termos utilizados. No que se refere às esferas de engajamento de pacientes e acompanhantes na segurança do paciente, citam: 1. O engajamento nos cuidados de saúde (incluindo adesão aos protocolos de segurança, 2. Engajamento em instâncias locais e conselhos hospitalares, como o NSP, e 3. Engajamento em comitês, programas e políticas nacionais (Newman *et al.*, 2021).

Por sua vez, em um estudo iraniano (Sarkhosh; Abdi; Ravaghi, 2022) foram analisadas percepções de profissionais de saúde e gestores sobre a participação dos pacientes nos processos de segurança do paciente. Foram percebidos três papéis diferentes para os pacientes na melhoria da segurança do paciente: envolvimento ativo nos cuidados, autocuidado e falar e relatar erros. Os participantes também discutiram o valor do envolvimento do paciente na segurança do paciente. O primeiro papel envolveu a adesão no cumprimento de protocolos de segurança; o segundo, a possibilidade de o paciente antecipar-se a incidentes, informando sobre alergias e condições pregressas de saúde. Já o último papel contemplou a participação de pacientes e acompanhantes na notificação de incidentes (Sarkhosh; Abdi; Ravaghi, 2022).

Entretanto, é crescente, mas ainda incipiente, a demanda de pacientes e acompanhantes por informações, atendimento integral e por uma comunicação eficaz entre os pontos de transição do cuidado (Vincent; Amalberti, 2016). Para Costa *et al.*, (2020), apesar da importância de pacientes, acompanhantes e familiares como coprodutores do cuidado seguro, essa ainda não é uma prática frequente. Algumas barreiras incluem a dificuldade por parte dos pacientes e familiares em comunicarem aos profissionais o não cumprimento de protocolos de segurança do paciente (Costa *et al.*, 2020).

Autores (Heng *et al.*, 2021; Gonçalves *et al.*, 2023) chamam a atenção para o estranhamento de pacientes e acompanhantes em relação ao risco de queda e para a aparente naturalidade com que esses incidentes podem ser interpretados no ambiente hospitalar. É comum que atitudes e percepções de pacientes e acompanhantes mudem quando compreendam o tema (Christiansen *et al.*, 2020) ou o vivenciem. No estudo, pacientes e acompanhantes de pacientes que haviam caído manifestaram posicionamentos favoráveis ao uso de uma tecnologia preventiva de queda (Gonçalves *et al.*, 2023). Dentro do Programa *Fall* TIPS, há estímulo para o pensamento crítico desses agentes na seleção e implementação de planos de cuidado individualizados e voltados tanto a fatores desencadeantes, quanto a fatores preventivos de quedas (Dykes; Hurley, 2021). As publicações salientam o diferencial do Programa *Fall* TIPS em envolver e engajar equipes, pacientes e familiares nas três etapas para a prevenção de quedas (Duckworth *et al.*, 2019; Carter *et al.*, 2020). A modalidade de menor custo, na forma de pôster laminado, apresenta fácil visualização e entendimento, além de deixar evidente e disponível o plano de cuidados (Dykes *et*

*al.*, 2021). Com isso, contribui para os excelentes resultados na diminuição da distância na comunicação entre pacientes/acompanhantes e equipes de saúde em prol da prevenção de quedas (Dykes *et al.*, 2021).

No engajamento de agentes para o programa, precisam ser considerados o letramento em saúde e as diferenças de conhecimentos que possam ter sobre as quedas hospitalares e sua prevenção. O letramento em saúde é um tema relativamente novo no contexto das pesquisas. Está relacionado à habilidade do indivíduo para obter, processar e compreender as informações em saúde e serviços básicos, para resolver questões apropriadas ao autocuidado ou em saúde (Simch *et al.*, 2021).

Para alcance desses objetivos, estudos de revisão apontam para a disponibilidade e para a necessidade de adoção de estratégias educacionais diversas para a abordagem de cada agente (Bittencourt *et al.*, 2021). Isso pode ser exemplificado pela abordagem inicial do gestor, momento dedicado ao conhecimento, por esse agente, das funcionalidades do Programa *Fall* TIPS (Figueredo, 2021). Na elaboração de material educacional com essa finalidade, a autora utilizou-se de um modelo no formato de plano de negócio, justamente para suprir questionamentos próprios desse público (Figueredo, 2021).

Por outro lado, alguns *stakeholders* evidenciaram ter pouca clareza sobre o fato de que as quedas no ambiente estudado constituíam um problema. Também na seleção de perguntas avaliativas, houve ênfase em objetivos e questão problema a serem atendidos pelo programa. Os achados não são incomuns, face à diversidade de formações e vivências dos profissionais (Ulmann; Davidson, 2021). Na mesma linha, indicam a necessidade de sensibilização de profissionais de saúde sobre as quedas hospitalares, sobre a importância da sua notificação e acerca de aspectos ligados à implementação do Programa *Fall* TIPS Brasil (Esguerra, 2020). Sua justificativa reside no entendimento incompleto de que o incidente constitui um problema prioritário ou no fato de a redução de quedas, em algumas instituições, não figurar como uma meta institucional a ser alcançada. Somam-se a ausência de danos físicos na maior parte dos incidentes e o caráter voluntário da sua notificação por profissionais de saúde (Hermann *et al.*, 2023). Ademais, o desconhecimento sobre o caráter prevenível da maior parte das quedas também é uma variável a ser considerada (Avanecean *et al.*, 2017). Para enfrentamento dessa situação, foi

apontada a capacitação de profissionais sobre o programa (Shaw; Kiegaldie; Farlie, 2020; Dykes *et al.*, 2021).

Antes da capacitação, faz-se premente a atribuição de papéis e competências entre os agentes que integrarão o programa, nas diversas realidades. Esse foi outro achado do presente estudo e que, sob uma perspectiva participativa, prescinde do mapeamento de pessoas que comporão a equipe de trabalho, em todos os níveis e setores organizacionais (Kerhoff *et al.*, 2022).

Outra questão envolve o desenvolvimento de estratégias e atribuição de tempo destinado ao engajamento de agentes no programa (Kerhoff *et al.*, 2022). Esguerra (2020) destaca a necessidade de definição de visão, missão e objetivos de curto e médio prazo do programa junto aos interessados. Uma sugestão para isso é a apresentação de uma proposta aos principais interessados e a atribuição de papéis e responsabilidades, bem como a discussão do cronograma de implementação (Esguerra, 2020).

A cooptação, convencimento e apresentação de evidências que sustentam o Programa *Fall* TIPS são práticas a serem abordadas durante momentos de capacitação e interface com os envolvidos, independentemente da posição hierárquica ocupada. Dykes e colaboradores destacam a utilidade da comparação entre os componentes do processo vigente de prevenção de quedas na instituição e as lacunas ou pontos de maior sensibilidade para a adoção do *Fall* TIPS na instituição (Fall T.I.P.S, 2023). Dentre as ferramentas disponíveis, se destaca a análise de lacunas (Fall T.I.P.S, 2023).

Outra estratégia de apoio à implementação do Programa *Fall* TIPS e mudança de mentalidade dos agentes acerca dos pressupostos do programa é a elaboração e divulgação de um plano de comunicação institucional (Fall T.I.P.S, 2023). O plano precisa estar alinhado ao planejamento estratégico institucional. Sua divulgação junto a todos os agentes merece destaque e contribui significativamente para maior clareza nos processos de comunicação e publicidade sobre os princípios do programa. Para tanto, são estratégias educacionais diversas (Bittencourt *et al.*, 2021) voltadas a líderes, *champions*, profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes.

No cenário hospitalar, chama a atenção a rotatividade de profissionais, agravada por baixas provocadas pela Covid-19 (de Vries *et al.*, 2023; Salvon-Harman, 2023). Essa realidade resultou em reveses de segurança do paciente vividos durante a pandemia e experimentados até o presente (Salvon-Harman, 2023).



Nesse sentido, algumas estratégias são importantes para a sustentabilidade do programa. Dykes, Hurley (2021) mencionam a importância de os profissionais serem periodicamente capacitados e lembrados de que o programa é proveniente de evidências científicas (Dykes, Hurley, 2021). Experiências com a implementação do programa sugerem que sejam destacados os motivos para a sua adoção, especialmente as lacunas não supridas pelo programa em uso na instituição. Dentre elas, podem ser citadas as relacionadas à comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes sobre riscos e estratégias preventivas de quedas (Dykes, Hurley, 2021).

O tempo reservado para a realização das atividades assistenciais do Programa *Fall TIPS* é outro ponto a ser abordado. Estudo recente aponta para a sua neutralidade no quesito economia de tempo (Dykes *et al.*, 2023). Entre os motivos está a integração dos componentes do programa a fluxos de avaliação para o risco de quedas existentes em instituições de saúde, além de facilidades de uso em geral (Dykes *et al.*, 2021).

Outro fator considerado facilitador para a adoção do programa foi a satisfação de profissionais de saúde, ao observarem o engajamento de pacientes e seus acompanhantes na prevenção de quedas, constatada durante auditorias de monitoramento do programa (Dykes *et al.*, 2023). A respeito disso, a literatura aponta que a adoção de práticas que resultem em avanços na segurança do paciente contribui, inclusive, para a retenção de profissionais (Sasso *et al.*, 2019, de Vries *et al.*, 2023) e para a sua satisfação com o próprio trabalho (Dykes *et al.*, 2023).

A diversidade de fatores que culminam com quedas hospitalares é outro ponto a ser discutido nas capacitações (Avanecean *et al.*, 2017, Dykes, Hurley, 2021, Ximenes *et al.*, 2022). Ainda que sejam tomados cuidados com superfícies, alturas de camas, obstáculos móveis no caminho, quedas continuarão a ocorrer, se não forem considerados os riscos individuais e se pacientes e acompanhantes não tiverem uma comunicação alinhada com profissionais de saúde (Dykes *et al.*, 2010; Avanecean *et al.*, 2017; Duckworth *et al.*, 2019; Christiansen *et al.*, 2020; Dykes *et al.*, 2020). O conhecimento de todos esses fatores é um instrumento útil à argumentação, junto aos profissionais, de que é necessária a atuação em várias frentes para que as quedas sejam evitadas.

Uma das frentes envolve a aplicação de escalas avaliativas para estimativa do risco de queda. Como ferramentas, as escalas são diversas, e não existe uma que possa ser considerada “ideal” (Strini; Schiavolin; Prendin, 2021). Em uma revisão

sistemática de literatura, as autoras pontuam que, em virtude da natureza multidimensional do risco de queda, é necessária a correlação dos resultados das escalas com outros achados clínicos (Strini; Schiavolin; Prendin, 2021). Destarte, entre todas as escalas avaliadas no estudo, a de Morse é citada nos estudos de Dykes dada a sua capacidade de prever 78% das quedas (Urbanetto *et al.*, 2013).

É digno de nota que um dos resultados atribuíveis à adaptação brasileira do Programa *Fall* TIPS e identificados no presente EA é a institucionalização de ciclos de melhoria. Isso está diretamente relacionado a uma cultura institucional justa e aberta à notificação desse e de outros incidentes de segurança do paciente (Salvon-Harman, 2023). Sobremaneira, o autor destaca a conversão de perspectivas percebidas a partir da análise de falhas em processos de aprendizagem pós-evento e no planejamento de ações para informar melhorias no nível do sistema (Salvon-Harman, 2023).

Destarte, uma das atividades do modelo lógico do Programa *Fall* TIPS Brasil é a disponibilização e manutenção de recursos para a sustentabilidade do programa. Embora tenha havido custos com pesquisas, iniciadas há mais de uma década, Dykes *et al.* (2021) disponibilizam ferramentas e instrumentos sobre o programa para uso gratuito, os quais se encontram organizados em um *website* (Dykes *et al.*, 2021). Em relação a custos com treinamentos, na realidade americana, foram estimados em uma hora por enfermeiro, e duas horas por *champion*. Os custos com materiais envolveram pôsteres laminados, marcadores de apagar a seco, adesivos para fixação de pôsteres à beira do leito e despesas com substituição de cartazes laminados, estimados em 20% ao ano, amortizados em cinco anos.

Em um hospital de Boston, o custo com pôsteres laminados foi de 3,33 dólares americanos/leito/ano. Em outra realidade, em um hospital situado no Bronx, o custo de substituição dos pôsteres ficou em 1,00 dólar americano por paciente. Embora variáveis, os valores financeiros com a aquisição e manutenção do pôster laminado parecem muito menores, em comparação com os danos provenientes de quedas hospitalares. Estima-se, no Brasil, que os custos com uma queda hospitalar oscilem entre R\$ 1.700,00 para atendimentos por paciente no SUS até R\$ 24.000,00 para atendimentos por pacientes em operadoras de saúde (Pasa *et al.*, 2017; Alves; Colichi; Lima, 2023).

A inclusão de grupos de interesse, afetados por uma determinada intervenção, tanto no processo avaliativo quanto pré-avaliativo, é um pressuposto das abordagens participativas (Patton, 2017; Furtado *et al.*, 2021). Essas abordagens, em que se

inserem os EAs, constituem opções desenvolvidas na década de 1980 motivadas por críticas à ciência social positivista (Patton, 2017).

Os impactos de um programa são entendidos como o último elo na chamada cadeia de resultados, que relaciona as entradas – representadas pelos componentes de uma intervenção, e os seus resultados de médio e longo prazo (Guerreiro; Delgado, Bandeira, 2021). Sugere-se que os indicadores estabelecidos em programas coproduzidos sejam previamente pactuados e amplamente divulgados para informar as iniciativas de rotina dos serviços (Sheppard *et al.*, 2021). Essa é uma forma de garantir que os resultados avaliados e que definem o sucesso programático sejam relevantes e significativos em um cenário específico (Walser; Trevisan, 2021; Kerkhoff *et al.*, 2022).

Dentre os indicadores propostos no presente estudo, tem-se o percentual de satisfação da equipe de saúde sobre o Programa *Fall* TIPS. Entende-se que o indicador é um reconhecimento diante do envolvimento das pessoas na incorporação do programa ao processo assistencial (Hebb *et al.*, 2020).

Da mesma forma, na medida em que a adoção de novas tecnologias resulta da sua aceitação pela equipe (Dykes *et al.*, 2021), a mensuração da satisfação desses atores pode apontar para a necessidade de melhorias (Hebb *et al.*, 2020). O reconhecimento das barreiras e dos facilitadores na implementação de programas oportuniza a identificação das preocupações dos usuários (Dykes *et al.*, 2021). Uma vez identificadas, essas questões podem ser tratadas, de modo a neutralizar possíveis elementos que desperdicem tempo e que, provavelmente, não sejam realizados de forma consistente no programa (Dykes *et al.*, 2021). Para Wilson, Brown, Mc Cance (2021), a satisfação da equipe pode servir como um estímulo a uma cultura de celebração do sucesso e contribuir para um ambiente de trabalho positivo.

Quanto aos demais indicadores, os programas de prevenção de quedas devem ser examinados para os resultados dos pacientes com quedas e lesões relacionadas a quedas (Dykes *et al.*, 2021). Entre eles, quedas por 1000 pacientes/dia e quedas com dano por 1000 pacientes/dia (Dykes *et al.*, 2020).

Além desses, é importante a análise do grau com que os elementos do programa estão organizados, para alcance dos resultados (Dykes *et al.*, 2021). A partir de experiências diversas com a adoção do programa, os indicadores constantes da matriz de análise e julgamento contemplaram os processos envolvidos na implementação (Proctor *et al.*, 2011). Esses processos contemplam as condições para

que as intervenções produzam efeitos esperados (Proctor *et al.*, 2011). Sobre esses indicadores, Esguerra (2020) aponta a taxa de conclusão do treinamento do pessoal; a taxa de adesão da equipe às intervenções que incluem a presença de pôster laminado do *Fall* TIPS, atualizado com informações do paciente; avaliação do conhecimento dos pacientes sobre o nível atual de risco de queda, fator de risco aplicável e identificação do paciente sobre sua estratégia personalizada de prevenção de quedas; e pacientes para os quais foi concluída a avaliação de risco, prescrição e implementação do plano de cuidados personalizado.

Além das medidas de indicadores, as oportunidades de discussão de relatórios com dados e indicadores oriundos de auditorias de monitoramento de quedas e seus danos constituem oportunidades de capacitação profissional (Fall T.I.P.S, 2023). Ainda, podem abrir caminho a eventuais mudanças de percurso na implementação do programa. Exemplo disso, proveniente de uma implementação na realidade estadunidense, foi apontado por Esguerra (2020). No estudo, o tempo entre a implementação e o monitoramento de indicadores naquele cenário foi de 30 dias, o que foi apontado como uma limitação para o alcance dos resultados. Com base nisso, as recomendações para estudos futuros seriam de um período de implementação mais longo de pelo menos 60 dias e a coleta de dados relacionados com a queda três a quatro meses após a implementação (Esguerra, 2020).

Nos estudos de avaliabilidade a elaboração/seleção/priorização de perguntas avaliativas sucede a definição sobre o que é o programa, seus objetivos, metas, e sobre como seus componentes se articulam para o alcance de objetivos (Trevisan; Walser, 2015). Como já referido, alguns participantes evidenciaram ter pouca clareza sobre o fato de que as quedas no ambiente estudado constituíam um problema, o que foi ratificado na seleção de questões avaliativas. As perguntas avaliativas priorizadas apontam para que, durante o processo de implementação, seja retomada a discussão acerca de perspectivas e contexto do Programa *Fall* TIPS junto aos agentes. A continuidade dessas discussões pode ser uma condição facilitadora para o processo de implementação, na medida em que direciona para aspectos conceituais úteis para a compreensão do funcionamento do programa (Medeiros; Nickel; Calvo, 2020).

Assim, o presente estudo constituiu um passo importante para a reflexão sobre o programa e problema (Bonfim; Hartz; Araujo Jorge, 2021). Além disso, pode subsidiar a realização de estudos futuros de avaliação, como estudos de caso, análise

de implantação, seguidos da análise de contexto e análise de impacto (Macedo *et al.*, 2020).

Ademais, para Vieira, Gastaldo e Harrison (2020), é preciso estar preparado para a condução de abordagens participativas de implementação. Um dos desafios é o manejo de redes e grupos, cujos interesses podem ser divergentes. Destarte, outro ponto é a necessária transparência no trabalho simultâneo com gestores e profissionais que ocupem hierarquias diversas (Vieira; Gastaldo; Harrison, 2020). Assim, a complexidade de projetos de implementação de evidências é proporcional à necessidade de preparo de pesquisadores e profissionais envolvidos em sua condução. Concluem as autoras sobre a impossibilidade de antecipação de todos os obstáculos e questionamentos resultantes da implementação de projetos de alta complexidade (Vieira; Gastaldo; Harrison, 2020).

Conquanto adaptações em programas baseados em evidências sejam comuns, especialmente durante a implementação, é necessário que sejam feitas sistematicamente e de modo a não ferir a princípios do programa (Baumann; Cabassa, 2020), além de terem a ciência e colaboração dos seus idealizadores (Fall T.I.P.S. 2023).

Para além de implementar programas, avaliar resultados e definir seus impactos, um dos grandes desafios é converter erros e acertos provenientes do processo em aprendizado contínuo nos sistemas de saúde (Bennet; Orlando; Meissner, 2020). Para que os ciclos ocorram, autores alertam para que os ciclos de aprendizagem não se estendam muito, e para que seja levada em consideração a sustentabilidade ou generalização das soluções (Sheppard *et al.*, 2021; Warner *et al.*, 2023).

A experiência com a adoção do *kit* de ferramentas do Programa *Fall* TIPS proporcionará aos agentes o desenvolvimento de habilidades técnicas e interpessoais úteis à gestão dos demais incidentes de segurança do paciente. Isso se dará pelo emprego de estratégias para abordagem, encorajamento e engajamento de pacientes e acompanhantes, entendidos como primordiais para a promoção de uma cultura para a prestação de cuidados de saúde seguros (Rodrigues, Portela, Malik, 2019).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Confirmou-se a tese de que a construção e a validação de um corpo de conhecimentos organizados e sistematizados, representados pelos modelos teórico, lógico e matriz de análise e julgamento do Programa *Fall* TIPS, adaptados à realidade brasileira, contribui para melhor compreensão, aprimoramento, tomada de decisões e disseminação do programa junto a instituições de saúde brasileiras. Os modelos construídos e os indicadores elencados, na forma de matriz, são propostas gerais, e o desejo é de que sirvam de inspiração e possam ser aprimorados por instituições e pessoas interessadas na adoção do programa.

As propostas de modelos teórico e lógico e matriz de análise e julgamento apresentadas não devem ser consideradas estanques, visto estarem sujeitas a adaptações condizentes com as estruturas vigentes nos diversos cenários assistenciais, desde que convergentes aos princípios do Programa *Fall* TIPS. Como limitações, este estudo de avaliabilidade não incluiu pacientes e acompanhantes de forma direta, por questões logísticas e ligadas à pandemia da COVID-19. Em contrapartida, houve a participação desses agentes na fase de análise do problema do projeto maior, cujas evidências foram utilizadas neste estudo e se encontram listadas no Quadro 5 (vide p.78) para construção do foco do estudo de avaliabilidade e desenvolvimento de uma teoria inicial do Programa *Fall* TIPS Brasil. Em associação, o caráter pioneiro de implementação do Programa *Fall* TIPS no cenário brasileiro constitui, por si só, uma limitação para a realização de estudos comparativos. Não obstante, essa fragilidade poderá ser superada com a condução de estudos avaliativos que se utilizem dos modelos e matriz construídos nesta pesquisa.

Como trabalho futuro de apoio à implantação e disseminação do programa, está a conversão dos dados do EA em uma cartilha, com recursos digitais e linguagem acessível e atrativa a todos os agentes do programa. Destaca-se a necessária inserção de estudantes das áreas de saúde em atuação em hospitais de ensino. Na mesma linha, se insere a aplicação dos conhecimentos deste EA na avaliação da implantação do Programa *Fall* TIPS Brasil e outras abordagens avaliativas pertinentes.

A experiência com a realização de pesquisas que considerem participantes como *stakeholders* vem ao encontro de conceitos contemporâneos de translação e tradução de conhecimentos em práticas. Um desafio mundial reside na adaptação de

projetos e programas a realidades diversas e, principalmente, na conversão de experiências em aprendizado contínuo. Processos de implementação de evidências se tornam ricos a partir e com a participação das pessoas. Nessa linha, Programa *Fall TIPS* é um dos exemplos de programas consolidados e com resultados consagrados no mundo. Participar de sua adaptação brasileira é um privilégio.

No entanto, a cada dia, novos desafios se apresentam no trabalho em saúde. De gestores a profissionais de saúde, lida-se com pessoas com formações profissionais e visões de mundo diversas, ainda que tenham objetivos comuns. Felizmente, em segurança do paciente, uma das metas a serem alcançadas pela OMS, a tolerância para a ocorrência de incidentes tem diminuído.

Durante a adaptação e implementação de programas, nem todos os questionamentos podem ser respondidos imediatamente. Em outras palavras: a ponte entre pesquisas científicas e ambientes de prática pode ser sinuosa. E nem sempre existe uma resposta certa e uma errada. Dois exemplos disso são: 1. O Programa *Fall TIPS* pode ter diversos agentes, mas sua conformação de trabalho pode ser muito variável entre uma instituição de saúde e outra; 2. Na implementação do programa, a depender da maturidade da cultura de segurança institucional, quantitativa e qualitativamente o número de profissionais envolvidos em uma realidade pode ser bastante diverso do de outra realidade.

Por questões de educação, formação, vivências diversas, o imediatismo e tentativas de simplificação são muito comuns em nossos dias, podendo ser empecilhos se não forem devidamente conduzidos. As preocupações de agentes acerca de elementos em um programa precisam ser identificadas e tratadas, pois podem ser associadas a desperdício de tempo e cursar em má adesão e redução de efeitos a longo prazo. Não obstante, é utopia acreditar que mudanças possam ser implantadas com um mínimo de adaptação e com unanimidade por todos. Isso tudo gera reflexões e nos desafia a sermos resilientes, pacientes e a continuarmos a trajetória na busca de conhecimentos capazes de melhorar a prática.

Na pandemia muitos problemas vivenciados precisaram ser rapidamente mitigados e, apesar de todos os desafios, a adaptação a mudanças foi um aspecto positivo do processo. Nesse sentido, resta-nos continuar nossa jornada rumo a uma assistência em que quedas hospitalares e seus danos sejam menos frequentes. Afinal, 90% delas podem ser antecipadas e prevenidas. E que, nesse processo, pacientes e acompanhantes, ao nosso lado, possam sentir os efeitos também em

outros âmbitos assistenciais, mediante o engajamento no próprio cuidado, centralidade nas pessoas e individualização de cuidados.



## REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALVES, C. K. A. *et al.* Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. C. *et al.* (Ed.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 89-105.

ALVES, R. C.; COLICHI, R.M.; LIMA, S.A. Estratégias tecnológicas voltadas para prevenção de quedas em ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.** [online], v. 36, eAPE01462, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR01462>>. Acesso em: 02 jun. 2021.

ANDRADE, I.M.P.G. **A atuação do líder na implantação do programa Fall TIPS Brasil: uma tecnologia educacional**. 2022. 171p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde). Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2022.

ANDRADE, I.M.P.G., *et al.* Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem: análise pré-implantação do programa Fall TIPS Brasil. [E-pôster]. In: Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem – SENADEN, 18., 2022, São Luis. **Anais....**São Luis: ABEN, 2022. Disponível em <https://web.eventogyn.com.br/event/18senaden/site/content/anais>. Acesso em: 19 out. 2023.

AVANECEAN, D. *et al.* Effectiveness of patient-centered interventions on Falls in the acute care setting compared to usual care: a systematic review. **JBI Database System Rev Implement Rep** [online], v. 15, n. 12, p. 3006-3048, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003331>>/. Acesso em: 02 jun. 2021.

BARATIERI, T. **Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região Sul do Brasil**. 2020. 155f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020.

BARBOSA, A. S. *et al.* Caracterização dos incidentes de quedas de pacientes adultos internados em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enfer** [online], v. 40, n. spe, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180303>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2021.

BAUMANN, A. A.; CABASSA, L. J. Reframing implementation science to address inequities in healthcare delivery. **BMC Health Serv Res** [online], v. 20, n. 1, p. 190. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12913-020-4975-3>>. Acesso em: 20 out. 2023.

BENNETT, N.M.; ORLANDO, E.; MEISSNER, P. Linking dissemination and implementation science to Learning Health Systems: Opportunities for Clinical and Translational Science Award institutions. **J Clin Transl Sci**. [online], v.4, n.3, p.:176-179, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017%2Fcts.2020.15>. Acesso em: 19 set. 2023.

BERSANI, K. *et al.* Use, Perceived Usability, and Barriers to Implementation of a Patient Safety Dashboard Integrated within a Vendor EHR. **Appl Clin Inform** [online], v. 11, n. 1, p. 34-45, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0039-3402756>>. Acesso em: 20 out. 2023.

BEZERRA, L. C. A. *et al.* Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciênc Saúde Coletiva** [online], v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400011>>. Acesso em: 20 out. 2023.

BEZERRA, L.C. A; CAZARIN, G.; Alves, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. C. *et al.* (Ed.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65-78.

BITTENCOURT, V. *et al.* Ações educativas para prevenção de quedas de pacientes hospitalizados: Revisão integrativa. **Res Society Develop** [online], v.10, n; 4, e21110413954, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13954>>. Acesso em: 20 out. 2023.

BOMBARD, Y., *et al.* Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. **Implement Sci** [Internet]. 2018, v.13, n.1, p.:98, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>. Acesso em: 29 out. 2023.

BONFIM, M.; HARTZ, Z.; ARAUJO-JORGE, T. Estudo de Avaliabilidade do programa de indução à pesquisa em saúde no Brasil para mitigar problemas relacionados à extrema pobreza. **Saúde debate** [online], v. 4, n. 128, p. 19-28, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112801>>. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, n. 12, 13 jun. 2013a. Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, n. 143, 25 jul. 2013b. Seção 1, p. 32.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas** [E-book]. Brasília: MS/Anvisa/Fiocruz, 2013c. Disponível em: <<https://tinyurl.com/2754ht5c>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: < <https://tinyurl.com/2dpspkzb> >. Acesso em: 20 jul. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** [E-book]. Brasília: MS/Anvisa/Fiocruz, 2014. Disponível em: <<https://encurtador.com.br/rBEHJ>>. Acesso em: 04 mai. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2016. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017a. Disponível em: <<https://encurtador.com.br/hG014>>. Acesso em 02 nov. 2021

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação (PRC) nº 5, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)>. Acesso em 10 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes**. Brasília: Anvisa, 2017c. Disponível em: <<https://encurtador.com.br/fjDMO>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028** [E-book]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 128 p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_saude\\_digital\\_Brasil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf)>. Acesso em 01 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasília: CONEP/Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <<https://tinyurl.com/29ktckhw>>. Acesso em 01 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de notificação dos estados no Notivisa - Brasil, setembro de 2020 a agosto de 2021**. Brasília: Anvisa, 2021b. Disponível em: <<https://tinyurl.com/57597wuh>>. Acesso em 09 jan. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano integrado para a gestão sanitária da Segurança do paciente em serviços de saúde 2021-2025**. Brasília: Anvisa, 2021c. Disponível em: <<https://tinyurl.com/msw9zzzn>>. Acesso em 09 jan. 2022.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **Design Thinking Aplicado à Exposição** [online]. 2021d. Disponível em <http://www.ccms.saude.gov.br/noticias/design-thinking-aplicado-exposicao-0>. Acesso em: 16 out. 2023.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 29: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014 a 2022. 2023a. Brasília. ANVISA Disponível em: <<https://tinyurl.com/545wbu9n>>. Acesso em 09 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES** [internet]. 2023b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atintbr.def>>. Acesso em 30 set 2023

BRUNNER, R.; Craig, G.; Watson, N. Evaluability assessment: An application in a complex community improvement setting. **Evaluation** [online], v. 25, n. 3, p. 349-365, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1356389019852126>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

BURNS, Z. *et al.* Classification of Injurious *Fall* Severity in Hospitalized Adults. **J Geront** [online], v. 75, n. 10, p. 138-144, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/gerona/glaa004>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CAMERON, I. D, *et al.* Interventions for preventing *Falls* in older people in care facilities and hospitals. **Cochrane Database Syst Rev** [online], v. 9, n. 9, CD005465, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.cd005465.pub4>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S. de.; GHELLI, K. G. M. Análise de Conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp** [online], v. 20, n. 43, p. 98-111, 2021. Disponível em: <<https://tinyurl.com/eyd32rz6>>. Acesso em: 20 out. 2023.

CARTER, E. J., *et al.* Adoption of a Patient-Tailored *Fall* Prevention Program in Academic Health Systems: A Qualitative Study of Barriers and Facilitators. **OBM Geriatrics** [online], v. 4, n. 2, p. 15, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21926/obm.geriatr.2002119>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

CASSIOLATO, M. M. M. C. GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Repositório do Conhecimento IPEA. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5810>>. Acesso em 01 julho 2023.

CAVALCANTE, E. S. B.; GONÇALVES, L. S. Plano de curso online para capacitação para o programa *Fall* TIPS. In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 12<sup>a</sup> SIEPE, 28<sup>o</sup> EVINCI, 13<sup>o</sup> EINTI, 19<sup>o</sup> EAF, 19<sup>o</sup> ENEC, 2<sup>o</sup> EDISPE [online], n. 12, 2021, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2022. Disponível em: <<http://www.siepe.ufpr.br/2021/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

CAVALCANTE, E. S. B.; GONÇALVES, L. S. Pesquisa participativa na enfermagem para a prevenção de quedas hospitalares. In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 13<sup>a</sup> SIEPE, 29<sup>o</sup> EVINCI, 14<sup>o</sup> EINTI, 20<sup>o</sup> EAF, 20<sup>o</sup> ENEC, 3<sup>o</sup> EDISPE, 3<sup>o</sup> Festival Ciência, Cultura, Inovação [online], n. 13, 2022, Curitiba.

**Anais...** Curitiba: UFPR, 2022. Disponível em:

<<http://www.siepe.ufpr.br/2022/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. *et al.* (Ed.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELE, A. *et al.* (Ed.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b.

CHEN, H.T. **Theory-driven evaluations**. Newbury Park: Sage Publications; 1990.

CHO, I. *et al.* Novel Approach to Inpatient Fall Risk Prediction and Its Cross-Site Validation Using Time-Variant Data. **J Med Internet Res** [online] v. 21, n. 2, e11505, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.2196/11505>>. Acesso em 20 out. 2023.

CHRISTIANSEN, T. L., *et al.* Patient Activation Related to *Fall* Prevention: A Multisite Study. **Jt Comm J Qual Patient Saf** [online], v. 46, n. 3, p. 129-135, 2020.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.11.010>>. Acesso em: 20 out. 2023.

COELHO, I. C. M. M; NOVELLINO, A. M. M. O enfoque do pesquisador na propria prática. In: ANDRADE, R. P., MATIA, G. (Org). **Pesquisa em seres humanos na área de saúde**. Curitiba: CHC-UFPR/EBSERH, 2021.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (CHC-UFPR). Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais. **Relatório de notificações do Vigihosp**: software para notificação e investigação de incidentes em Segurança do Paciente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Curitiba: CHC-UFPR, 2019.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (CHC-UFPR). **Institucional**. Curitiba: CHC-UFPR, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/aceso-a-informacao/institucional>. Acesso em 27 fev. 2021.

COSTA, D. G., *et al.* Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. **Rev Lat Am Enferm** [online], v. 28, e3272, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>>. Acesso em 2022 jul. 31.

CRUZ, A.C.; PEDREIRA, M.L.G. Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v.73, n.6, e20190672, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0672>>. Acesso em 11 jan. 2023.

DAL PAI, S., *et al.* Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Rev Baiana Enferm** [online], v. 34, e34849, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34849>>. Acesso em: 29 out. 2023.

DAVIDSON, J.E. *et al.* Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. **Crit Care Med**. [online], v. 45 n. 1, p. 103–28, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002169>. Acesso em: 29 out. 2023.

de VRIES, N. *et al.* The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. **Inquiry** [online], v. 60, 469580231159318, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/00469580231159318>>. Acesso em: 20 out. 2023.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: **DeCS**. 23 ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2023. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 14 mar. 2023.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. *et al.* **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DOLNY, L. L. *et al.* Serviços de Telessaúde como apoio à Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: uma proposta de modelo avaliativo. **Interface** [online], v. 23, e180184, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180184>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

DONABEDIAN A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: A. Donabedian, Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.

DONABEDIAN A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DUCKWORTH, M. *et al.* Assessing the Effectiveness of Engaging Patients and Their Families in the Three-Step *Fall* Prevention Process Across Modalities of an Evidence-Based *Fall* Prevention Toolkit: An Implementation Science Study. **J Med Internet Res**. [online], v. 21, n. 1, p. 1-17, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.2196/10008>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

DYKES, P. C., *et al.* Why do patients in acute care hospitals *Fall*? Can *Falls* be avoided? **J Nurs Adm** [online], v. 39, n. 6, p. 1-9, 2009a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a7788a>>. Acesso em: 19 out. 2019.

DYKES, P. C., *et al.* *Fall* TIPS: strategies to promote adoption and use of a *Fall* prevention toolkit. **AMIA Annu Symp Proc** [online] v. 2009, p. 153-157, 2009b. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815501/>>. Acesso em: 19 out. 2019.

DYKES, P.C., *et al.* *Fall* prevention in acute care hospitals: a randomized trial. **JAMA**, [online], v. 304, n. 17, p. 1912-1918, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jama.2010.1567>>. Acesso em 12 jul. 2021.

DYKES, P. C., *et al.* Pilot Testing *Fall* TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety): A Patient-Centered *Fall* Prevention Toolkit. **Jt Comm J Qual Paciente Saf** [online], v. 43, n. 8, p. 403-413, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.05.002>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

DYKES, P. C., *et al.* Preventing *Falls* in hospitalized patients: engage patients and families in a three-step prevention process to reduce the risk of *Fall* tips. **Am Nurse Today** [online], v. 13, n. 9, p. 8-13, 2018. Disponível em: <<https://www.Falltips.org/wp-content/uploads/2018/09/Fall-TIPS-CE-American-Nurse-Today-September-2018.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2019.

DYKES, P. C., *et al.* The *Fall* TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) Program: A Collaboration to End the Persistent Problem of Patient *Falls*. **Nurse Leader** [online], v. 17, n. 4, p. 365-370, 2019a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.11.006>>. Acesso em: 29 out. 2019.

DYKES, P. C., *et al.* Development and Validation of a *Fall* Prevention Knowledge Test. **J Am Geriatr Soc** [online], v. 67, n. 1, p. 133-138, 2019b. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jgs.15563>>. Acesso em: 22 out. 2023.

DYKES, P. C., *et al.* Evaluation of a Patient-Centered *Fall*-Prevention Tool Kit to Reduce *Falls* and Injuries: A Nonrandomized Controlled Trial. **JAMA Netw Open** [online], v. 3, n. 11, p. 1-10, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889>>. Acesso em 02 abr. 2021.

DYKES, P. C.; Hurley, A. C. Patient-centered *Fall* prevention. **Nurs Made Incred Easy!** [online], v. 19, n.4, p. 6-10, jul./aug., 2021. Disponível em: <<http://doi.org/10.1097/01.NME.0000753072.65344.4d>>. Acesso em: 12 maio 2023.

DYKES, P. C. *et al.* Use of a perceived efficacy tool to evaluate the *Fall*/TIPS program. **J Am Geriatr Soc** [online], v. 69, n. 12, p. 3595-3601, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jgs.17436>>. Acesso em: 12 maio 2023.

DYKES, P. C. *et al.* Development and Validation of a *Fall* Prevention Efficiency Scale. **J Patient Saf** [online], v. 18, n. 2, p. 94-101. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000811>>. Acesso em: 22 out. 2023.

DYKES, P. C. *et al.* Cost of Inpatient *Falls* and Cost-Benefit Analysis of Implementation of an Evidence-Based *Fall* Prevention Program. **JAMA Health Forum** [online], v. 4, n. 1, e225125, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.5125>>. Acesso em: 12 maio 2023.

ESGUERRA, E. A **Patient-Centered Approach to *Fall* Prevention**. Tese (University of St Augustine for Health Sciences). St. Augustine: SOAR@USA: Student Scholarly Projects Collection, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.46409/sr.THBW2378>>. Acesso em: 20 out. 2023.

FAGUNDES A. **Diagnósticos e prescrições de enfermagem para prevenção de quedas hospitalares**. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem). Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2021. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/1884/82204>>. Acesso em: 20out. 2023.

FAGUNDES, A.; GONÇALVES, L. S. Requisitos para módulo informatizado do programa *Fall* TIPS: foco na enfermagem. In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 12<sup>a</sup> SIEPE, 28º EVINCI, 13º EINTI, 19º EAF, 19º ENEC, 2º EDISPE [online], n. 12, 2021, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2022. Disponível em: <<http://www.siepe.ufpr.br/2021/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

FAGUNDES, A.; GONÇALVES, L. S. Informatização do processo de enfermagem: de onde partir? In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 13<sup>a</sup> SIEPE, 29º EVINCI, 14º EINTI, 20º EAF, 20º ENEC, 3º EDISPE, 3º Festival Ciência, Cultura, Inovação [online], n. 13, 2022, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2022. Disponível em: <<http://www.siepe.ufpr.br/2022/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

FALL T.I.P.S. **A Patient-Centered *Fall* Prevention Toolkit** [site]. 2023. Disponível em: <https://www.Falltips.org/>. Acesso em: 03 mar. 2023.

FARIA, L. M. G.; GONÇALVES, L. S. Percepção de pacientes e familiares quanto ao seu engajamento em programa de prevenção de quedas. In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 12<sup>a</sup> SIEPE, 28º EVINCI, 13º EINTI, 19º EAF, 19º ENEC, 2º EDISPE [online], n. 12, 2021, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2022. Disponível em: <<http://www.siepe.ufpr.br/2021/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

FEHLBERG, E. A. *et al.* Impact of the CMS No-Pay Policy on Hospital-Acquired *Fall* TIPS Prevention Related Practice Patterns. **Innov Aging** [online], v. 1, n. 3, p. 1-18, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/geroni/igx036>>. Acesso em 31 out 2019.

FIGUEREDO, A. S. **Abordagem inicial do gestor para implementação da inovação: um modelo para disseminação do *Fall* TIPS Brasil**. 2021. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021. Disponível em: <<https://tinyurl.com/mrxyup6p>>. Acesso em: 20 out. 2023.

FOWLER, S. B.; REISING, E. R. A Replication Study of Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety): A Patient-Centered Fall Prevention Toolkit. **Medsurg Nursing** [online], v. 30, n. 1, p. 28-34, 2021. Disponível em: <<https://www.proquest.com/docview/2492324964?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true#>>. Acesso em: 20 out. 2023.

FURTADO, J. P., *et al.* Participação e avaliação participativa em saúde: reflexões a partir de um caso. **Interface** (Botucatu) [online] v. 25, e210283, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210283>>. Acesso em: 20 out. 2023.



GALANG, R. **The Use of Tailored Interventions to Prevent Falls: A Quality Improvement Project in the Telemetry Unit.** Tese (Doctor of Nursing Practice). University of St Augustine, Health Sciences, St. Augustine, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.46409/sr.YGXK7412>>. Acesso em: 20 out. 2023.

GANDHI, T. K., *et al.* Transforming concepts in patient safety: a progress report. **BMJ quality & safety** [online], v. 27, n. 12, 1019-1026, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007756>>. Acesso em: 20 out. 2023.

GANDHI, T. K.; FEELEY, D.; SCHUMMERS, D. Zero Harm in Health Care. **NEJM Catalyst** [online], v. 1, n. 2, p. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1056/CAT.19.1137>>. Acesso em: 20 out. 2023.

GATTO JÚNIOR, J. R., *et al.* A participação em pesquisas com metodologias participativas: reflexão sobre experiências. **Rev Bras Promoç Saúde** [online], v. 31, suppl.1, p.:1-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8643>. Acesso em: 29 out. 2023.

GLASGOW, R. E.; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. **Am J Public Health** [online], v. 89, n. 9, p. 1322-1327, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>>. Acesso em: 20 out. 2023.

GONÇALVES, L. S. (coord.) **Projeto de Pesquisa Difusão e adoção do Fall TIPS no Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar.** Curitiba: UFPR, 2020a. Projeto em andamento.

GONÇALVES, L. S. **Pôster laminado Programa Fall TIPS**, adaptado à língua portuguesa e à realidade brasileira. Curitiba, 2020b.

GONÇALVES, L.C.B.; GONÇALVES, L. S. Organização de curso online para capacitação para o programa *Fall TIPS*. In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 12<sup>a</sup> SIEPE, 28<sup>o</sup> EVINCI, 13<sup>o</sup> EINTI, 19<sup>o</sup> EAF, 19<sup>o</sup> ENEC, 2<sup>o</sup> EDISPE [online], n. 12, 2021, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2022. Disponível em: <<http://www.siepe.ufpr.br/2021/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

GONÇALVES, L. S. *et al.* Uso do mapa de empatia na produção tecnológica para prevenção de quedas hospitalares. **JHI** [online], v. 15, n. Especial, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.59681/2175-4411.v15.iEspecial.2023.1094>>. Acesso em: 28 set 2023.

GROTTI, M. V. F. *et al.* Gestão de *Stakeholders* e Design Thinking: Um Estudo de Caso em Projeto de Mudança organizacional. **GEPROS: Gestão da Produção e Sistemas** [online], v. 12, n. 4, p. 296-319, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.59681/2175-4411.v15.iEspecial.2023.1094>>. Acesso em: 28 set 2023.

GUERREIRO, C.S.; DELGADO, M.M.; BANDEIRA, J. Avaliação de impacto de intervenções de saúde e desenvolvimento – dos aspectos teóricos à realidade prática. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Zulmira Hartz: inovação, humanidade e dinamismo na pesquisa, no ensino, na gestão e na avaliação em saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. LEIASS – Volume 7.

GUIMARÃES, E. A. A.; MACHADO, R. M. **Avaliação de serviços de saúde: aplicações e métodos**. Curitiba: Appris, 2020.

GUIMARÃES, E. A. A., *et al.* Desenvolvendo modelos para avaliar a implantação de um sistema de informação de imunização: um estudo de avaliabilidade. In: GUIMARAES, E. A. A.; MACHADO, R. M. (Ed.). **Avaliação de serviços de saúde: aplicações e métodos**. Curitiba: Appris, 2020.

HARTZ, Z. M. *et al.* **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HEBB, A., *et al.* Satisfaction and Technology Acceptance of Staff Regarding Use of Continuous Video Monitoring in Comparison With Sitters. **J Nurs Adm** [online], v. 51, n. 2, p. 60-62. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000970>>. Acesso em: 20 out. 2023.

HENDRICH, A. L. Reimagining Injurious *Falls* and Safe Mobility. **Am J Nurs**. [online], v. 121, n. 9, p. 34-44, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/01.naj.0000790188.10474.10>>. Acesso em: 20 out. 2023.

HENDRICH, A. L.; BUFALINO, A.; GROVES, C. Validation of the Hendrich II *Fall* Risk Model: The imperative to reduce modifiable risk factors. **Appl Nurs Res** [online], v. 53, 151243, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151243>>. Acesso em: 20 out. 2023.

HENG, H., *et al.* Patient Perspectives on Hospital *Falls* Prevention Education. **Front Public Health** [online], v. 16, n. 9, p. 592440, 2021. Disponível: <<https://doi.org/10.3389%2Fpubh.2021.592440>>. Acesso em: 20 out. 2023.

HERMANN, A. P., *et al.* Quedas entre pacientes internados em um hospital público e de ensino: Uma análise das notificações. **REME Rev Min Enferm** [online]. v. 27, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.38457>>. Acesso em: 7 de junho de 2023.

HESSELS, A. J., *et al.* Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. **J Nurs Care Qual** [online], v. 34, n. 4, p. 287-294, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000378>>. Acesso em: 20 out. 2023.

HILTON, K.; ANDERSON, A. **IHI Psychology of Change Framework**. Boston: Inst Healthcare Improv, 2018. Disponível em: <<https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHI-Psychology-of-Change-Framework.aspx>>. Acesso em 03 março 2023.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

KATSULIS, A. *et al.* Iterative user centered *Design* for development of a patient-centered *Fall* prevention toolkit. **Appl Ergon** [online], v. 56, n. 1, p. 117-126, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.03.011>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

KERKHOFF, A.D., *et al.* Addressing health disparities through implementation science-a need to integrate an equity lens from the outSep. **Implement Sci**, v.17, n.1, p.:13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01189-5>. Acesso em: 23 set. 2023.

KHASNABISH, S. *et al.* Best practices for data visualization: creating and evaluating a report for an evidence-based fall prevention program. **J Am Med Inform Assoc** [online], v. 27, n. 2, p. 308-314, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jamia/ocz190>>. Acesso em: 20 out. 2023.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human: Building a safer health System**. Washington (DC): National Academies Press, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.17226/9728>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

LEEuw, F. L.; DONALDSON, S. I. Theory in evaluation: Reducing confusion and encouraging debate. **Evaluation** [online], v. 21, n. 4, p. 467-480, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1356389015607712>>. Acesso em: 20 out. 2023.

LEVITON, L. C. *et al.* Evaluability assessment to improve public health. **Annu Rev Public Health** [online], v. 31, n. 31, p. 213-233, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103625>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

LUPTON, E. **O design como storytelling**. Osasco: Editorial Gustavo Gili, 2020.

LUZIA, M. F., *et al.* Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. **Rev Gaúcha Enfer** [online], v. 40, n. spe, e20180307, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180307>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

MACEDO, T. R. *et al.* Revisão integrativa sobre estudos de avaliabilidade na área de saúde no Brasil. **Braz J Hea Rev** [online], v. 3, n. 5, p. 13620-13637, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-183>>. Acesso em: 08 abr 2021.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8.ed. [3 reimpr]. São Paulo: Atlas, 2019.

MARSHALL, M. N. The key informant technique. **Family Practice** [online], v. 13, n. 1, p 92-97, 1996. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/fampra/13.1.92>>. Acesso em: 20 out. 2023.

MARTINS ANDRADE, A., *et al.* Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rev Vigil Sanit Deb** [online], v. 8, n. 4, p. 37-46, 2020. Disponível em: <<https://tinyurl.com/yvh7bmfh>>. Acesso em 09 jan. 2021.

MASCARENHAS, F. A. S., *et al.* Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. **Texto Contexto Enfer** [online], v. 28, e20180040, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0040>>. Acesso em 20 set 2021.

MEDEIROS, G.A.R.; NICKEL, D.A.; CALVO, M.C.M. Uso dos resultados da avaliação: revisão integrativa de artigos publicados no período de 2012 a 2016. **Meta: Aval** [Internet], v.12, n.34, p.:59-87, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22347/2175-2753v12i34.2188>. Acesso em: 22 set. 2023.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M.; MONTEIRO, S. (Ed.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MEIRA, GC. **Engajamento do paciente em programas de quedas hospitalares: percurso para a elaboração de um manual**. 2021. 116p. Dissertação (Mestrado Profissional Prática do Cuidado em Saúde) - Programa de Pós-Graduação Prática do Cuidado em Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

MENDES, M. F. M. *et al.* Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: SAMICO, I. C. *et al.* (Ed.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 57-64.

MORRIS, M. E., *et al.* Interventions to reduce *Falls* in hospitals: a systematic review and meta-analysis. **Age Ageing** [online], v. 51, n. 5, p. afac077, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ageing/afac077>>. Acesso em: 20 out. 2021

MORSE, J. M.; MORSE, R. M.; TYLKO, S. J. Development of a scale to identify the *Fall*-prone patient. **Can J Aging** [online], v.8, n. 4, p. 366-377, 1989. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S071498080000857>>. Acesso em: 20 out. 2023.

NAKANISHI, T. *et al.* Development of an algorithm for assessing *Fall* risk in a Japanese inpatient population. **Sci Rep** [online], v.11, art. 17993, 2021. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/s41598-021-97483-1>>. Acesso em: 16 out. 2023.

NASCIMENTO, M.M.; SILVA, P.S. T.; JUCHEM, L. Tecnologias Assistivas: Aplicações na prevenção de quedas de idosos. **Rev Saúde Desenvol Hum.**, Canoas, v.10, n.1, p.: 01-14, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.18316/sdh.v10i1.8492>>. Acesso em: 20 fev. 2022

NATIONAL STEERING COMMITTEE FOR PATIENT SAFETY (NSC). **Safer Together: A National Action Plan to Advance Patient Safety** [E-Book]. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 2020. Disponível em: <[www.ihl.org/SafetyActionPlan](http://www.ihl.org/SafetyActionPlan)>. Acesso em: 04 mai. 2021.

NEWMAN, B. *et al.* Do patient engagement interventions work for all patients? A systematic review and realist synthesis of interventions to enhance patient safety. **Health Expect.** [online], v.24, v.6, p.:1905–1923, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/hex.13343>>. Acesso em: 29 out. 2023.

NOLT, K. L.; LEVITON, L. C. FIDELITY and Adaptation of Programs: Does Adaptation Thwart Effectiveness? **Am J Evaluation** [online], v. 44, n. 3, p. 322-334, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/10982140221138604>>. Acesso em: 20 out. 2023.

O'BRIEN, B. C., *et al.* Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. **Acad Med** [online], v. 89, n. 9, p. 1245-51, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/10982140221138604>>. Acesso em: 20 out. 2023.

OLIVEIRA, L. G. D. *et al.* Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 15, n. supl. 1, p. 997-1008, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700006>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

OLIVEIRA, V. C. *et al.* Avaliação normativa: desenvolvendo modelos para avaliar as salas de vacinação da atenção primária à saúde. In: GUIMARAES, E. A. A.; MACHADO, R. M. (Ed.). **Avaliação de serviços de saúde: aplicações e métodos**. Curitiba: Appris, 2020. p. 213.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Doente**. Lisboa: OMS, 2011

OXELMARK, L., *et al.* Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. **Scand J Caring Sci** [online], v. 32, n. 2, p. 612-621, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/scs.12486>>. Acesso em: 06 nov. 2021.

PADILLA, K. C. **Implementation of fall TIPS intervention to reduce rate of falls in a psychiatry inpatient unit**. Tese (School of Nursing (RBHS) DNP Projects) New Jersey: Rutgers University. Disponível em: <<https://doi.org/doi:10.7282/t3-q8be-j861>>. Acesso em: 20 out. 2023.

PAIM JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc saúde colet** [online]. v. 23, n. 6, p. 1723-1738, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em: 20 out. 2023.

PALADINI, E. Referenciais teóricos para uma visão de futuro. In: BRESCIANI FILHO, E. (Org). **O livro ABQ da Qualidade no Brasil** [E-book]. São Paulo: Academia Brasileira da Qualidade, 2021. Disponível em: <[https://abqualidade.org.br/livro\\_abq/Livro\\_abq\\_qualidade\\_no\\_brasil\\_2021.pdf](https://abqualidade.org.br/livro_abq/Livro_abq_qualidade_no_brasil_2021.pdf)>. Acesso em: 06 nov. 2021.

PANKE, S. Design Thinking in Education: Perspectives, Opportunities and Challenges. **Open Educ Stud** [online], v. 1, n. 1, p. 281-306, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1515/edu-2019-0022>>. Acesso em: 20 out. 2023.

PASA, T. S., *et al.* Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. **Rev Latino-Am Enfer** [online], v. 25, p. e2862, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>>. Acesso em: 06 nov. 2021.

PATTON, M. Q. Pedagogical principles of evaluation: interpreting Freire. In: Patton, M. Q. (org). **Pedagogy of evaluation**. Hoboken: John Wiley & Sons; 2017. p. 49-77.

PORTO, G.; GONÇALVES, L. S. Requisitos para módulo informatizado do programa *Fall* TIPS. Universidade Federal do Paraná. In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 12<sup>a</sup> SIEPE, 28<sup>o</sup> EVINCI, 13<sup>o</sup> EINTI, 19<sup>o</sup> EAF, 19<sup>o</sup> ENEC, 2<sup>o</sup> EDISPE [online], n. 12, 2021, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2022. Disponível em: <<http://www.siepe.ufpr.br/2021/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

PRATES, C.G., *et al.* Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n.1, p.:74-81, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v13i1.20728>. Acesso em: 28 dez. 2023.

PROCTOR, E., *et al.* Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. **Adm Policy Ment Health**, New York, v.38, n.2, p.: 65–76, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

RACHED, C. D. A.; SANTOS, J. N.; FERREIRA, V. C. G. Bases Teórica dos Estilos de Liderança: Uma breve revisão. **Intern J Health Manag Rev** [online], v. 6, n. 2, p. 1-9, 2020. Disponível em: <<https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/229/162>>. Acesso em: 02 março 2023.

RODRIGUES, J. L. da S. de Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 11, p. 4263-4275, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>>. Acesso em 16 set 2021.

SAITO, D. Y. T., *et al.* User, client or patient? which term is more frequently used by nursing students?. **Texto contexto – enferm** [online], v. 22, n. 1, p. 175-183, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100021>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SALVON-Harman J. Actions to renew focus on safety culture. **Healthcare Executive** [online], v. 39, n. 3, p. 48-49, 2023. Disponível em: <<https://tinyurl.com/2exaufjt>>. Acesso em 08 out. 2023.

SAMICO, I. C. *et al.* (Ed.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SAMPATH, B., *et al.* Whole System Quality: A Unified Approach to Building Responsive, Resilient Health Care Systems [E-book]. IHI White Paper. Boston: **Institute for Healthcare Improvement**, 2021. Disponível em <<https://tinyurl.com/2p8trf58>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SAP. Apphaus. **Scenes Toolkit**. [Website], Alemanha, 2023. Disponível em: <<https://apphaus.sap.com/approach/scenes>>. Acesso em: 14 maio 2023

SARKHOSH, S.; ABDI, Z.; RAVAGHI, H. Engaging patients in patient safety: a qualitative study examining healthcare managers and providers' perspectives. **BMC Nurs** [online], v. 21, n. 1, p. 374, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12912-022-01152-1>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SASSO, L., *et al.* Working Group. Push and pull factors of nurses' intention to leave. **J Nurs Manag** [online], v. 27, n. 5, p. 946-954. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12912-022-01152-1>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SHAW, L.; KIEGALDIE, D.; Farlie, M. K. Education interventions for health professionals on *Falls* prevention in health care settings: a 10-year scoping review. **BMC Geriatr** [online], v. 20, n. 1, p. 460, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01819-x>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SHEPPARD, D. *et al.* R. An opportunistic evaluation of a routine service improvement project to reduce *Falls* in hospital. **BMC Health Serv Res** [online], v. 21, n. 1, p. 79, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06073-4>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SHIGUEOKA, A. S.; GONÇALVES, L. S. Design thinking na pesquisa participativa para a prevenção de quedas hospitalares. In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 13<sup>a</sup> SIEPE, 29<sup>o</sup> EVINCI, 14<sup>o</sup> EINTI, 20<sup>o</sup> EAF, 20<sup>o</sup> ENEC, 3<sup>o</sup> EDISPE, 3<sup>o</sup> Festival Ciência, Cultura, Inovação [online], n. 13, 2022, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 202. Disponível em: <<http://www.siepe.ufpr.br/2022/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SILVA, R. R.; GASPARINI, M. F. V.; BARBOZA, M. Avaliações sob medida – produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E. A. C. (Ed.). **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 225.

SILVA, A. K. M.; COSTA, D. C. M.; REIS, A. M. M. Fatores de risco associados às quedas intra-hospitalares notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital de ensino. **Einstein** (São Paulo) [online], v. 17, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: <[https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2019AO4432](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4432)>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SILVA, A. P. **Avanços e desafios da prevenção de quedas no ambiente hospitalar** [online]. 2018. Disponível em: <<https://tinyurl.com/588eecdd>>. Acesso em: 10 out. 2019.

SILVA, H. R., *et al.* Análise dos incidentes notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) no Brasil de 2014 a 2019. **Res, Society Develop** [online], v. 9, n. 7, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4524>>. Acesso em 09 jan. 2021

SILVA, L. S.; GONÇALVES, L. S. Engajamento do paciente no seu cuidado: uma revisão integrativa. In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 12<sup>a</sup> SIEPE, 28º EVINCI, 13º EINTI, 19º EAF, 19º ENEC, 2º EDISPE [online], n. 12, 2021, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2022. Disponível em: <<http://www.siepe.ufpr.br/2021/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SIMCH, F.B. de L. et al. Papel do letramento em saúde nos desfechos clínicos de idosos: uma revisão de escopo. **Res, Society Develop** [online], v. 10, n. 11, p. 1-14, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19726>. Acesso em: 01 out. 2023.

SOUSA, J.V.T.; FARIAS, M. S. A gestão de qualidade em saúde em relação à segurança do paciente: revisão de literatura. **Sanare – Rev Polít Públ** [online], v. 18, n. 2, p. 96-105, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.36925/sanare.v18i2.1379>>. Acesso em 21 fev. 2022.

SOUSA, K.A. de S. **Quedas de pacientes adultos em um Hospital Público de Ensino**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2014.

SOUZA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, M. G. S. (Ed). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016. 496 p.

SOUZA, A. D. Z. de; HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. D. Facilitators and barriers of patient involvement in hospital services: integrative review. **Texto Contexto – Enferm** [online], v. 31, p. e20200395, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0395en>>. Acesso em 20 out. 2023.

SOUZA, L. F., *et al.* Fatores associados ao risco, à percepção e ao conhecimento de quedas em idosos. **Rev Gaúcha Enferm** [online], v. 43, p. e20200335, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200335>>. Acesso em: 20 out. 2023.

ST. PIERRE, M., *et al.* 20 years after To Err Is Human: A bibliometric analysis of ‘the IOM report’s’ impact on research on patient safety. **Saf Sci** [online], v. 147, p. 105593, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105593>>. Acesso em: 20 out. 2023.



STRINI, V.; SCHIAVOLIN, R.; PRENDIN, A. *Fall Risk Assessment Scales: A Systematic Literature Review*. **Nurs Rep** [online] v. 11, n. 2, p. 430-443. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/nursrep11020041>>. Acesso em: 20 out. 2023.

SUMNIENSKI, V. D. S.; GONÇALVES, L. S. Informatização do processo de enfermagem: como divulgar? In: Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, 13<sup>a</sup> SIEPE, 29<sup>o</sup> EVINCI, 14<sup>o</sup> EINTI, 20<sup>o</sup> EAF, 20<sup>o</sup> ENEC, 3<sup>o</sup> EDISPE, 3<sup>o</sup> Festival Ciência, Cultura, Inovação [online], n. 13, 2022, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 202. Disponível em: <<http://www.siepe.ufpr.br/2022/downloads/anais/SIEPE%20V1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

THANG, K. **Implementation of Fall TIPS (tailoring Intervention for Patient Safety) to Reduce Patient Fall Rate**. Tese (Doctor of Nursing). University of Maryland School of Nursing, Baltimore, 2022. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10713/18917>>. Acesso em: 18 out. 2023.

TEMMIS, B. **Reducing Falls Through Mindfulness Implementation of the Fall Tips Toolkit**. Tese (Doctor of Nursing Practice). Grand Canyon University, Phoenix, 2022. Disponível em: <<https://www.proquest.com/docview/2708763125?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>>. Acesso em: 18 out. 2023.

THOELE, K. *et al.* Development and use of a toolkit to facilitate implementation of an evidence-based intervention: a descriptive case study. **Implement Sci Commun**. [online], v.1, art.86, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s43058-020-00081-x>>. Acesso em: 18 out. 2023.

THURSTON, W. E.; RAMALIU A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. **Can J Progr Eval** [online], v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.3138/cjpe.20.001>>. Acesso em: 18 out. 2023.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. (Eds.), **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde** (pp. 31-61). Porto Alegre: Moriá, 2014.

TREVISAN, M. S.; WALSER, T. M. **Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use**. Califórnia: SAGE Publications 2015.

TZENG, H. M. Nurses' caring attitude: *Fall* prevention program implementation as an example of its importance. **Nurs Forum** [online], v. 46, n. 3, p. 137-45, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00222.x>> Acesso em: 20 out. 2023.

ULLMAN, A. J.; DAVIDSON, P. M. Patient safety: the value of the nurse. **Lancet** [online], v. 397, p. 1861-1863, 2021. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00981-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00981-8)>. Acesso em: 01 abr. 2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). **Projeto Fall TIPS Brasil** [Internet]. Curitiba: UFPR, 2023. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/enfermagem/projeto-fall-tips/>. Acesso em: 01 out. 2023.

URBANETTO, J.S. *et al.* Morse *Fall Scale*: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP** [online], v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300007>>. Acesso em: 7 mar. 2023.

VALIDAR. In: **DICIO**: Dicionário online de português [online]. ©2009-2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/validar/>. Acesso em 29 set. 2023.

VERANI, J. F. S. **Crítica metodológica sobre avaliação de programa de imunização**: contribuições para a construção de um novo modelo. Tese (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005, 67p. Disponível em: <[http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ\\_27009876dfe81fd3d2442255b325ec3e](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_27009876dfe81fd3d2442255b325ec3e)>. Acesso em 31 jan. 2022.

VIANNA, M. *et al.* **Design Thinking**: Inovação em Negócios. 2ª ed. Rio de Janeiro: MJV Press, 2018.

VIEIRA, A. C. G.; GASTALDO, D.; HARRISON, D. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. **Rev Bras Enferm** [online], v. 73, n. 5, e20190179, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>>. Acesso em: 20 out. 2023.

VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIEIRA DA SILVA, L. M.; Furtado, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 36, n. 9, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00237219>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

VILLAR, V. C. F.L.; MARTINS, M.; RABELLO, E. T. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. **Saúde debate** [online], v. 46, n. 135, p. 1174-1186, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213516>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. Progress and Challenges for Patient Safety. In: VINCENT C, AMALBERTI R, editors. **Safer Healthcare: Strategies for the Real World**. Cham: Springer International Publishing, 2016. p. 1-12. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0>>. Acesso em: 20 out. 2023.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WALSER, T. M.; TREVISAN, M. S. Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and Recommendations. **Am J Evaluation**, v. 37, n. 1, p. 118-138, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1098214015583693>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

WALSER, T.; TREVISAN, M. **Completing your evaluation dissertation, thesis, or culminating project**. Thousand Oaks (Ca): SAGE Publications, Inc., 2021.

WARNER, E. T., *et al.* Advancing health equity through implementation science: Identifying and examining measures of the outer setting. **Soc Sci Med** [online], v. 331, p. 116095, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116095>>. Acesso em: 20 out. 2023.

WARREN, C., *et al.* A Comprehensive Analysis of Risk Factors Associated With Inpatient Falls. **J Patient Saf** [online], v. 19, n. 6, p. 396-402, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/pts.0000000000001123>>. Acesso em 20 out. 2023.

WENG, S. J. *et al.* Impact on patient safety culture by the intervention of multidisciplinary medical teams. **J Patient Saf** [online], v. 18, n. 3, p. e601-e605, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000891>>. Acesso em: 20 out. 2023.

WILSON, V.; BROWN, D.; MCCANCE, T. The impact of implementing person-centred nursing key performance indicators on the experience of care: a research evaluation. **Internat Pract Develop J** [online], v. 11, n. 1, p. 1-13, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13643-018-0704-y>>. Acesso em: 20 out. 2023.

WEST, C. H., *et al.* Digital Storytelling as a Method in Health Research: A Systematic Review. **Internati J Qualit Methods** [online], v. 21, p. 1-25, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/16094069221111118>>. Acesso em: 20 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Report on Falls Prevention in Older Age** [E-Book]. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <[https://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)>. Acesso em 11 ago. 2021.

\_\_\_\_\_. **Patients for Patient Safety: partnerships for safer health care** [online]. Geneva, Switzerland: World Helath Organization, 2013. Disponível em: <[https://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/PFPS\\_brochure\\_2013.pdf](https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2023.

\_\_\_\_\_. **Patient safety**. Global action on patient safety. Report by the Director-General. WHO [online], 2019. Available from: <[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Draft Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care** [E-Book]. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/final-draft-global-patient-safety-action-plan-2021-2030.pdf?sfvrsn=fc8252c5_5)>. Acesso em: 06 maio 2021.

\_\_\_\_\_. **Elevate the voice of patients!** [Internet]. 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2023--engaging-patients-for-patient-safety>>. Acesso em: 29 set. 2023.

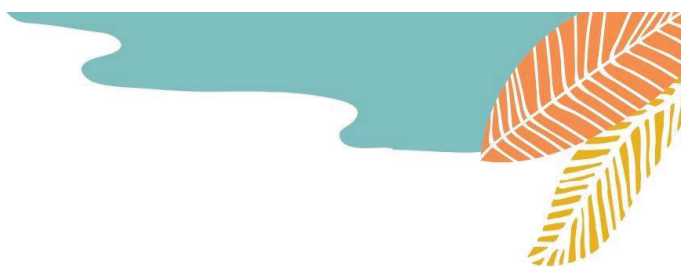
XIMENES, M. A. M. *et al.* Efetividade de tecnologia educacional para prevenção de quedas em ambiente hospitalar. **Acta Paul Enferm** [online], v. 35, eAPE01372, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01372>>. Acesso em: 29 set. 2023.

ZANESCO, C., *et al.* Diagnósticos e prescrições de enfermagem no cuidado antes e após a ocorrência de quedas hospitalares com ou sem dano. In: 4º Congresso Sul brasileiro de sistematização da assistência de enfermagem e 3ª mostra internacional de cuidado de enfermagem no ciclo da vida (CONSSAE MICENF). 4ª ed., 2021 [online]. **Anais....** Florianópolis: UDESC, 2021. Disponível em: <<https://curso.congresse.me/conssae/resumos/19663.pdf?version=original>>. Acesso em: 20 out. 2023.

ZUYEV, L., *et al.* Tailored prevention of inpatient *Falls*: development and usability testing of the *Fall* TIPS toolkit. **Comput Inform Nurs** [online], v. 29, p. 93-100, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/ncn.0b013e3181f9dbe9>>. Acesso em 07 jul. 2021.

# APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA DAS OFICINAS

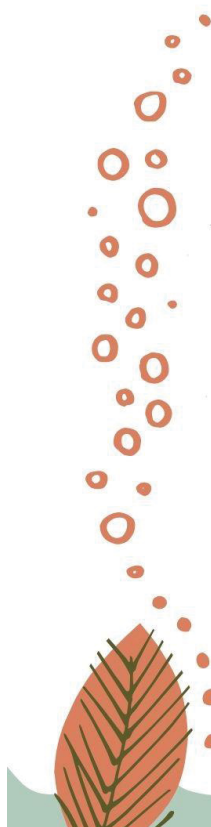


APÊNDICE 2 – *PLANNER*

Sejam bem-vindos!

# Planner

Pesquisa Participativa  
com *stakeholders*  
CHC-UFPR





# ESTRUTURA DAS OFICINAS

## PCA

**REPENSAR**  
**R**

**REVELAR**  
**R**

**RECONHECER**  
**REVELAR**  
**R**

**REPARTIR**  
**R**

## ATIVIDADE PLANEJADA

**VALIDAÇÃO:**  
Reflexão e discussão sobre a síntese das sugestões do encontro anterior (papel do agente no programa e diagrama).

**MODELO TEÓRICO**

**MODELO LÓGICO:**  
Projeção de *storytelling* e do diagrama com o papel do agente tema do dia.

**FECHAMENTO:**  
compartilhar impressões sobre as atividades do dia, sobre a experiência.

## AÇÕES DOS PARTICIPANTES

Expressar-se verbalmente até o grupo alcançar consenso sobre a síntese apresentada



Responder a Questão Disparadora, registrando no planner



Expressar verbalmente suas percepções para serem contempladas na síntese





# 1ª OFICINA



## IDENTIFICAÇÃO - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Gênero:** Feminino (  ) Masculino (  ) Prefiro não dizer (  )

**Área de formação:** \_\_\_\_\_ **Tempo de formação:** \_\_\_\_\_

**Área de trabalho:** \_\_\_\_\_ **Tempo de trabalho:** \_\_\_\_\_

**Função/cargo na instituição:** \_\_\_\_\_

**Tempo de trabalho na instituição:** \_\_\_\_\_

**Titulação:** Bacharelado (  ) Licenciatura (  ) Especialização (  ) Mestrado (  ) Doutorado (  ) Pós-Doutorado (  )

**Especificar a área:** \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nós, Luciana Schleder Gonçalves, Lillian DG Wolff, Karla Crozeta Figueiredo, professores; Ana Paula Hermann, Adeli R P de Medeiros, Alda Souza Figueiredo, Gisele C Meira, Elizabete da Silva Dantas de Jesus, Paula T. Soares da Rocha, técnicos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR; Camila ZanESCO, Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR; Ingrid Marcela Pinto Gariba De Andrade, Aluna do Mestrado Profissional; Anderson Fagundes; Leticia Santi Silva; Eduarda Singer Barbosa Cavalcante; Luiza Carmelita Borges Gonçalves; Laura Machado Gomes Faria; Rayssa Ravelli dos Santos, alunos de graduação em Enfermagem; e Gabriela Barros Porto, aluna de graduação em Informática Biomédica da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando (o Senhor, a Senhora) profissional de saúde envolvido na temática da prevenção e gerenciamento do evento adverso queda, em unidades definidas pela gestão e lideranças clínicas do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR a participar de um estudo intitulado Difusão e adoção do *Fall TIPS* no Brasil: engajamento de stakeholders para prevenção de quedas em hospitais. A partir das diversas etapas deste estudo, serão definidas novas maneiras de identificar o risco de quedas e como preveni-las, aprimorando a cultura do hospital para que o cuidado seja realmente centrado nas necessidades dos pacientes.





# 1ª OFICINA



O objetivo desta pesquisa é adaptar e disseminar o uso do programa Fall TIPS de prevenção de quedas para hospitais brasileiros.

Caso (o Senhor, a Senhora) participe da pesquisa, será necessário

( ) Fase 1 - responder a entrevistas online sobre sua experiência no processo de identificação do risco de queda e manejo do paciente.

( ) Fase 2 - participar de reuniões de consenso das traduções dos formulários do programa de quedas, e de oficinas para refinamento do programa para a realidade do hospital.

( ) Fase 3 - participar de teste piloto de implantação do programa de prevenção de quedas na sua unidade

( ) Fase 4 - responder a entrevistas para avaliação do programa

( ) Fase 5 - responder a formulários para avaliação dos treinamentos.

Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá acessar ( ) o ambiente virtual Microsoft Teams, em dia e hora a serem acordados com as chefias das unidades de maneira a não prejudicarem nem as atividades laborais, nem causarem hora extra, ( ) os formulários de pesquisa para ( ) preenchimento de questionário, ( ) participação de reuniões, ( ) entrevistas, e ( ) testes pilotos, o que levará aproximadamente 1 hora para as reuniões, 15 minutos para as entrevistas e preenchimento de questionários, e os durante suas atividades laborais.

É possível que (o Senhor, a Senhora) experimente algum desconforto ou constrangimento, relacionados ao fato de ter suas opiniões expostas ou devido ao tempo gasto para responder aos questionários, entrevistas e participação nos grupos focais.

Alguns riscos podem relacionados ao estudo podem ser: desconforto ou constrangimento nas entrevistas, nos grupos focais, quebra da confidencialidade.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: o aprimoramento do programa de prevenção de quedas do hospital, pelo refinamento do kit de ferramentas do programa proposto para a realidade brasileira e pela inclusão do paciente e sua família no processo de identificação do risco de queda e planejamento de cuidados., embora nem sempre (o Senhor, a Senhora) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.



# 1ª OFICINA



Os pesquisadores Luciana Schleder Gonçalves, Lillian DG Wolff, Karla Crozeta Figueiredo, professores; Ana Paula Hermann, Adeli R P de Medeiros, Alda Souza Figueredo, Gisele C Meira, Elizabete da Silva Dantas de Jesus, Paula T. Soares da Rocha, técnicos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR; Camila Zanesco, Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR; Ingrid Marcela Pinto Gariba De Andrade, Aluna do Mestrado Profissional; Anderson Fagundes; Leticia Santi Silva; Eduarda Singer Barbosa Cavalcante; Luiza Carmelita Borges Gonçalves; Laura Machado Gomes Faria Rayssa Ravelli dos Santos, alunos de graduação em Enfermagem; e Gabriela Barros Porto, aluna de graduação em Informática Biomédica da Universidade Federal do Paraná, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que (o Senhor, a Senhora) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo a por e-mail, telefone em horário comercial (projetoquedas@gmail.com, 41-3361-3773, das 8h as 17h). Em situações de emergência ou urgência, relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (Prof. Luciana 41-992776976, Prof. Lillian 41-995281712, Prof. Karla 41-988523681, Enf. Adeli 41-999960304).

Se (o Senhor, a Senhora) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041 das 08:00 horas as 14:00 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se (o Senhor, a Senhora) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu (atendimento e/ou tratamento) está garantido e não será interrompido o (o Senhor, a Senhora) desista de participar. As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas, os membros do grupo de pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Para estudos que envolvem entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.



# 1ª OFICINA



O material obtido (questionários, imagens, gravação, vídeo) será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ao término do estudo.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (elaboração das lâminas do Fall TIPS, desenvolvimento do website) não são de sua responsabilidade e (o Senhor, a Senhora) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

**Eu,** \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para o andamento do meu trabalho rotineiro na Instituição.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
**Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal**

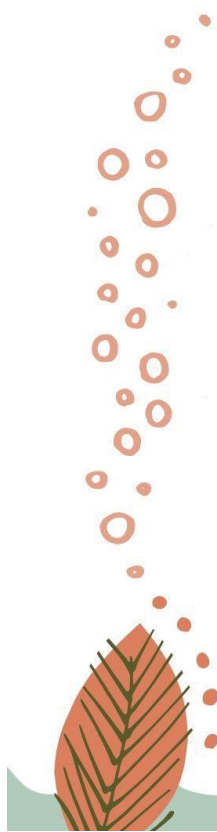
\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal**

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
 Nome extenso do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, \_\_\_\_\_ de 2022

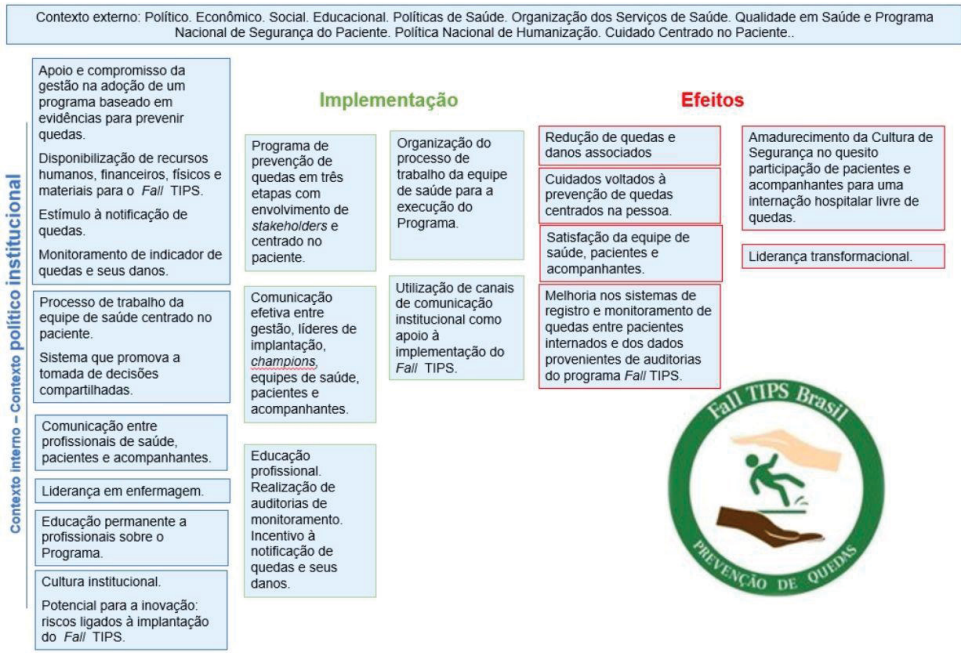




# 2ª OFICINA



## Modelo teórico do Programa Fall TIPS



No quê o **diagrama** precisa mudar para que remeta ao **contexto interno** de um hospital em que se preste um cuidado centrado no paciente que possibilite o engajamento de pacientes e acompanhantes em um plano personalizado de prevenção de quedas?

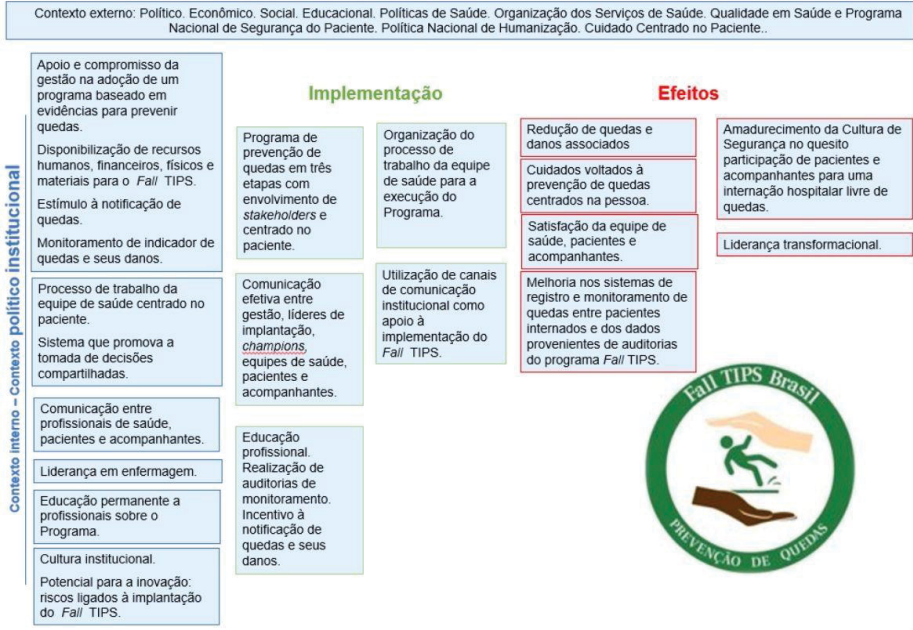
**Registre** sua sugestões de inclusões e exclusões





# 2ª OFICINA

## Modelo teórico do Programa *Fall TIPS*



No **quê** o **diagrama** precisa mudar para que reflita os **efeitos** gerados por uma **rotina assistencial centrada no paciente** e no **engajamento dele e do seu acompanhante** na prevenção de quedas?  
**Registre sua sugestões de inclusões e exclusões**





## Arquétipo do Lobo

"Eles lhe ensinarão a melhorar suas habilidades de comunicação verbal com uma linguagem corporal apropriada. Eles lhe ajudarão a alcançar seus objetivos por meio de campanhas cooperativas. Sua mensagem é o poder para ensinar e compartilhar informações".

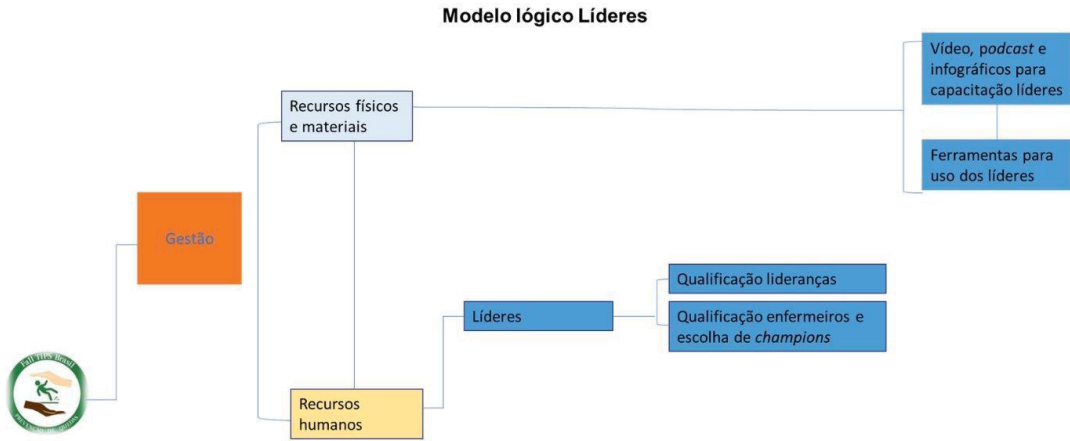
Fonte: <https://osegredo.com.br/os-animais-como-arquetipos-de-poder/>



# 3ª OFICINA



O que precisa ser incluído/excluído no modelo teórico do programa *Fall/TIPS Brasil*?



No quê o **diagrama** precisa ser modificado para que o **papel dos líderes** remeta ao planejamento e implementação de uma rotina assistencial que fomente o **engajamento de pacientes e acompanhantes em um plano personalizado** de prevenção de quedas?  
**Registre suas sugestões de inclusões e exclusões**







## Arquétipo do beija-flor

"O beija-flor se lança no mundo espalhando graça e beleza nos ensinando a apreciar as maravilhas e magias de nossa existência diária. Um dos seus ensinamentos é o de entender os enigmas e os mistérios que envolvem as dualidades e contradições. Usam a astúcia, a inteligência, a graça e não só a força física, estão sempre procurando uma maneira para embarcar numa nova aventura e jornada."

Fonte: <https://osegredo.com.br/os-animais-como-arquetipos-de-poder/>

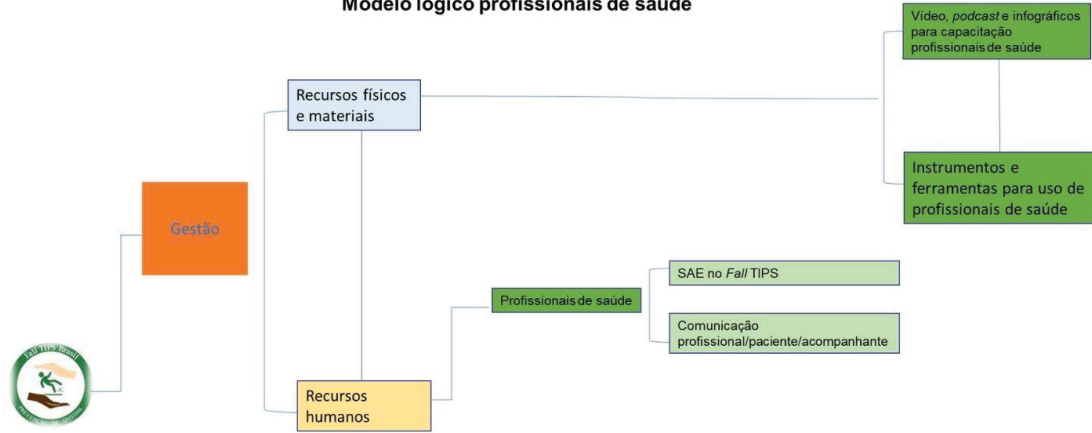


# 4ª OFICINA

Em que a representação visual do modelo lógico precisa mudar para que o papel de líderes no programa *Fall TIPS* Brasil?



Modelo lógico profissionais de saúde

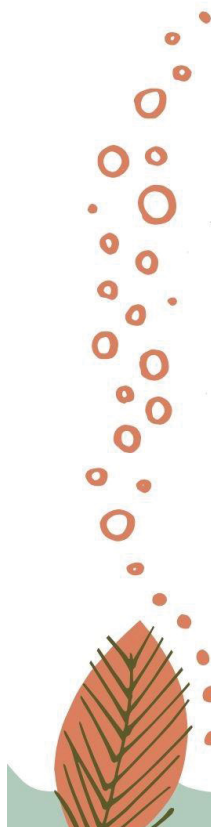
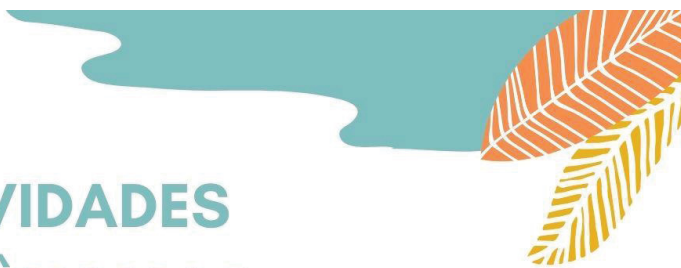


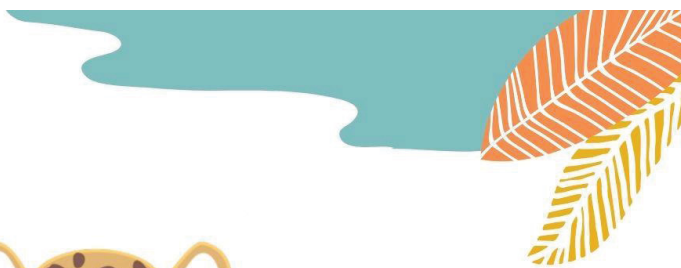
Em que o diagrama deve mudar de modo a corresponder ao papel de profissionais de saúde em uma rotina assistencial que fomente o engajamento de pacientes e acompanhantes em um plano personalizado de prevenção de quedas?

Registres sugestões de modificações:



# ATIVIDADES AUTÔNOMAS





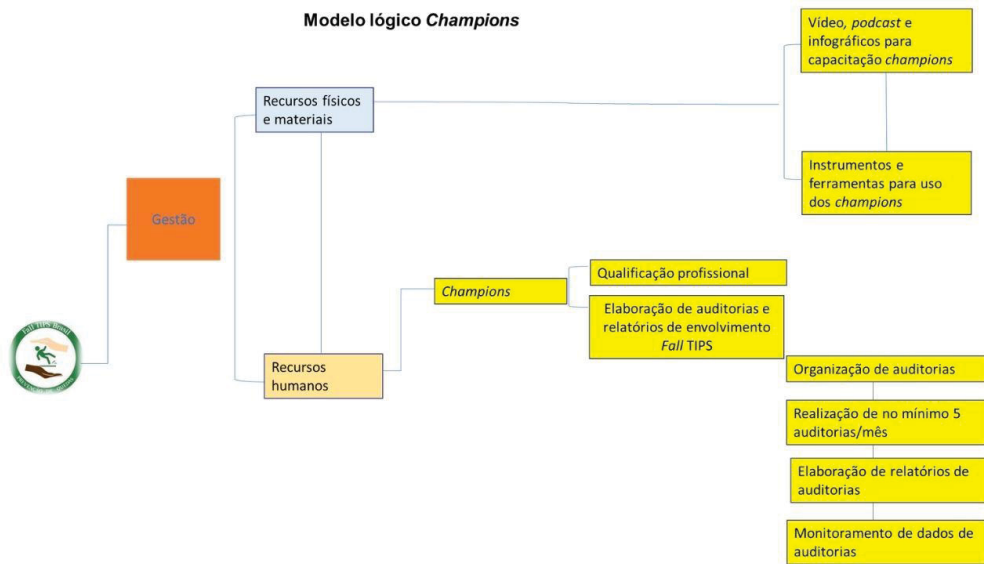
## Arquétipo da Onça

A onça é um animal deliberadamente solitário. É astuciosa, observa os movimentos da presa antes de atacá-la. Possui a capacidade de aprender e conviver consigo mesmo e a não depender dos outros para atingir seus objetivos. Ensina a conquista do nosso espaço, a cautela, o saber agir. É inteligente, ágil, esperta e ajuda energeticamente os xamãs nas curas. A onça traz a energia da coragem, da sensualidade e do poder. Simboliza a conquista do espaço, a cautela, o saber agir, a habilidade e a agilidade.

Fonte:

<https://portalamazonia.com/noticias/mensagens-do-animal-de-poder-como-elas-podem-ser-uteis-em-sua-vida-cotidiana>





Em quê o **diagrama** precisa mudar para que o **papel do champion** remeta ao planejamento e implementação de uma rotina assistencial que fomente o **engajamento de pacientes e acompanhantes em um plano personalizado de prevenção de quedas?**

Registre sua sugestões de inclusões e exclusões:





## Arquétipo do Tucano e da Borboleta

"O tucano está relacionado com o compartilhamento de ideias e pensamentos como forma de contribuir para o cuidado.

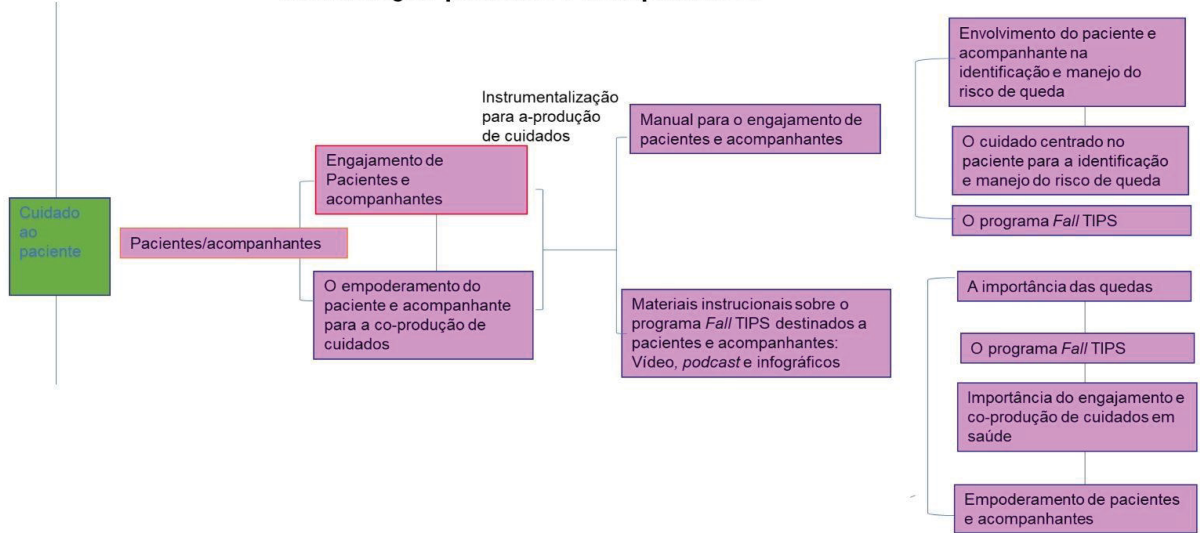
A borboleta representa o vôo, ela sai da segurança de seu casulo para se deparar com um novo mundo em sua nova forma confiando em suas asas frágeis em um horizonte ainda desconhecido."

Fonte: <https://portalamazonia.com/noticias/mensagens-do-animal-de-poder-como-elas-podem-ser-uteis-em-sua-vida-cotidiana>





### Modelo lógico pacientes e acompanhantes



No quê o **diagrama** precisa mudar para que o **papel dos pacientes e acompanhantes** remeta ao planejamento e implementação de uma rotina assistencial que fomente o **engajamento de pacientes e acompanhantes em um plano personalizado de prevenção de quedas?**

Registre sua sugestões de inclusões e exclusões









**Além das perguntas abaixo, que outras podem ser pertinentes no momento de se avaliar o programa Fall TIPS Brasil?**

<b>(1) Perspectivas do programa</b>	<b>2) Contexto do programa</b>	<b>(3) Implementação do programa</b>	<b>(4) Efeitos e resultados</b>	<b>(5) Escopo metodológico da avaliação</b>
Qual é a percepção geral do programa?	Como são percebidos os benefícios e limitações do programa?	Como será a implementação do programa?	Quais as impressões sobre os componentes, atividades e resultados do programa?	Quais os recursos humanos disponíveis para a avaliação?
Qual é a percepção de componentes específicos do programa?	Qual a percepção sobre seu público, seus objetivos, sua implementação e seus recursos?	Qual é a percepção geral de como o programa é implementado?		Como está a acessibilidade a documentos e dados de arquivo necessários?
Quem é o público percebido para o programa?	Como são percebidos os benefícios e limitações da avaliação?	Qual é a percepção de como componentes específicos do programa são implementados?	Que pesquisa poderia informar melhorias no modelo de teoria do programa?	Quais tipos de dados já foram coletados na implementação do programa?
Quais necessidades que o programa atende? Quais necessidades devem ser atendidas?	Quem tem maior ou menor participação no programa?	Como os recursos são alocados e usados para a implementação do programa?	Que tipos de projetos de avaliação foram utilizados na avaliação de programas similares? Quais foram os pontos fortes e as limitações desses projetos?	Os dados podem ser coletados de uma maneira que respeite os participantes e garanta a proteção a princípios legais e éticos?
Quais são os objetivos percebidos do programa? Quais devem ser os objetivos?	Como os diferentes indivíduos e grupos se relacionam com o programa?			Quais as preocupações com validade e confiabilidade dos dados existentes?
Qual é a percepção de como o programa é implementado?				Quais recursos procedimentais e/ou políticos facilitam ou constituem barreiras à avaliação do programa?
Qual é a percepção dos recursos do programa e como eles são usados?				
Que tipo de informação de avaliação é necessária para documentar sucessos e fazer melhorias no programa?				

Fonte: Adaptado de Trevisan, Walser (2015)



Qual a **ordem de importância** das perguntas avaliativas sobre o programa? Ou em sua opinião, todas as questões teriam o mesmo peso? (1 a mais importante e 10 a menos importante)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



## 5ª OFICINA

Em que a representação visual do modelo lógico precisa mudar para que reflita o papel de profissionais de saúde no programa *Fall TIPS Brasil*?







## Arquétipo da abelha rainha

A abelha representa comunicação, organização e produtividade, ela se mantém focada em tudo o que se propõe e não se desvia de seu objetivo.

Abelhas ajudam a fortalecer e harmonizar comunidades, trabalhos, ou grupos de trabalho.

Fonte: [encurtador.com.br/mrF18](http://encurtador.com.br/mrF18)



## 6ª OFICINA

O que precisa ser incluído/excluído no modelo teórico e no modelo lógico para que reflitam a adaptação do programa Fall TIPS ao Brasil?



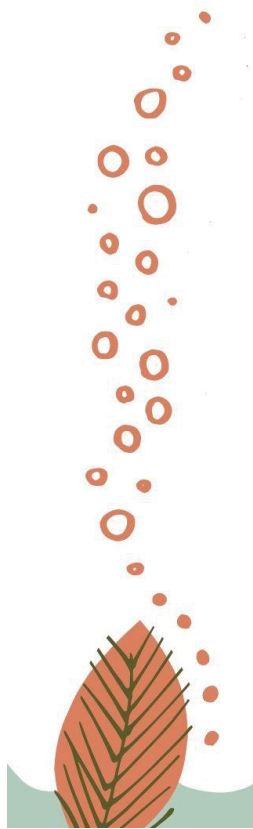
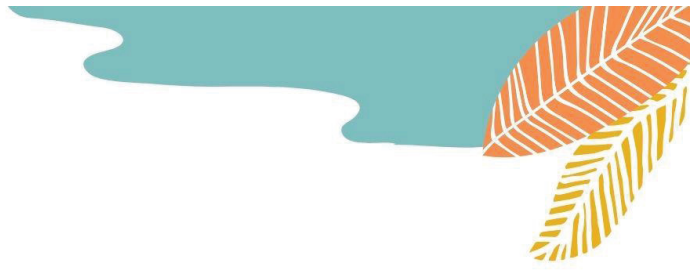
### Perguntas avaliativas - Fall TIPS

Qual a ordem de importância dessas 15 perguntas avaliativas pre-selecionadas pelo grupo, sobre o programa Fall TIPS?

Ou em sua opinião, todas as questões teriam o mesmo peso?

(Atividade com link google forms)





### APÊNDICE 3 – PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE O PROGRAMA FALL TIPS

(continua)

Síntese das principais publicações utilizadas na revisão sobre o Programa <i>Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (2018 a 2022)</i>					
Sequência	Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais achados
1	Development and Validation of a <i>Fall Prevention Knowledge Test</i> .	Patricia C Dykes, Michael Bogaisky, Eileen J Carter, Megan Duckworth, Ann C Hurley, Emily M Jackson, Srijesa Khasnabish, Mary Ellen Lindros, Stuart R Lipsitz, Maureen Scanlan, Shao P Yu, David W Bates, Jason S Adelman	2018	Desenvolver e avaliar psicometricamente um teste de conhecimentos sobre prevenção de quedas como apoio à implantação do Programa <i>Fall TIPS</i> .	A confiabilidade da escala FPKT avaliada pelo coeficiente tetra-córico foi adequada, atingindo 0,73 na amostra de validação. A validade do FPKT também foi adequada. As pontuações dos itens individuais foram maiores no pós-teste para a pontuação total da escala FPKT nas amostras de teste, validação e combinada. Embora a nossa intenção seja que o FPKT de 11 itens seja usado para avaliar o conhecimento do pessoal sobre a prevenção de quedas para indivíduos hospitalizados, cada item é importante e representa um componente das intervenções educativas necessárias. Assim, nós examinamos os 11 itens individualmente quanto às percentagens respondidas corretamente e valores t emparelhados. Isto proporcionou validade de estrutura ao mostrar que as pontuações na maioria dos itens individuais do FPKT melhoraram após a formação (Tabelas 2-3). Os três itens individuais que não melhoraram na amostra de validação após a formação sugerem a necessidade de melhorar a formação nessas áreas.



(continuação)

Síntese das principais publicações utilizadas na revisão sobre o Programa <i>Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (2018 a 2022)</i>					
Sequência	Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais achados
2	Assessing the Effectiveness of Engaging Patients and Their Families in the Three-Step <i>Fall</i> Prevention Process Across Modalities of an Evidence-Based <i>Fall</i> Prevention Toolkit: An Implementation Science Study.	Megan Duckworth, Jason Adelman, Katherine Belategui, Zinnia Feliciano, Emily Jackson, Srijesa Khasnabish, I-Fong Sun Lehman, Mary Ellen Lindros, Heather Mortimer, Kasey Ryan, Maureen Scanlan, Linda Berger Spivack, Shao Ping Yu, David West <i>Fall</i> Bates, Patricia C Dykes	2019	Examinar se a modalidade <i>Fall</i> TIPS afeta o envolvimento do paciente no processo de prevenção de quedas em três etapas e, portanto, a eficácia do <i>Fall</i> TIPS.	No total, foram apresentadas 1209 auditorias para a medida de envolvimento dos doentes e 1401 para a presença do cartaz <i>Fall</i> TIPS na cabeceira da cama. Todas as unidades atingiram 80% de adesão para ambas as medidas. Enquanto algumas unidades mantiveram níveis elevados de envolvimento dos doentes e de adesão ao protocolo do cartaz, outras mostraram melhorias ao longo do tempo, atingindo uma adesão clinicamente significativa (>80%) no último mês de recolha de dados.
3	Novel approach to inpatient <i>Fall</i> risk prediction and its cross-site validation using time-variant data.	Insook Cho, Eun-Hee Boo, Eunja Chung, David W Bates, Patricia Dykes	2019	Investigar se um <i>kit</i> de ferramentas de prevenção de quedas usando tecnologia de informação em saúde (HIT) diminui as quedas de pacientes em hospitais.	O modelo inicial mostrou uma taxa de erro de 11,7% e um <i>payoff</i> esférico de 0,91 com uma estatística-c de 0,96, o que representa um desempenho muito superior ao do instrumento de avaliação de risco de queda existente (estatística-c=0,69). A validação <i>cross-site</i> revelou uma taxa de erro de 4,87% e um <i>payoff</i> esférico de 0,96 com uma estatística-c de 0,99 em comparação com uma estatística-c de 0,65 para o instrumento de avaliação de risco de queda existente. As curvas de calibração do modelo apresentaram resultados mais confiáveis do que as dos instrumentos isolados de avaliação de risco de queda. Além disso, os dados das intervenções de enfermagem mostraram potenciais contribuições para a redução da variância na taxa de quedas, assim como os fatores de risco de pacientes individuais.

(continuação)

Síntese das principais publicações utilizadas na revisão sobre o Programa <i>Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (2018 a 2022)</i>					
Sequência	Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais achados
4	The <i>Fall</i> TIPS (tailoring interventions for patient safety) program: A collaboration to end the persistent problem of patient <i>Falls</i> .	Patricia C Dykes, Jason S Adelman, Lois Alfieri, Michael Bogaisky, Diane Carroll, Eileen Carter, Megan Duckworth, Jeanette R Ives Erickson, Linda M Flaherty, Ann C Hurley, Emily Jackson, Srijesa Khasnabish, Mary Ellen Lindros, Wilhelmina Manzano, Maureen Scanlan, Linda B Spivack	2019	Descrever como os líderes de enfermagem de uma organização lideraram uma equipe interdisciplinar para desenvolver um programa de prevenção de quedas baseado em evidências.	Os líderes devem enfatizar que, ao contrário de outros eventos adversos, como a infecção do trato urinário associada ao cateter (CAUTI) e a infecção da corrente sanguínea associada ao cateter central (CLABSI), em que um “pacote” padrão de intervenções deve ser utilizado com todos os doentes, a prevenção de quedas requer intervenções que são adaptadas a cada doente individual. Isto garante que todos os fatores de risco sejam abordados e que os escassos recursos não sejam utilizados para implementar desnecessariamente intervenções que não irão atenuar o risco.
5	Use, perceived usability, and barriers to implementation of a patient safety dashboard integrated within a vendor EHR.	Kerrin Bersani, Theresa E Fuller, Pamela Garabedian, Jenzel Espares, Eli Mlaver, Alexandra Businger, Frank Chang, Robert B Boxer, Kumiko O Schnock, Ronen Rozenblum, Patricia C Dykes, Anuj K Dalal, James C Benneyan, Lisa S Lehmann, Esteban F Gershanik, David W Bates, Jeffrey L Schnipper	2020	Descrever o uso e a percepção de usabilidade da versão informatizada, acoplada ao prontuário eletrônico, do painel de segurança do paciente <i>Fall</i> TIPS. Discutir as barreiras e facilitadores para a implementação.	<i>O Dashboard</i> foi utilizado 70% dos dias em que a ferramenta esteve disponível, com uso variando de acordo com a função, serviço e horário do dia. Nas unidades de clínica médica, os enfermeiros se cadastravam ao longo do dia, com muitos <i>logins</i> ocorrendo durante as rondas matinais, quando não se reuniam com a equipe assistencial. Os prescritores se conectaram normalmente antes e depois das rodadas matinais. Nas unidades de neurologia, os médicos assistentes responderam pela maioria dos <i>logins</i> , acessando o <i>Dashboard</i> durante sessões diárias de arredondamento interdisciplinar breve. O uso em unidades oncológicas foi raro. A satisfação com o instrumento foi maior para a percepção de facilidade de uso, tendo os atendimentos a maior nota (4,23). A avaliação geral mais baixa foi para qualidade de vida no trabalho, com os enfermeiros classificando o instrumento mais baixo (2,88).

(continuação)

Síntese das principais publicações utilizadas na revisão sobre o Programa <i>Fall</i> Tailoring Interventions for Patient Safety (2018 a 2022)					
Sequência	Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais achados
6	Classification of injurious <i>Fall</i> severity in hospitalized adults.	Zoe Burns, Srijesa Khasnabish, Ann C Hurley, Mary Ellen Lindros, Diane L Carroll, Susan Kurian, Lois Alfieri, Virginia Ryan, Jason Adelman, Michael Bogaisky, Lesley Adkison, Shao Ping Yu, Maureen Scanlan, Lisa Herlihy, Emily Jackson, Stuart R Lipsitz, Taylor Christiansen, David W Bates, Patricia C Dykes	2020	Refinar a classificação de lesões graves para obter uma categorização válida e confiável dos tipos e gravidades das lesões relacionadas a quedas em pacientes internados.	A equipe testou e validou cada uma das categorias, o que resultou em excelente confiabilidade interobservadores ( $kappa = .96$ ). Das lesões maiores, a distribuição das lesões maiores A, B e C foi de 40,3%, 16,1% e 43,6%, respectivamente.
7	Patient activation related to <i>Fall</i> prevention: a multisite study	Taylor L Christiansen, Stuart Lipsitz, Maureen Scanlan, Shao Ping Yu, Mary Ellen Lindros, Wai Yin Leung, Jason Adelman, David W Bates, Patricia C Dykes	2020	O objetivo deste estudo foi examinar o impacto do Programa TIPS de Queda sobre a ativação do paciente relacionada à prevenção de quedas.	Os pacientes com acesso ao Programa <i>Fall</i> TIPS estão mais ativados e engajados em seu plano de prevenção de quedas. Os membros da equipe de cuidados devem envolver os pacientes em seu plano de prevenção de quedas para aumentar seu conhecimento, habilidade e confiança.

(continuação)

Síntese das principais publicações utilizadas na revisão sobre o Programa <i>Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (2018 a 2022)</i>					
Sequência	Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais achados
8	Evaluation of a Patient-Centered <i>Fall</i> -Prevention Tool Kit to Reduce <i>Falls</i> and Injuries A Nonrandomized Controlled Trial. Patricia C. Dykes <i>et al.</i>	Patricia C Dykes, Zoe Burns, Jason Adelman, James Benneyan, Michael Bogaisky, Eileen Carter, Awatef Ergai, Mary Ellen Lindros, Stuart R Lipsitz, Maureen Scanlan, Shimon Shaykevich, David West <i>Fall</i> Bates	2020	<p>Avaliar se um <i>kit</i> de ferramentas de prevenção de quedas que envolva os doentes e as famílias no processo de prevenção de quedas ao longo da hospitalização está associado à redução de quedas e seus danos.</p>	<p>A implementação de um <i>kit</i> de ferramentas para prevenção de quedas foi associada a uma redução estatisticamente significativa de 15% nas quedas gerais de pacientes hospitalizados e de 34% nas quedas lesivas.</p>
9	Best practices for data visualization: creating and evaluating a report for an evidence-based <i>Fall</i> prevention program	Srijesa Khasnabish, Zoe Burns, Madeline Couch, Mary Mullin, Randall Newmark, Patricia C Dykes	2020	<p>1) Identificar as melhores práticas para visualização de dados através de uma revisão sistemática da literatura; 2) Aplicar estes princípios e recolher <i>feedback</i> semiestruturado de enfermeiros para refinar iterativamente o relatório mensal de dados do Programa <i>Fall</i> TIPS; e 3) Avaliar a usabilidade do relatório mensal de dados do Programa <i>Fall</i> TIPS.</p>	<p>Este relato de caso aplicou princípios da literatura de visualização de dados (DV) e <i>feedback</i> de enfermeiros para desenvolver um relatório eficaz para demonstrar a adesão a um programa de prevenção de quedas baseado em evidências. Testou-se a usabilidade dos relatórios originais e revisados utilizando uma Escala de Avaliação de Usabilidade de Tecnologia da Informação em Saúde (UIT-Saúde) customizada para este projeto. Os itens foram classificados em uma escala tipo Likert de cinco pontos, de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5). A literatura enfatiza que o <i>display</i> ideal maximiza as informações comunicadas, minimiza os esforços cognitivos envolvidos com a interpretação e seleciona o tipo correto de exibição (por exemplo, gráfico de barras <i>versus</i> linhas). As entrevistadas semiestruturadas com enfermeiros enfatizaram o valor de relatórios simplificados e dados significativos. A média (desvio padrão [DP]) do escore Saúde-UITU para o laudo original foi de 3,86 (0,19) e aumentou para 4,29 (0,11) no laudo revisado (Teste U de Mann Whitney, <math>z = -12,25</math>, <math>P &lt; 0,001</math>). As lições aprendidas com este estudo podem informar o desenvolvimento de relatórios para os clínicos na ciência da implementação.</p>

(continuação)

Síntese das principais publicações utilizadas na revisão sobre o Programa <i>Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (2018 a 2022)</i>					
Sequência	Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais achados
10	Adoption of a Patient-Tailored Fall Prevention Program in Academic Health Systems: A Qualitative Study of Barriers and Facilitators	Eileen J. Carter, Srijesa Khasnabish, Jason S. Adelman, Michael Bogaisky, Mary Ellen Lindros, Lois Alfieri, Maureen Scanlan, Ann Hurley, Megan Duckworth, Alexandra Shelley, Kenrick Cato, Shao P Yu, Dianne L Carroll, Emily Jackson, Stuart Lipsitz, David W Bates, Patricia C. Dykes	2020	Identificar os principais facilitadores e obstáculos à adoção do Programa <i>Fall TIPS</i> .	<p><b>Facilitadores:</b> Em primeiro lugar, os funcionários reconheceram a prevenção de quedas como uma prioridade e sentiram-se motivados a atuar no programa, já que reconheceram a prevenção de quedas como uma prioridade e as limitações dos programas anteriores de prevenção. Em segundo lugar, os pacientes e familiares compreenderam seu próprio papel na prevenção de quedas. Terceiro, o <i>Fall TIPS</i> foi integrado aos fluxos de trabalho da equipe existente.</p> <p><b>Barreiras:</b> envolvimento pobre da equipe limitou a participação ativa dos pacientes na prevenção de quedas. Segundo, a persistência na utilização, pela equipe de estratégias universais para a prevenção de quedas. Terceiro, comportamentos pouco aderentes pelos pacientes acerca dos planos de quedas desafiaram a confiabilidade do Programa <i>Fall TIPS</i>.</p>
11	The Use of Tailored Interventions to Prevent Falls: A Quality Improvement Project in the Telemetry Unit	Roda S. Galang	2020	TESE. Aumentar a adesão da avaliação de risco para quedas, mediante escala de Morse e prescrição de intervenções personalizadas no prontuário. Promover a segurança do paciente, ao reduzir a taxa de quedas, por 1000 pacientes/dia, para valores inferiores a 3,44/1000.	<p>A taxa média mensal de queda, após a implementação, foi de 2,47/1000 pacientes/dia, o que ficou abaixo do referencial nacional. O programa pôde ser implementado em todo o hospital. Houve correlação significativa entre a avaliação da pontuação da escala de Morse no prontuário eletrônico e eventos mensais de queda (<math>p=0,0078</math>). Os <i>champions</i> puderam identificar áreas e intervenções que precisavam ser melhoradas com educação, envolvimento dos pacientes e adesão das partes interessadas.</p>

(continuação)

Síntese das principais publicações utilizadas na revisão sobre o Programa <i>Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (2018 a 2022)</i>						
Sequência	Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais achados	
12	Implementation of <i>Fall</i> TIPS intervention to reduce rate of <i>Falls</i> in a psychiatry inpatient unit	Karrisa C. Padilla	2020	TESE. Reduzir a taxa de queda entre pacientes internados em um hospital psiquiátrico por meio do programa <i>Fall</i> TIPS.	Embora não tenha havido significância estatística, a taxa de quedas com o uso do Programa <i>Fall</i> TIPS foi de 4,73 em setembro de 2019 (pré-implantação) para 1,46 em fevereiro de 2020 (pós-implantação). Quedas com lesão, no mesmo período, caíram de 1,18 para 0,58/1000 pacientes/dia. O total de incidentes diminuiu 14%, de 149 em 2018 para 128 em 2019.	
13	Patient centered <i>Fall</i> prevention.	Dykes, Patricia C; Hurley, Ann C	2021	Examinar a ciência da prevenção de quedas em hospitais e fazer recomendações para a implementação e adoção de um programa de prevenção de quedas centrado no paciente e baseado em evidências.	As quedas são evitáveis ao envolver o paciente e sua família no processo de prevenção de quedas em três etapas. Ferramentas baseadas em evidências estão disponíveis para ajudar os enfermeiros a implementarem um programa efetivo e sustentável de prevenção de quedas.	
14	Use of a perceived efficacy tool to evaluate the <i>Fall</i> /TIPS program.	Patricia C Dykes, Srijesa Khasnabish, Lesley E Adkison, David W Bates, Michael Bogaisky, Zoe Burns, Diane L Carroll, Eileen Carter, Ann C Hurley, Emily Jackson, Susan S Kurian, Mary Ellen Lindros, Virginia Ryan, Maureen Scanlan, Linda Spivack, Mary-Ann Walsh, Jason Adelman	2021	Avaliar a opinião dos enfermeiros sobre a eficácia do uso do programa de prevenção de quedas <i>Fall</i> TIPS ( <i>Tailoring Interventions for Patient Safety</i> ).	Os enfermeiros perceberam que o programa de prevenção de quedas <i>Fall</i> TIPS é eficaz. A pontuação média do FPES de 38,55 (DP = 5,05) e a mediana de 39 ficaram bem acima da pontuação mais baixa possível de 13 e do ponto médio da escala de 32,5. A maioria dos enfermeiros (N = 270, 90,6%) obteve pontuação acima de 33. Não houve diferenças nos escores do FPES entre enfermeiros que usaram apenas <i>Fall</i> TIPS e enfermeiros que usaram anteriormente um programa diferente de prevenção de quedas.	

(continuação)

Síntese das principais publicações utilizadas na revisão sobre o Programa <i>Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (2018 a 2022)</i>					
Sequência	Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais achados
15	Development and Validation of a <i>Fall Prevention Efficiency Scale</i> .	Patricia C Dykes, Srijesa Khasnabish, Zoe Burns, Lesley E Adkison, Lois Alfieri, Michael Bogaisky, Diane L Carroll, Eileen J Carter, Ann C Hurley, Emily Jackson, Susan Kurian, Mary Ellen Lindros, Virginia Ryan, Maureen Scanlan, Kelly Sessler, Alexandra Shelley, Linda B Spivack, Mary-Ann Walsh, David W Bates, Jason S Adelman	2021	Abordar os benefícios e os encargos de uma Escala de Eficiência de Prevenção de Queda.	Emergiram quatro temas do “tempo”: 1) eficiência, 2) ineficiência, 3) equilíbrios e 4) valorização. Foi desenvolvido um protótipo de 20 itens, a Escala de Eficiência na Prevenção de Quedas, aplicada a 383 enfermeiros assistenciais, reduzida a 13 itens. Os itens individuais demonstraram estabilidade robusta, com correlações de Pearson de 349,550 a 0,155 e testes t pareados de 1,636 a 74,3. Quatro fatores explicaram 82,92% da variância e forneceram suporte empírico para a base conceitual da escala. A escala obteve excelentes valores de consistência interna (<math>\alpha</math> - <math>\alpha</math>) quando examinada com o teste, validação e amostras pareadas (teste e reteste).
16	A Replication Study of <i>Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety): A Patient-Centered Fall Prevention Toolkit</i> .	Fowler, Susan Fowler; Ellen S. Reising	2021	TESE. Replicar o estudo de Dykes e coautores (2017) em uma unidade de telemetria médica, explorando a adoção de uma ferramenta de prevenção de quedas centrada no conhecimento de pacientes sobre risco de queda.	Os pacientes estavam mais informados sobre as quedas nos meses 1, 3 e 6, comparados à pré-intervenção ( $p=0,001-0,05$ ). As taxas de queda flutuaram durante o estudo de 6 meses, com redução geral de 3,3% (pré) para 1,9% (pós). O pessoal foi 85% aderente ao uso do cartaz laminado, com a aderência aumentando com o tempo.

(conclusão)

Síntese das principais publicações utilizadas na revisão sobre o Programa <i>Fall Tailoring Interventions for Patient Safety (2018 a 2022)</i>					
Sequência	Título	Autores	Ano	Objetivos	Principais achados
17	Implementation of <i>Fall TIPS</i> (tailoring Intervention for Patient Safety) to Reduce Patient <i>Fall</i> Rate	Kathy Thang	2022	TESE. Implementar um pôster do Programa <i>Fall TIPS</i> à beira do leito para comunicar ao paciente fatores de risco para as equipes multidisciplinares e usar um plano de prevenção de quedas personalizado com base em seus riscos de queda, ao mesmo tempo que envolver pacientes e suas famílias para reduzir as taxas de queda.	Dos enfermeiros clínicos, 100% foram capacitados sobre o uso do programa. Com base em auditorias semanais, em torno de 20-80% dos enfermeiros aderiram ao uso do pôster laminado. Houve quatro quedas.
18	Reducing <i>Falls</i> Through Mindfulness Implementation of the <i>Fall TIPS</i> Toolkit.	Brandee Temmis	2022	TESE. Comparar, durante quatro semanas, a prática vigente de prevenção de quedas entre pacientes adultos em uma unidade especializada de enfermagem, com o Programa <i>Fall TIPS</i> .	Estudo quase experimental de melhoria de qualidade, com 125 pacientes no grupo comparativo e 127 no grupo intervenção. Não houve melhoria estatisticamente significativa nas taxas de queda, embora tenha sido evidenciada redução na taxa de queda de 9,6% para 6,3%. Recomendação de continuar a pesquisa por mais tempo, em instalações de enfermagem semelhantes.



## ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nós, Luciana Schleder Gonçalves, Lillian D. G. Wolff, Karla Crozeta Figueiredo, professores; Ana Paula Hermann, Adeli R. P. de Medeiros, Alda Souza Figueredo, Gisele C. Meira, Elizabete da Silva Dantas de Jesus, Paula T. Soares da Rocha, técnicos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR; Camila Zanesco, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR; Ingrid Marcela Pinto Gariba De Andrade, aluna do Mestrado Profissional; Anderson Fagundes, Leticia Santi Silva; Eduarda Singer Barbosa Cavalcante, Luiza Carmelita Borges Gonçalves, Laura Machado Gomes Faria, Rayssa Ravelli dos Santos, alunos de graduação em Enfermagem; e Gabriela Barros Porto, aluna de graduação em Informática Biomédica da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) Senhor(a), profissional de saúde envolvido na temática da prevenção e gerenciamento do evento adverso queda, em unidades definidas pela gestão e lideranças clínicas do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, a participar de um estudo intitulado “Difusão e adoção do *Fall* TIPS no Brasil: engajamento de *stakeholders* para prevenção de quedas em hospitais”. A partir das diversas etapas deste estudo, serão definidas novas maneiras de identificar o risco de quedas e como preveni-las, aprimorando a cultura do hospital para que o cuidado seja realmente centrado nas necessidades dos pacientes.

O objetivo desta pesquisa é adaptar e disseminar o uso do Programa *Fall* TIPS de prevenção de quedas para hospitais brasileiros.

Caso o(a) Senhor(a) participe da pesquisa, será necessário:

- ( ) Fase 1 - Responder a entrevistas *online* sobre sua experiência no processo de identificação do risco de queda e manejo do paciente.
- ( ) Fase 2 – Participar de reuniões de consenso das traduções dos formulários do programa de quedas, e de reuniões de grupo focal para refinamento do programa para a realidade do hospital.
- ( ) Fase 3 – Participar de teste piloto de implantação do programa de prevenção de quedas na sua unidade.
- ( ) Fase 4 – Responder a entrevistas para avaliação do programa.
- ( ) Fase 5 – Responder a formulários para avaliação dos treinamentos.

Para tanto, o(a) Senhor(a) deverá acessar ( ) o ambiente virtual Microsoft Teams, em dia e hora a serem acordados com as chefias das unidades de maneira a não prejudicarem nem as atividades laborais, nem causarem hora extra, ( ) os formulários de pesquisa para ( ) preenchimento de questionário, ( ) participação de reuniões, ( ) entrevistas, e ( ) testes pilotos, o que levará aproximadamente 1 hora para as reuniões, 15 minutos para as entrevistas e preenchimento de questionários, durante suas atividades laborais.

É possível que o(a) Senhor(a) experimente algum desconforto ou constrangimento, relacionados ao fato de ter suas opiniões expostas ou devido ao tempo gasto para responder aos questionários, entrevistas e participação nos grupos focais.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: desconforto ou constrangimento nas entrevistas, nos grupos focais, quebra da confidencialidade.

Os benefícios esperados com esta pesquisa são: o aprimoramento do programa de prevenção de quedas do hospital, pelo refinamento do *kit* de ferramentas do programa proposto para a realidade brasileira e pela inclusão do paciente e sua família no processo de identificação do risco de queda e planejamento de cuidados, embora nem sempre o(a) Senhor(a) seja diretamente beneficiado(a) por sua participação neste estudo.

Os pesquisadores Luciana Schleder Gonçalves, Lillian D. G. Wolff, Karla Crozeta Figueiredo, professores; Ana Paula Hermann, Adeli R. P. de Medeiros, Alda Souza Figueredo, Gisele C Meira, Elizabete da Silva Dantas de Jesus, Paula T. Soares da Rocha, técnicos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR; Camila Zanesco, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR; Ingrid Marcela Pinto Gariba De Andrade, aluna do Mestrado Profissional; Anderson Fagundes, Leticia Santi Silva, Eduarda Singer Barbosa Cavalcante, Luiza Carmelita Borges Gonçalves, Laura Machado Gomes Faria Rayssa Ravelli dos Santos, alunos de graduação em Enfermagem; e Gabriela

Barros Porto, aluna de graduação em Informática Biomédica da Universidade Federal do Paraná, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) Senhor(a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, por *e-mail*, telefone em horário comercial ([projetoquedas@gmail.com](mailto:projetoquedas@gmail.com), 41-3361-3773, das 8 h às 17 h). Em situações de emergência ou urgência relacionadas à pesquisa, os mesmos poderão ser contatados pelo telefone (Prof. Luciana 41-992776976, Prof. Lillian 41-995281712, Prof. Karla 41-988523681, Enf. Adeli 41-999960304).

Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo telefone 3360-1041 das 8 h às 14 h, de segunda a sexta-feira. O CEP é de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa, para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e, se o(a) Senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, os membros do grupo de pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Para estudos que envolvam entrevistas gravadas, seu anonimato também será respeitado; tão logo seja transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa, o conteúdo será desgravado ou destruído.

O material obtido (questionários, imagens, gravação, vídeo) será utilizado unicamente para esta pesquisa e será destruído ao término do estudo.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (elaboração das lâminas do *Fall TIPS*, desenvolvimento do *website*) não são de sua responsabilidade e o(a) Senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para o andamento do meu trabalho rotineiro na instituição.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso, legível, do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

*(Somente para o responsável pelo projeto.)*

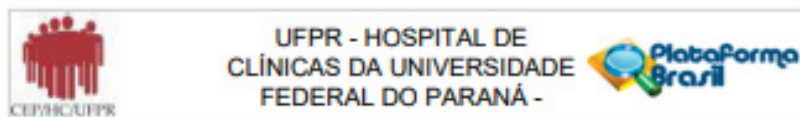
Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Nome extenso do Pesquisador e de quem aplicou o TCLE

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador e de quem aplicou o TCLE

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

## ANEXO 2 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Difusão e adoção do Fall TIPS no Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar.

**Pesquisador:** LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25637519.8.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.819.159

#### Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, trata-se de projeto de pesquisa de inovação tecnológica de produto e processos, que utilizará métodos qualitativos e quantitativos para traduzir, adaptar, implantar e avaliar o programa Fall TIPS para uso em hospitais brasileiros. Tem como instituição participante o Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (CHC-UFPR). Contempla fases de análise de problemas, tradução e adaptação transcultural do kit de ferramentas do programa, testes e implantações piloto no CHC-UFPR, e avaliação dos resultados.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos segundo os autores são:

**Objetivo Primário (Geral):** Adaptar e disseminar o uso do programa Fall TIPS de prevenção de quedas em hospitais brasileiros.

**Objetivo(s) Secundários (Específicos):**

- Traduzir e realizar adaptação transcultural dos instrumentos que compõe o kit do programa Fall TIPS para o português (Brasil).
- Refinar o kit de ferramentas do programa Fall TIPS brasileiro e testar sua aplicação em hospitais com diferentes características.
- Avaliar a implantação do programa Fall TIPS em hospitais brasileiros e seus impactos sobre as quedas.

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc-ufpr.br



UFPR - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Protocolo: 3.819.199

- Construir um ambiente virtual colaborativo para disseminação do programa Fall TIPS brasileiro.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios segundo os autores:

A metodologia proposta para execução deste projeto permitirá (i) o aprimoramento do programa institucional de prevenção de quedas no hospital participante, principalmente por considerar o refinamento do kit de ferramentas proposto para a realidade brasileira e pela inclusão do paciente e sua família no processo de identificação do risco de queda - o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, e (ii) contribuição para um cuidado hospitalar livre de danos. Assim, para os participantes, os benefícios são indiretos.

Esta pesquisa não implicará risco direto aos seus participantes. Há um risco mínimo, de possível constrangimento ao participante, relacionado com alguma questão e/ou receio de ter suas opiniões expostas ou pode gerar um desconforto devido o tempo gasto para responder os questionários, entrevistas e participação em grupos focais.

O risco é mínimo, devido à obediência aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos por parte dos pesquisadores e considerando os métodos propostos.

O participante poderá desistir a qualquer momento de continuar a responder o que lhe for perguntado e não sofrerá nenhum prejuízo. Os dados coletados serão predominantemente de natureza qualitativa, mas também quantitativa e obtidos mediante um processo de ampla explicação dos objetivos da pesquisa e voluntária participação, sendo mantidos em sigilo e assegurada a confidencialidade de todo o processo.

O tempo de duração também será estimado para que não haja exaustão do participante e/ou prejuízos ao andamento do trabalho. Por fim, neste estudo não será realizado procedimento invasivo, que possa implicar dor ou risco aos participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Envio de correções de pendências e documentos de projeto de pesquisa previamente submetido a este CEP.

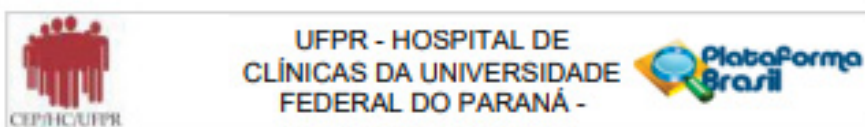
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão corretos.

**Recomendações:**

Ajustar a informação de instituição coparticipante, pois ela ainda consta no desenho do estudo.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.819.198

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências e documentos necessários foram corrigidos conforme os apontamentos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

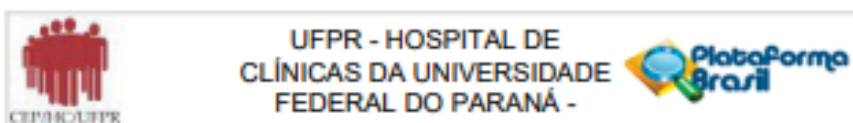
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados 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. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1471648.pdf	06/01/2020 10:57:34		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	pendenciasCEPCHCUFPR0601.pdf	06/01/2020 10:57:00	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Dedicação de Pesquisadores	declaracaoCusto0601.pdf	06/01/2020 10:56:20	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Brochura Pesquisa	060120_PFALLTIPS.pdf	06/01/2020 10:46:00	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2.pdf	06/01/2020 09:37:32	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEs.docx	13/11/2019 17:44:37	LUCIANA SCHLEDER	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.019.100

Justificativa de Ausência	TCLEs.docx	13/11/2019 17:44:37	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	13/11/2019 17:44:21	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1311_PyFALLTIPS.pdf	13/11/2019 17:41:39	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1311_PyFALLTIPS.docx	13/11/2019 17:39:58	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Outros	checklistFallTIPS.docx	13/11/2019 16:29:41	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	checklistFallTIPS.pdf	13/11/2019 16:29:15	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoCopart.pdf	13/11/2019 16:23:59	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoEquipe.docx	13/11/2019 16:23:21	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoEquipe.pdf	13/11/2019 16:22:51	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoCusto.docx	13/11/2019 16:21:39	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoCusto.pdf	13/11/2019 16:21:14	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaServico.docx	13/11/2019 16:20:26	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaServico.pdf	13/11/2019 16:19:56	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Outros	declaracaoOrientacao.docx	13/11/2019 16:19:11	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoOrientacao.pdf	13/11/2019 16:18:26	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	encaminhamento.docx	13/11/2019 16:17:45	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	13/11/2019 16:17:21	LUCIANA SCHLEDER	Aceito

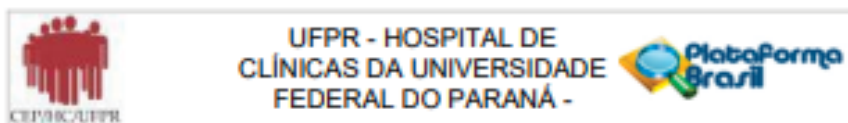
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 101  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.819.139

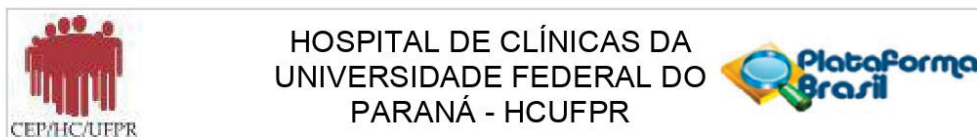
CURITIBA, 03 de Fevereiro de 2020

---

Assinado por:  
maria cristina sartor  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: csp@hc.ufpr.br

## ANEXO 3 – EMENDA APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Difusão e adoção do Fall TIPS no Brasil: engajamento de pacientes, profissionais e liderança clínica para a prevenção de quedas em ambiente hospitalar.

**Pesquisador:** LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 25637519.8.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.297.946

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda em projeto previamente apresentado e aprovado.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos segundo os autores se mantiveram e são:

**Objetivo Primário (Geral):** Adaptar e disseminar o uso do programa Fall TIPS de prevenção de quedas em hospitais brasileiros.

**Objetivo(s) Secundários (Específicos):**

- Traduzir e realizar adaptação transcultural dos instrumentos que compõe o kit do programa Fall TIPS para o português (Brasil).
- Refinar o kit de ferramentas do programa Fall TIPS brasileiro e testar sua aplicação em hospitais com diferentes características.
- Avaliar a implantação do programa Fall TIPS em hospitais brasileiros e seus impactos sobre as quedas.
- Construir um ambiente virtual colaborativo para disseminação do programa Fall TIPS brasileiro.

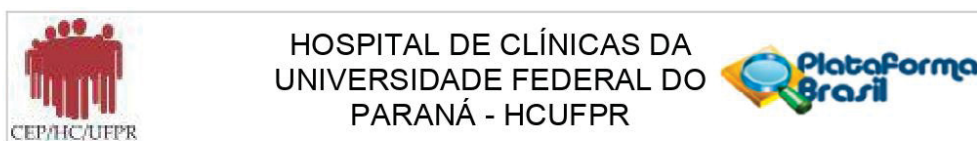
#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios segundo os autores:

A metodologia proposta para execução deste projeto permitirá (i) o aprimoramento do programa institucional de prevenção de quedas no hospital participante, principalmente por considerar o

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br





Continuação do Parecer: 4.297.946

refinamento do kit de ferramentas proposto para a realidade brasileira e pela inclusão do paciente e sua família no processo de identificação do risco de queda - o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, e (ii) contribuição para um cuidado hospitalar livre de danos. Assim, para os participantes, os benefícios são indiretos.

Esta pesquisa não implicará risco direto aos seus participantes. Há um risco mínimo, de possível constrangimento ao participante, relacionado com alguma questão e/ou receio de ter suas opiniões expostas ou pode gerar um desconforto devido o tempo gasto para responder os questionários, entrevistas e participação em grupos focais.

O risco é mínimo, devido à obediência aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos por parte dos pesquisadores e considerando os métodos propostos.

O participante poderá desistir a qualquer momento de continuar a responder o que lhe for perguntado e não sofrerá nenhum prejuízo. Os dados coletados serão predominantemente de natureza qualitativa, mas também quantitativa e obtidos mediante um processo de ampla explicação dos objetivos da pesquisa e voluntária participação, sendo mantidos em sigilo e assegurada a confidencialidade de todo o processo. O tempo de duração também será estimado para que não haja exaustão do participante e/ou prejuízos ao andamento do trabalho. Por fim, neste estudo não será realizado procedimento invasivo, que possa implicar dor ou risco aos participantes.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Nesta emenda, os pesquisadores solicitam alterações no cronograma, membros da equipe de pesquisa e na metodologia, em decorrência das dificuldades enfrentadas devido a pandemia.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão corretos.

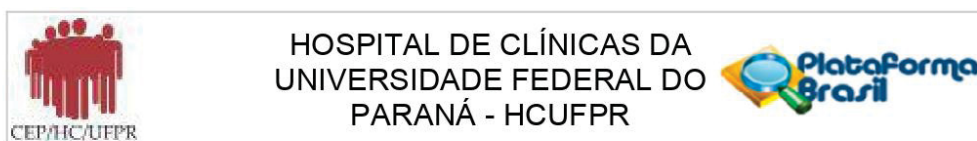
#### **Recomendações:**

Na página 21 do projeto, no item Exclusão, da Fase 3 – Implantação piloto do Fall TIPS brasileiro, há informações duplicadas no texto. Sugiro correção.

O participante MATEUS YOSHIYUKI YAMASAKI SAKAGUTI, presente na listagem de original de membros da equipe de pesquisa, não se encontra atualmente na lista na Plataforma nem no projeto. Caso o mesmo não esteja mais vinculado à pesquisa, é necessário informar sua exclusão.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi

<b>Endereço:</b> Rua Gal. Carneiro, 181	<b>CEP:</b> 80.060-900
<b>Bairro:</b> Alto da Glória	
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3360-1041	<b>Fax:</b> (41)3360-1041
	<b>E-mail:</b> cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.297.946

aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação da Emenda.

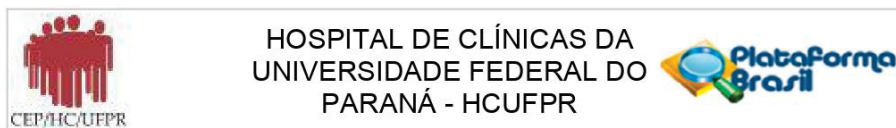
Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1629867_E1.pdf	14/09/2020 19:46:38		Aceito
Outros	emenda_cep_1409.pdf	14/09/2020 19:45:13	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	emenda_cep_1409.doc	14/09/2020 19:44:46	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	falltips1409.pdf	14/09/2020 19:43:03	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	falltips1109.docx	14/09/2020 19:42:31	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.297.946

Outros	Documentoassinado.doc	14/09/2020 19:38:37	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLs0109.pdf	14/09/2020 19:31:22	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLs0109.docx	14/09/2020 19:30:20	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	pendenciasCEPCHCUFPR0601.pdf	06/01/2020 10:57:00	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoCusto0601.pdf	06/01/2020 10:56:20	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2.pdf	06/01/2020 09:37:32	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	checklistFallTIPS.docx	13/11/2019 16:29:41	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	checklistFallTIPS.pdf	13/11/2019 16:29:15	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoCopart.pdf	13/11/2019 16:23:59	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoCusto.docx	13/11/2019 16:21:39	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoCusto.pdf	13/11/2019 16:21:14	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaServico.docx	13/11/2019 16:20:26	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciaServico.pdf	13/11/2019 16:19:56	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Outros	declaracaoOrientacao.docx	13/11/2019 16:19:11	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	declaracaoOrientacao.pdf	13/11/2019 16:18:26	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	encaminhamento.docx	13/11/2019 16:17:45	LUCIANA SCHLEDER	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	13/11/2019 16:17:21	LUCIANA SCHLEDER	Aceito

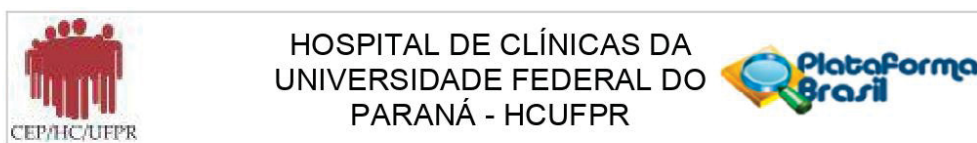
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.297.946

CURITIBA, 24 de Setembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**maria cristina sartor**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br