

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MAURÍCIO APARECIDO DE BRITO

**IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE
QUEDA EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO MÉDICAS E CIRÚRGICAS
EM UM HOSPITAL ESCOLA**

CURITIBA

2011

MAURÍCIO APARECIDO DE BRITO

**IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE
QUEDA EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO MÉDICAS E CIRÚRGICAS
EM UM HOSPITAL ESCOLA**

Projeto técnico apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista em
Gestão Pública em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Lillian Daisy
Gonçalves Wolff.

CURITIBA

2011

Dedico este trabalho em memória de Maria Greczyczyn, mais que uma amiga, uma mãe, que me apoiou, me incentivou mesmo nos momentos em que era ela quem precisava de apoio. Que Deus, na sua infinita grandeza, dê a ela seu lugar merecido.

AGRADECIMENTOS

Em memória de meus pais, responsáveis por me ensinar a sempre lutar por um objetivo e nunca se renderem às dificuldades, por mais intransponíveis e tortuosos que fossem os caminhos.

Aos meus irmãos, que mesmo não estando presentes, o fazem dentro de meu coração.

Aos meus amigos, que estiveram sempre ao meu lado, sabendo entender que a minha ausência nesses últimos tempos foi algo necessário, para um bem maior.

Aos quase irmãos, Sandra, Roberto, Fabiana, Adilson e Marcos, por todos os bons momentos que passamos juntos, e por entenderem que minha ausência foi por algo além da minha vontade.

Às minhas gerentes do Hospital Nossa Senhora das Graças, que me desculparam por não ter conseguido me dedicar mais nesses quase dois últimos anos, agradeço pela colaboração empenhada para que eu conseguisse realizar mais este feito.

Aos professores/tutores, pela paciência que tiveram para me orientar em mais essa jornada que se inicia.

“O ancião merece respeito não pelos cabelos brancos ou pela idade, mas pelas tarefas e empenhos, trabalhos e suores do caminho já percorrido na vida.”

(Texto judaico)

RESUMO

O projeto técnico apresentado para a conclusão do Curso de Especialização em Gestão em Saúde trata-se da implantação de um protocolo de segurança em um hospital universitário, situado na cidade de Curitiba-PR, para a prevenção de quedas de pacientes nas unidades de internação de clínica médica e cirúrgica, de modo a diminuir, minimizar este evento adverso ao cuidado que pode ser evitável, tendo em conta os fatores de risco a que os pacientes estão sujeitos e o ambiente hospitalar.

O protocolo de segurança é um conjunto de ações sistematizadas de enfermagem, cuja finalidade consiste na manutenção da segurança física do paciente, mediante o gerenciamento dos riscos de queda. Tem importante papel na melhoria contínua dos cuidados ao paciente, devido à diminuição dos riscos dos pacientes propensos à queda. As reuniões para implantação de novos processos dentro de qualquer empresa são necessárias para a abordagem inicial em relação à divulgação dos projetos, a troca de informações pertinentes para a sua implantação, bem como a realização de orientações aos agentes multiplicadores, de forma a auxiliarem a divulgar e sedimentar o projeto a fim de que se tenha um bom resultado. A implantação do protocolo de prevenção de riscos de queda do paciente pode ser considerada um mecanismo estratégico para a manutenção da segurança do paciente, enquanto este permanecer hospitalizado, gerando um atendimento de enfermagem sistematizado, livre de danos ou complicações na assistência à saúde do paciente hospitalizado, no que se refere ao evento adverso da queda.

Palavras-chave: Enfermagem; Indicadores de Qualidade, Assistência à Saúde; Gerenciamento de Segurança; prevenção & controle

LISTA DE SIGLAS

EA: evento(s) adverso(s)

CEGEMPAC: Centro de Genética Molecular e Pesquisa do Câncer em Crianças

FEA: formulário(s) de evento(s) adverso(s)

HC: Hospital de Clínicas

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

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare

OMS: Organização Mundial da saúde.

ONA: Organização Nacional de Acreditação

SUS: Sistema Único de saúde

MEC: Ministério da Educação e Cultura

NMDP: Programa Nacional de Doadores de Medula

POP: procedimento operacional padrão

SAME: Serviço de Apoio Médico e Estatístico

SIH: Sistema de Informações Hospitalares

SEMPM: Serviço de Endocrinologia e Metabologia

STMO: Serviço de Transplante de Medula Óssea

UNICEF: Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO GERAL.....	10
3 JUSTIFICATIVA	10
4 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	10
5 MÉTODO.....	14
6 O HC-UFPR... ..	15
6.1 Breve histórico	16
6.2 Diagnóstico da situação-problema	16
7 PROPOSTA.... ..	19
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	30
ANEXOS	32
APÊNDICES	37

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização por si só pode fragilizar o indivíduo e deixá-lo em uma posição desconfortável, repleta de medos e dúvidas, incertezas. Quando existe necessidade da hospitalização, seu objetivo é a cura ou melhoria das condições de saúde do indivíduo, por meio de terapias, quer curativas, quer paliativas.

Objetiva-se também que essa internação seja a mais breve possível, eficaz, livre de danos e eventos adversos, não somente pelo quadro financeiro, mas principalmente pelos vários riscos aos quais o paciente fica exposto, como o risco da colonização por microrganismos resistentes a antibióticos, o risco da infecção hospitalar, ou ainda o risco de úlceras de pressão em pacientes.

Eventos adversos (EA) são ocorrências indesejáveis mas preveníveis, que causam dano ou são prejudiciais, comprometendo a segurança do paciente sob os cuidados dos profissionais de saúde (NASCIMENTO et al. apud PADILHA, 2008,)

Wachter (2010, p. 40), enfatiza que estratégias destinadas à melhoria da segurança do paciente devem assegurar a “[...] consolidação de sistemas capazes de prevenir ou identificar os erros, em vez de criar funcionários individualmente à prova de equívocos”.

Pensando em estratégias destinadas à segurança efetiva do paciente hospitalizado, destaca-se a implantação de um protocolo de segurança para a prevenção da queda, baseada nos fatores que predisporiam esse paciente ao risco de quedas, que é o foco deste projeto técnico.

Nesse projeto técnico, limita-se a trabalhar na implantação de um protocolo de prevenção ao risco de quedas do paciente hospitalizado, a fim de diminuir, corrigir ou sanar as falhas que levam os pacientes a sofrerem quedas durante o tratamento em que este paciente receba enquanto hospitalizado, cujo resultado esperado é o de uma internação segura, livre de danos que poderiam acometer a sua integridade física, devido a ocorrência de eventos adversos.

2 OBJETIVO GERAL

Implantar um protocolo para a prevenção do risco de quedas aos pacientes internados nas unidades de internação de clínicas médicas e cirúrgicas em um hospital escola.

3 JUSTIFICATIVA

Alguns autores já abordaram o tema queda (PADILHA, 2001, DECESARO ; PADILHA, 2002, WACHTER, 2010). Acredita-se ser importante a realização de um projeto técnico sobre o tema abordado em um hospital universitário federal, localizado na cidade paranaense de Curitiba, tendo em vista que ainda não foi implantado um protocolo para prevenção de quedas aos pacientes internados.

A implantação de protocolos de segurança é necessária para a promoção de ações sistematizadas, cuja finalidade consiste na realização de cuidados prestados ao paciente internado, reduzindo o potencial dos riscos assistenciais.

Especificamente no caso do evento queda de paciente, a adoção do protocolo de prevenção de queda dos pacientes internados pela instituição pode diminuir os números absolutos de ocorrência deste evento adverso ao cuidado, aumentando o grau de segurança do seu atendimento enquanto hospitalizado.

4 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Decesaro e Padilha (2002) referem-se ao ato do cuidado numa concepção de essência da enfermagem, de ser a ação principal no decorrer do seu trabalho, o qual deve ser realizado com segurança para o paciente enquanto hospitalizado, tendo em vista que “[...] uma das principais responsabilidades atribuídas ao enfermeiro é a manutenção da segurança a esse paciente” (DECESARO; PADILHA, p 159).

Desde os tempos de Nightingale tem sido adotado como a principal função da enfermagem o cuidar, citada por ela como “ciência e arte”; na atualidade, poder-se-ia também associar a ciência e a arte com a segurança e a qualidade, o cuidar, como arte e ciência, juntamente com segurança nas ações e qualidade na assistência.

Em estudo feito por D’Innocenzo et al.(p.85, 2006),as autoras comentam que OMS(1993), a qualidade da assistência à saúde foi citada como [...] um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização de recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável á saúde”

Embora fosse à década de 1990 em que a OMS tenha definido a qualidade na assistência à saúde, órgãos norte americanos em 1951 já tratavam na qualidade e segurança dos pacientes.

A organização acreditadora Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), já vinha realizando ações por meio de certificações às instituições consideradas seguras no cuidado ao paciente e juntamente com o American College of Phisician, a American Hospital association, a American Medical Association e a Canadian Medical Association, “[...] tem-se tornado uma crescente e poderosa força, ao longo da última década, pelo exercício de seu mandato de melhoria da segurança nos hospitais norte americanos” (WACHTER, 2010, p.232).

No Brasil, há uma década também tem se falado na segurança do paciente, através da ONA, órgão responsável pela acreditação dos serviços de saúde em nosso país. A ONA é:

Uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional, tem por objetivo geral promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País (ONA, 2010, s.p.).

A acreditação hospitalar é concedida aos estabelecimentos de saúde que mantêm atendimento respaldado na segurança do paciente. De acordo com a ONA (2010), a acreditação hospitalar pode ser dividida em 3 níveis de avaliação. O Nível 1(segurança): indica que a instituição possui requisitos básicos de qualidade assistencial e segurança para o paciente. O Nível 2 (planejamento) implica adoção

de planejamento na organização; Gestão integrada, envolvendo o acompanhamento das barreiras de segurança definidas, dos principais processos desenhados e dos protocolos implantados. Deve existir uma análise crítica dos controles de processo e análise de resultados, assim como de processos e de protocolos assistenciais, com o estabelecimento de planos de ação e de melhorias dos processos. Neste nível a interação entre os setores deve ser evidenciada:

Nível 3 (excelência na gestão) contempla o uso de indicadores para avaliação de resultados e melhorias de processos. Quando recebe esse nível de certificação, a instituição já incorporou o acompanhamento e a análise crítica de processos e resultados assistenciais e os ciclos de melhoria já ocorrem de forma sistemática.

Nas instituições hospitalares, o enfoque da qualidade dos serviços busca oferecer à clientela serviços com qualidade total, livre de riscos e danos, e que resultem em satisfação e segurança do paciente enquanto cliente (AZEVEDO, 1992). Padilha (2001, p. 91-92) aponta que falhas na assistência hospitalar vão contra esse princípio e podem acarretar danos não só aos pacientes como aos prestadores dos cuidados a esses pacientes.

Pode se notar que, no Brasil, há aproximadamente uma década começou a serem abordados com maior ênfase os temas sobre segurança do paciente e na qualidade da assistência prestada ao pacientes. Hoje, nos aspectos segurança e qualidade, faz-se necessária a presença de um grupo importante na comunidade hospitalar, que são responsáveis pelo mapeamento de processos, de riscos a que o paciente está sujeito, e eventos adversos que podem ocorrer em decorrência de cuidados de profissionais da saúde.

Eventos adversos são aqueles indesejáveis, que causam dano ou são prejudiciais, comprometendo a segurança do paciente sob os cuidados dos profissionais de saúde, mas que podem ser prevenidos (NASCIMENTO et al. apud PADILHA, 2008,)

A queda do paciente, por ser uma ocorrência indesejável e de natureza danosa, é um evento adverso que deve ser prevenido. Queda, segundo os mesmos autores, é definida como: “a mudança súbita e inesperada na posição corporal em que o mecanismo estático de fixação do corpo falha e, a resposta voluntária ou reflexa para corrigir este desequilíbrio” (PADILHA, 2001, p. 91-92). É uma ocorrência

que pode ser gerenciada, mediante a implantação de protocolos destinados a diminuir a ocorrência desse evento adverso.

Santos e colaboradores (2010) apontam como os principais fatores predisponentes ao risco de quedas aos pacientes hospitalizados: demográficos (crianças, idosos com idade ≥ 65 anos, sexo: feminino, devido à maior expectativa de vida, maior propensão às quedas e osteoporose); psico-cognitivos (declínio cognitivo); condições de saúde/cronicidade da doença (acidente vascular cerebral prévio, tonturas, hipotensão postural, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, artrites/osteoartrites, história prévia de quedas); funcionalidade (dificuldades no desenvolvimento das atividades de vida diária, necessidade de disponibilidade de auxílio à marcha, inatividade, equilíbrio corporal marcha e/ou mobilidades alteradas); comprometimento sensorial/visual;; uso de medicações (benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digitálicos, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares) e associação de medicamentos.

Nos Estados Unidos, anualmente, mais de um terço dos idosos hospitalizados caem. Com o aumento da idade, uso de poli fármacos, problemas de mobilidade em decorrência de doenças degenerativas, a probabilidade para o risco de queda aumenta consideravelmente, na ordem de mais de 50% (WACHTER, 2010).

No Brasil, como nem todas as instituições hospitalares realizam a notificações de eventos adversos, não existem dados exatos sobre o número de casos de queda de pacientes no ambiente hospitalar. A dificuldade na notificação desses casos muitas vezes se dá devido ao contexto do medo da punição. Deve-se ter em mente que a notificação desses eventos (notificação de eventos adversos) é de caráter de orientação para correção das falhas ocorridas devido à ocorrência do evento.

O gerenciamento (ou administração) de riscos faz-se necessário para a realização da notificação de eventos, juntamente com os profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado do paciente. A notificação do evento deve ser realizada pelo enfermeiro responsável na unidade de internação na qual ocorreu o evento. Essa notificação, conforme normatização da Organização Nacional de Acreditação deve ser realizada por meio de Formulários de Eventos Adversos (FEAs).

Faz-se necessário o gerenciamento de riscos, cuja finalidade consiste no mapeamento destes, orientação sistematizada das ações responsáveis pela redução ou abolição dos danos durante a hospitalização do paciente, um cuidar de forma segura e com qualidade na assistência prestada.

A implantação de um protocolo que gerencie a prevenção do risco de quedas do paciente hospitalizado faz-se importante por poder assegurar uma hospitalização livre de danos.

O Manual Brasileiro de Acreditação versão 2010 (BRASIL, 2010), norteia as instituições com fundamentos traduzidos nas melhores práticas e resultados, tendo por fim a necessidade das organizações focarem, dentre outras: a segurança do paciente, a prevenção dos agravos, a melhoria contínua dos processos.

A implantação de protocolos de segurança nas instituições hospitalares auxilia na segurança do paciente, evidenciado através do monitoramento dos pacientes com risco de queda, efetivando o cuidado através dos cuidados sistematizados, propiciando uma hospitalização segura e com qualidade, minimizando os danos a essa clientela.

5 MÉTODO

Realizar reunião com as equipes do núcleo de qualidade e de gestão de riscos do hospital, para a análise, sugestão e aprovação do protocolo.

Realizar reunião com os representantes do núcleo interno da qualidade e da gestão de riscos e de cada unidade de internação das clínicas médicas e cirúrgicas para explanação e discussão do protocolo e coleta de sugestões para a sua implantação nas unidades.

Reunião com a equipe do núcleo de qualidade e gestão de riscos para o planejamento da implantação do protocolo envolvendo: incorporação do formulário no sistema de informação, elaboração de procedimento operacional padrão (pop) para orientação do preenchimento do formulário e de avaliações, cronograma de início de utilização do formulário, modalidade de controle e avaliação da utilização

do protocolo.

Passado o prazo de controle e avaliação, certificar a aderência ao protocolo e sua efetividade, através de auditorias internas, a serem realizadas pela comissão.

A avaliação será realizada com base dos relatórios de auditoria interna por amostragem, em relação ao preenchimento correto dos formulários de acordo com as condições clínicas de cada paciente e com os cuidados de enfermagem efetivamente realizados; bem como *feedback* e de sugestões dos profissionais de saúde que preencherem o formulário.

Após a primeira avaliação, elaborar um novo cronograma de avaliação da utilização do formulário do protocolo de queda.

Realizado nova avaliação, verificar se ocorreu alguma falha, se houve efetividade do processo.

A efetividade do processo pode ser avaliada através da queda do número total de pacientes que sofreram quedas, mesmo estando no protocolo.

6 O HC-UFPR

O Hospital de Clínicas da UFPR, situado na cidade de Curitiba-PR, é um hospital geral, de ensino, sua administração é indireta (autarquia), de esfera Federal; seu atendimento é de demanda espontânea e referenciada (CNES, 2011).

Sua missão é: "Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, à pesquisa e à extensão" (HC-UFPR, 2010, s. p.). e tem como visão:

Ser Hospital de Ensino da UFPR de referência, com qualidade no ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas da saúde, inserido no Sistema Único de Saúde, com atendimento de referência nos níveis terciários e quaternários e, articulado com outras instâncias da Universidade Federal do Paraná nos níveis primário e secundário (HC-UFPR, 2010, s. p.).

O Hospital de Clínicas da UFPR possui 60.473 mil metros quadrados de área

construída: 261 consultórios e dispõe de 643 leitos distribuídos em 59 especialidades. Nele trabalham 3.113 funcionários (1.055 vinculados à Fundação de Apoio e 2.058 ao MEC), 266 docentes do curso de medicina e, ainda, 248 residentes atendendo um universo populacional regional de 411 mil pessoas do Estado do Paraná (97% das pessoas atendidas) e realizando uma média mensal de 60.920 mil atendimentos, com um índice de 1.464 internações e 837 cirurgias. É o maior prestador de serviços do SUS do Estado do Paraná(HC-UFPR, 2010).

6.1 Breve histórico

1912: Nasce o Hospital de Clínicas da UFPR, seu início ocorre juntamente com a fundação da Universidade do Paraná.

1950: criada a Universidade Federal do Paraná, de acordo com a lei nº 1254.

1961: o Presidente Jânio Quadros vem à Curitiba, faz uma visita a todas às unidades e o Hospital de Clínicas, oficialmente foi declarado em funcionamento.

1962: iniciou a obrigatoriedade de estágio no HC/UFPR para o 6º período de medicina e o convênio para outros estudantes do país.

1972: o HC foi o primeiro centro médico do Brasil a criar o Diagnóstico de Doenças Neuromusculares pelo Serviço de Neurologia.

1973: realiza o primeiro transplante renal.

1978: inaugura o Banco de Leite Humano que se tornou referência no Paraná e atualmente é um dos Bancos de Leite Humano do país com maior volume.

1978: inaugurado o Serviço de Hematopediatria, referência no atendimento de crianças com doenças hemato-oncológicas.

1979: criado o Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO), realizando o primeiro transplante da América Latina. Registrou-se também nesse ano a informatização dos serviços administrativos do hospital.

Início da década de 1980: inaugurada as novas instalações do centro cirúrgico no 5º andar do prédio central.

1983: implantado o Alojamento Conjunto da Maternidade.

1986: implantado o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, ano em que

há a Fundação da Associação dos Amigos do HC.

Na década de 90, o HC obteve várias conquistas como: a implantação do Sistema de Informações Hospitalares – SIH; recebe o Título de Hospital Padrão oferecido pelo Ministério da Saúde por ter se destacado em atividades de controle de infecção hospitalar.

1991: realiza o primeiro transplante hepático e foi o primeiro centro do Paraná a realizar transplante Inter vivos em adultos e, pioneiro também na realização do primeiro transplante duplo Inter vivos de fígado e rim, se constituindo no segundo caso no Brasil e um dos cinco casos citados na literatura mundial, no mesmo ano inaugura o Centro Obstétrico.

1992: realização do primeiro transplante de medula óssea utilizando células de sangue de cordão umbilical e realizados os primeiros transplantes, de córnea e de coração.

1994: realizada a primeira cirurgia de epilepsia, pelo programa de mesmo nome.

1995: além de ser responsável pelo primeiro transplante de ossos, pelo Serviço de Ortopedia e Traumatologia, ainda recebe da UNICEF a distinção Hospital Amigo da Criança.

1996: inaugura o Serviço de Cirurgia Pediátrica e a Unidade de Endocrinologia Pediátrica, esta, com equipe multiprofissional que realiza atendimento e tratamento de crianças com erros inatos de metabolismo, diabéticas, com nanismo e outros distúrbios do crescimento. É o primeiro centro de referência credenciado pelo Ministério da Saúde para tratamento do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria de crianças, detectados pelo “Teste do Pezinho”.

1997: inicia as atividades do ambulatório de Síndrome de Down, conquista referência nacional, por ser o primeiro centro da América Latina, de atendimento exclusivo a esta síndrome.

1997: o Ministério da Saúde credencia o Programa de Atendimento Integral de Epilepsia como um dos 8 Centros Nacionais de Referência para tratamento cirúrgico de epilepsia.

1998: Implantação dos Projetos “Música e Recreação” e de prevenção à AIDS (“Pipa”).

1999: inaugurado o Centro de Neuropediatria com um corpo médico formado por neuropediatras e ortopedistas pediátricos e, equipe multidisciplinar.

1999: implantação do Projeto de “Parto Humanizado”.

2000: inauguração das novas instalações do Ambulatório de Neoplasia Infantil e, o ingresso do HC no Programa do Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde.

2001: inauguração das novas instalações do Biobanco e do Banco de Sangue e Cordão Umbilical e, a integração do HC à Rede Nacional de Humanização.

2002: inaugura-se a UTI Cardiológica, a readequação da Unidade de Transplante Hepático que realizou o primeiro transplante duplo Inter vivos hepático e renal e a reforma geral da Unidade de Urologia. Houve também a inauguração do CEGEMPAC – Centro de Genética Molecular e Pesquisa do Câncer em Crianças, referência nacional na avaliação laboratorial do câncer, prioriza a pesquisa com aplicação direta dos resultados na otimização do diagnóstico, do tratamento e da prevenção do câncer pediátrico. Realiza pesquisas em parceria com grandes centros mundiais dos Estados Unidos e da França. Foi o primeiro centro do mundo a implantar com sucesso a campanha do teste de DNA, PCR-RFLP, que detecta uma mutação no gene P53; início do processo de implantação do novo modelo de gestão, denominado Unidades Funcionais, que inseriu todos os funcionários, de qualquer função e nível hierárquico, nas decisões administrativas por meio de colegiados internos.

2003: O HC firmou um compromisso de buscar acreditação junto a Organização Nacional de Acreditação-ONA, instituindo para isso, uma Comissão formada por profissionais de diversas categorias com o objetivo de implantar um programa de qualidade capaz de conquistar, num processo de avaliação, o “Certificado de Acreditação”.

2006: inaugurada a nova sede do SEMPR-Serviço de Endocrinologia e Metabologia, referência nacional na assistência médica, ensino, formação profissional e pesquisa em doenças endócrinas e metabólicas.

2009: referenciado para atender, prioritariamente, os casos de gripe influenza A H1N1. A Unidade de Urgência e Emergência destinou toda a estrutura, com Pronto-Atendimento, Unidade de Terapia Intensiva e outra Semi-Intensiva, para este

fim, além das alas de internamento de pacientes com doenças infectocontagiosas; o Serviço de Transplantes de Medula Óssea completa 30 anos de atividades como referência mundial com a realização de quase 2.000 transplantes, desde sua criação; obtém credenciamento pela Comissão de Residência Multiprofissional do MEC e a autorização para oferta do primeiro Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, com a liberação de 20 vagas.

Em 2011, recebeu pela Organização Nacional de Acreditação o Nível 1 de acreditação hospitalar (segurança) (HC-UFPR, 2010).

6.2 Diagnóstico da Situação-Problema

O HCUFPR ainda não implantou um protocolo para prevenção de quedas aos pacientes internados para clínicas médicas e cirúrgicas. Essa implantação é necessária para a promoção de ações sistematizadas para a realização de cuidados ao paciente internado nessas unidades, reduzindo os números absolutos de ocorrência quedas e, aumentando o grau de segurança do seu atendimento enquanto hospitalizado.

7 PROPOSTA

A Implantação do protocolo para a prevenção ao risco de quedas do paciente hospitalizado tem a finalidade principal de minimização dos riscos e danos assistenciais, durante sua permanência na instituição assistencial. Visa portanto, promover uma assistência segura gerando tanto ao paciente quanto ao familiar a sensação positiva de confiança, e proporcionar um atendimento com qualidade.

As estratégias propostas para a implantação do protocolo no HC/UFPR serão seguidas conforme o cronograma pré-estabelecido no QUADRO 1.

1. Avaliação inicial de todos os pacientes internados mediante a Escala de Morse, apresentada no Anexo 1 (MORSE FALL SCALLE, 2011) com a finalidade de evidenciar os pacientes com propensão às quedas (sem risco, médio risco e alto risco), considerando o histórico de queda recente, anterior a três meses, diagnóstico secundário, auxílio para deambular, acesso venoso,

movimentação de paciente/transferência e estado mental. A avaliação será registrada no impresso apresentado no Anexo 1. Aos pacientes de baixo risco serão necessárias intervenções de prevenção universal de queda, aos de médio risco serão necessárias intervenções para prevenção de queda e aos de alto risco serão indispensáveis intervenções de prevenção para alto risco de queda, conforme orientado no Anexo 2.

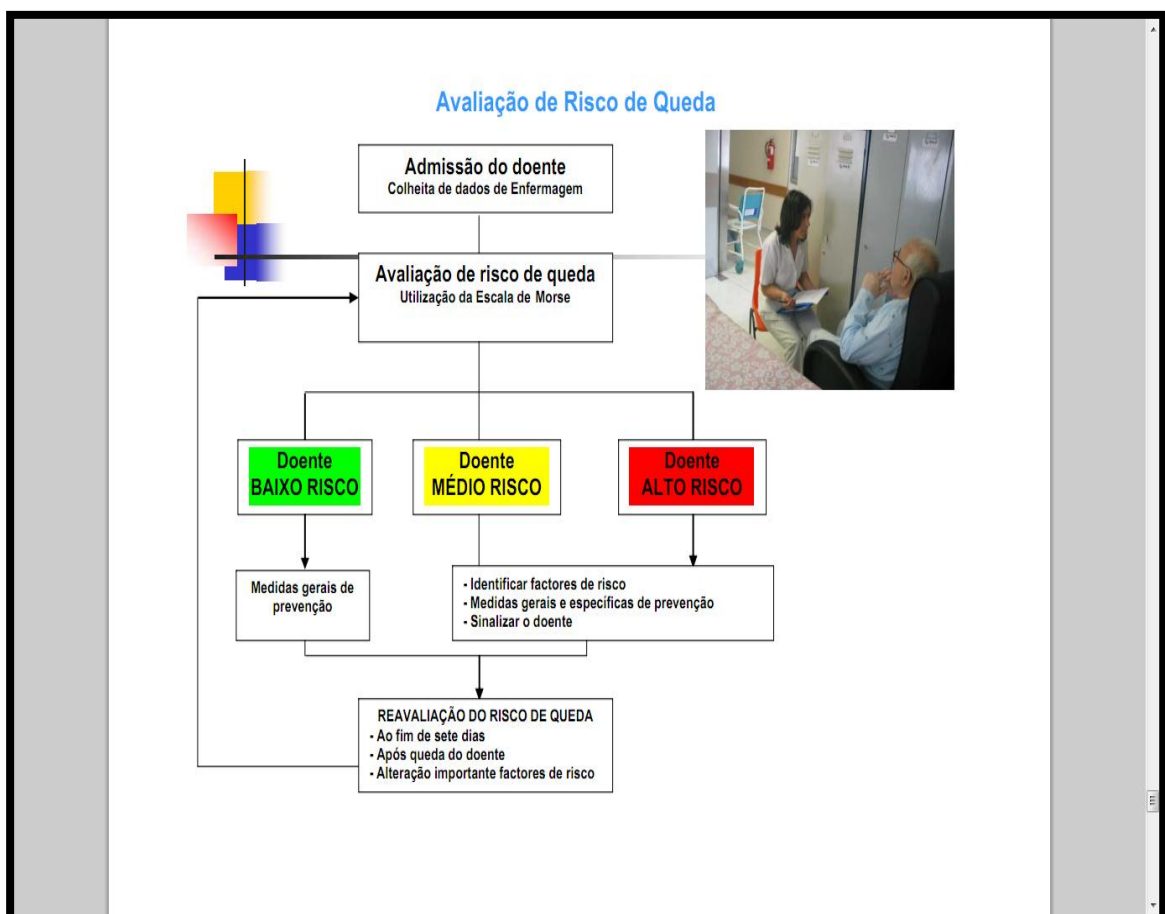


FIGURA 1- AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA,

Fonte: [Ramos,2001](#).

2. Orientação de toda equipe multiprofissional envolvida no processo, registro das ações a ser implementada, a realização das ações, baseadas na avaliação diária dos pacientes, pela enfermeira da unidade a todos os pacientes hospitalizados, o registro das ocorrências do evento adverso da queda, com a contabilização mensal do número das quedas, como forma de

controle do protocolo, com a finalidade de avaliação das medidas proporcionadas a reduzir a incidência das quedas evitáveis dos pacientes hospitalizados.

3. A implantação de medidas sistematizadas: identificação do paciente com propensão ao risco de queda, conforme avaliação do (a) enfermeiro (a), através da pulseira de identificação de coloração específica (exemplo: coloração vermelha), contendo: nome completo, registro/número de atendimento e se possível, código de barras do número de atendimento, proporcionaria ao colaborador a facilidade em identificar o paciente com risco de queda (figuras 2 e 3).



FIGURA 2-PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO.

Fonte: O autor, 2011.



FIGURA 3-PULSEIRA SUPERIOR: VERMELHA: IDENTIFICAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA.

Fonte: O autor, 2011.

Destaca-se que as figuras apresentadas que incluem a imagem de pacientes foram autorizadas pelos mesmos de acordo com o Termo de esclarecimento, ciência e consentimento para realização e de utilização de imagens (Apêndice 1).

4. A identificação através de placa indicativa de risco de quedas, afixadas na parede, logo atrás do leito do paciente com risco de quedas (Figura 4), também é um facilitador ao colaborador na identificação dos pacientes que fazem parte do protocolo de prevenção de quedas. Na identificação desses pacientes, o colaborador deverá ser treinado a sempre verificar: cama do paciente travada (Figura 5), para evitar que a cama se movimente quando o paciente for deitar/levantar ou se apoiar na mesma.



FIGURA 4 -PLACA INDICATIVA PARA RISCO DE QUEDA.

Fonte: O autor, 2011.



FIGURA 5-TRAVAMENTO DAS RODAS DA CAMA.

Fonte: O autor, 2011.

5. Solicitar a presença de um acompanhante sempre que se fizer necessário, 24 horas por dia, principalmente se o paciente for: maior de 60 anos, conforme o Estatuto do Idoso (2011), e/ou apresentar quadro de confusão mental/agitação psicomotora. Na falta de acompanhante, acionar o serviço social para solicitar a presença do mesmo, informando a necessidade de acompanhamento devido ao risco de quedas.
6. Manutenção do piso sempre seco, utilização de sinalizadores de chão molhado ou em manutenção do piso (Figura 6), auxiliam na diminuição do risco do evento.



FIGURA 6-IDENTIFICAÇÃO PARA PISO MOLHADO.

Fonte: O autor, 2011

7. Manter grades sempre elevadas (Figura 7), quando o paciente estiver deitado, orientando o paciente e/ ou o acompanhante a solicitar a enfermagem, caso seja necessária a manipulação do paciente.

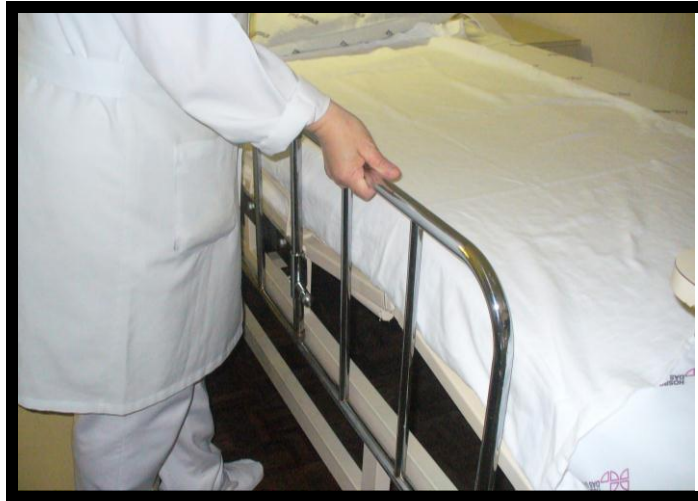


FIGURA 7-ELEVAÇÃO DAS GRADES DE PROTEÇÃO.

Fonte: O autor, 2011

8. Orientar o uso da campainha ao paciente ou acompanhante que o mesmo saia sozinho da cama, ou tente pular a grade.
9. Orientar uso de comadres e papagaios, evitando a saída do leito desnecessariamente.
10. Manter iluminação adequada do quarto.
11. Auxiliar sempre na deambulação, jamais deixá-lo deambular sozinho.
12. Manter ambiente seguro, através da disposição correta dos mobiliários, prevenindo aumento de danos relacionados às quedas.
13. Orientar uso de calçados antiderrapantes.
14. Para pacientes acamados e/ou debilitados, colocação de colchão de ar para prevenir úlceras de pressão.
15. Se necessário, realizar contenção do paciente (química, conforme prescrição médica) e/ou física, atentar para garroteamento de membros e lesões na pele.
16. Registrar em prontuário: nível de consciência e mobilidade, presença de acompanhante, verificar as condições da pele, devido ao risco de aparecimento de úlceras de pressão.

17. Nos casos de queda, acionar a (o) enfermeira (o) da unidade e plantão médico para avaliação e conduta.
18. Notificar as ocorrências de queda através de impresso próprio (FEA); a notificação deve conter além dos dados do paciente, fatores que puderam ter gerado o evento, como cama destravada, grades abaixadas, agitação psicomotora; presença ou ausência de acompanhante e no momento da queda: quantos colaboradores estavam de serviço e quantos pacientes internados na unidade. Wachter (2010) comenta sobre a proporção pacientes/funcionários e sua relação com as ocorrências com os eventos adversos (quanto menor o número de colaboradores por divisão de pacientes, maior a propensão às ocorrências de eventos adversos, e que as ocorrências de erros aumentam quando a proporção na relação enfermeiro/auxiliares ou técnicos de enfermagem excedem os 30%.

A notificação dos eventos tem por objetivo a pontuação das falhas para promover a sua correção, não deve ter caráter punitivo (WACTHER, 2010, P. 190).

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO							
Item/recursos	Local/profissionais envolvidos	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Reunião com as gerências para apresentação inicial do protocolo/ computador, retroprojeter.	Sala de reuniões/gerência de enfermagem, gerência de riscos, educação continuada, comissão da qualidade.	X					
Apresentação da matriz dos impressos e cópias dos impressos.	Sala de reuniões/gerência de enfermagem, gerência de riscos, educação continuada, comissão da qualidade.	X					
Treinamento da equipe de enfermeiros no preenchimento dos impressos/cópia dos impressos.	Sala de treinamentos/enfermeiros das unidades de internação.	X					
Treinamento da equipe de enfermeiros na avaliação dos pacientes/ impressos.	Sala de treinamentos, à beira do leito/enfermeiros das unidades de internação.	X					
Treinamento do grupo operacional/ impressos, pulseiras de identificação, placas de identificação.	<i>In locu</i> (nos postos de enfermagem) /enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.		X				
Avaliação do preenchimento do impresso e da realização dos POPs (aderência do protocolo)	À beira do leito/ gerência de riscos, enfermeiro das unidades de internação.		X	X	X	X	X
Auditoria dos impressos e realização dos POPs/ficha de avaliação.	No posto de enfermagem e SAME/Gerências de risco, comissão da qualidade, enfermeiro das unid. Internação.		X	X	X	X	X
Alimentação no sistema para avaliação da efetividade do processo de aderência de enfermeiros, técnicos e auxiliares.	Na gerência de riscos/ enfermeiro da unidade de internação encaminha impresso preenchido à gerência de riscos para tabulação.		X	X	X	X	X
Verificação da efetividade e eficácia do protocolo (auditoria de todos os prontuários)	No posto de enfermagem e no SAME.			X	X	X	X
Ajustar o protocolo à Instituição/ tecnologia da informação.	Gerência de Riscos/ tecnologia da informação ajusta os impressos conforme orientação dos enfermeiros das unidades de internação.					X	
Item/recursos	Local/profissionais envolvidos	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
2ª Reunião das gerências para parecer	Sala de reuniões/gerência de riscos, educação continuada,					X	

do protocolo (eficiência e eficácia)/ computador, retroprojetor, impressos.	enfermeiros das unidades de internação, comissão da qualidade.						
Devolutiva a todos os envolvidos no processo operacional.	Nas unidades de internação/enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.					X	
Solicitação à gráfica para a confecção final dos impressos.	Gráfica da UFPR/ gerência de logística, gerência de enfermagem.						X
Avaliação dos registros de eventos adversos de queda.	Gerência de riscos, unidades de internação/ gerência de riscos, gerência de enfermagem.		X	X	X	X	X
Notificação de queda (por evento) /FEA.	Na unidade da ocorrência do evento, encaminhamento da comunicação à gerência de riscos/ enfermeiro da unidade de internação onde ocorreu o evento adverso de queda.		X	X	X	X	X
Balanco mensal do número de pacientes com propensão à queda pelo número total de quedas ocorridas no mês.	Gerência de riscos/ gerência de riscos.		X	X	X	X	X

QUADRO 1- CRONOGRAMA PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS (conclusão).

Fonte: O autor, 2011.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A queda do paciente internado e seus efeitos são na maioria das vezes um evento adverso de consequências danosas, levando ao prolongamento de sua internação, à limitação de suas atividades, comprometimento por parte de seus familiares diretos devido à necessidade do paciente a ter presente a pessoa do cuidador e ainda às complicações de saúde, com propensão a sequelas e em casos extremos, ao óbito.

O gerenciamento de riscos pode ser considerado uma importante ferramenta capaz de antever esses riscos, através do seu gerenciamento na promoção de ações sistematizadas e integradas no processo contínuo do cuidar, promovendo um atendimento de qualidade na assistência prestada ao paciente.

O processo do cuidar com qualidade deve envolver todos os integrantes da comunidade hospitalar, não somente do profissional de enfermagem, responsável direto pelo cuidado do paciente, conforme suas atribuições inerentes à profissão, mas também outros profissionais, não menos importantes, como o profissional da higienização, que zelará por um piso seco, evitando também o evento adverso queda.

Protocolos são métodos padronizados que permitem uma transmissão de informações de forma sistematizada. O protocolo para risco de queda é uma ferramenta da gestão de riscos que orienta a padronização dos cuidados de forma a promover a minimização dos riscos do paciente em frente aos riscos de queda.

Com as notificações de queda, pode-se ter o número real dos eventos ocorridos na instituição; a instituição poderia realizar com essas notificações, uma proposta de mensurar as ocorrências e institucionalizar um indicador de segurança ou de qualidade.

O indicador de segurança “queda” é uma importante ferramenta, que se medida na instituição, poderia ser capaz de evidenciar a eficácia da assistência prestada aos pacientes hospitalizados, através dos números obtidos da não queda, ou seja, a proporção de pacientes com propensão ao risco de queda pelos pacientes acometidos por este evento adverso e a partir dos resultados obtidos, traçar

propostas de melhorias, objetivando cada vez mais a diminuição do incidente, através da realização de ciclos de melhoria de processos, baseados nas evidências a serem registradas.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P., Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte I, p. 190~196, 2000.

ADAMI, N.P.; MARANHÃO, A.M.S.A.- Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 8, Nº 4, MAIO-DEZ, 1995.

ASIL, Sistemas de Bibliotecas, **Dicas de Normatização**, disponível em: <http://www.portal.ufpr.br/tutorial%20NORMAS%20ago%202010.pdf>. Acesso em 16/09/2011.

AZEVEDO, A.C. O futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. **Rev. Paul Hosp**, 1992; v.40 n.5, p.64-71.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação: Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010. 164 p.(Coleção Manual Brasileiro de Acreditação; I).

BRASIL, ONA, **Organizações acreditadas**, disponível em: <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas> , acesso em 30/08/2011.

D'INNOCENZO, M., ADAMI, N.P, CUNHA, I.C.K.O.-O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem-**Rev Bras Enferm** 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.

DECESARO, M.N., PADILHA, K.G.Iatrogenia na assistência durante internação em UTI: queda de pacientes-**Revista Ciência, Cuidado e Saúde**-Maringá, v.1, n.1, p. 159~162, 1. Sem. 2002.

Estatuto do Idoso, disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/estatuto-do-idoso-para-o-idoso-e-sua-familia/>, acesso em 10/09/2011.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4106902384299&VEstado=41&VCodMunicipio=410690, acesso em 08/09/2011.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE, disponível em <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/>, acesso em 28/08/2011.

MORSE FALL SCALE, disponível em: http://www.sinaisvitais.pt/media/kunena/attachments/legacy/files/Morse_20Fall_20Scale.pdf, acesso em 10/09/2011.

ONA .Organização Nacional de Acreditação, disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/20/Conheca-a-ONA>, acesso em 25/08/2011.

PADILHA, K.G. A Ocorrências Iatrogênicas em UTI e o Enfoque de Qualidade. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, 2001, set - out; v.9, n.5. p. 91-6.

Prevenção e Monitoração de Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar, disponível em <http://www.ipq.pt/backFiles/SusanaRamos.pdf>, acesso em 10/09/2011.

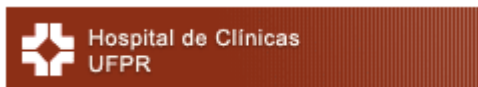
SANTOS, M.G.S ; DANTAS, A.C.A; RAMOS, V.P.R: **Protocolos de Enfermagem identificação de risco e prevenção de quedas**. HEMORIO, 2010, 1 ed.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente** / Robert M. Wachter; tradução: Laura Souza Berquó.- Porto Alegre : Artmed, 2010. 230 p.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração** / Liane Carly Hermes Zanella. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1



Formulário de avaliação-Escala de Morse para prevenção de queda

Nome: _____ Registro/atendimento

Leito: _____ enfermaria: _____

Diagnóstico primário: _____

Diagnóstico secundário: _____

	Categoria	Sim/Não	Score	Pontuação
1.	Histórico de queda recente/anterior há 3 meses	Não	0	
		Sim	25	
.2	Diagnóstico secundário	Não	0	
		Sim	15	
.3	Auxílio para deambular Sem auxílio/acamado/auxílio da enfermagem Muletas/bengala/andador Deambula segurando nos movies	Sim	0	
		Sim	15	
		Sim	30	
.4	Sem acesso venoso Com acesso venoso	Não	0	
		Sim	20	
.5	Movimentação do paciente/transferência Normal/repouso no leito Debilitado Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	0	
		Sim	10	
		Sim	20	
.6	Estado mental Orientado para as próprias capacidades Superestima/esquece as próprias limitações	Sim	0	
		Sim	15	
Pontuação total				

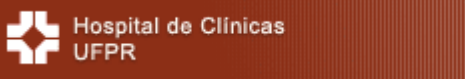
Nível de Risco	Score da Escala de Morse	Ações
Sem risco	0-24	Intervenções de Prevenção Universal Queda
Baixo risco	25 – 50	Intervenção para prevenção de queda
Alto risco	≥51	Intervenções de Prevenção para alto risco de queda

Data _____ Hora: _____ Nome/assinatura _____
COREN _____

QUADRO 3- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA RISCO DE QUEDA.

Fonte: Adaptado de Morse Fall Scale (2011).

ANEXO 2

				
Nome: _____		Registro/atendimento: _____		
Leito: _____		enfermaria: _____		
Intervenção	Score	0-24 (Baixo risco)	25-44 (médio risco)	45-100 (alto risco)
1. Todos os doentes internados - Implementar intervenções de baixo risco para todos os pacientes internados.		Sim	Não	Não
2. Comunicação Orientar o paciente para o meio envolvente e para as rotinas hospitalares; - Muito importante orientar o local onde se encontra o sanitário; - Se o paciente for confuso, a orientação é um processo contínuo; - Colocar a campainha num local de fácil acesso ao paciente, certificar de que é capaz de usá-la; - Instruir o paciente a pedir ajuda antes de sair do leito.		Sim	Sim	Sim
Paciente/ Família Educação - Informar verbalmente ao paciente e a família sobre as intervenções de prevenção de quedas.		Sim	Sim	Sim
Comunicar ao paciente o seu <i>status</i> de “risco”		Sim	Sim	Sim
Plano de cuidados - Colabore com a equipe multidisciplinar no planejamento dos cuidados; - A equipe de saúde deve adequar as estratégias de prevenção para cada doente.		Sim	Sim	Sim
Afixar uma placa informando “protocolo de quedas” na cama do paciente.		-----	Sim	Sim
Implantar o Protocolo de Úlceras de Pressão, Colocar pulseira de identificação de coloração específica para pacientes em risco de queda.		-----	Sim	Sim
Considerar o início de programa de reabilitação		-----	-----	Sim
3. Higiene Implementar programa de intestino e bexiga.		Sim	Sim	Sim
Discutir as necessidades do paciente.		Sim	Sim	Sim
Proporcionar uma cadeira ao pé da cama, quando necessário.		-----	-----	Sim
Comadre/papagaio devem ser de fácil acesso, quando necessário.		-----	Sim	Sim

4. Medicação Avaliar possíveis efeitos colaterais da medicação.	Sim	Sim	Sim
Considerar que o efeito afeta o nível de consciência, a marcha, a eliminação quando se planeiam os cuidados.	Sim	Sim	Sim
5. Ambiente Cama - Posição baixa com as travas acionadas.	Sim	Sim	Sim
Mesa de cabeceira - Pertences pessoais ao seu alcance.	Sim	Sim	Sim
Remover equipamento e mobiliário desnecessário do quarto; - Assegurar que o caminho até o banheiro seja livre de obstáculos; - Considerar deixar o paciente numa cama próxima ao banheiro.	Sim	Sim	Sim
Usar uma luz noturna apropriada.	Sim	Sim	Sim
6. Segurança Calçado antiderrapante.	Sim	-----	Sim
Considerar a instalação do paciente num quarto próximo do posto de enfermagem, quando for necessária uma observação rigorosa.	-----	-----	Sim
Se for caso, considere usar dispositivos de proteção: imobilizadores, grades de proteção.	-----	Sim	Sim

Fonte: Adaptado de: avaliação de risco de queda, Ramos (2011).

APÊNDICE

APÊNDICE

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE IMAGENS

Paciente.....

R.G.....

Órgão Expedidor.....

Sexo: Masculino () Feminino ()

Responsável/Representante

Legal.....

RG.....Órgão Expedidor.....(Grau de Parentesco).....

Declaro que:

Recebi os esclarecimentos e estou ciente e ao mesmo tempo concordo e autorizo Maurício Aparecido de Brito, aluno de especialização em Gestão em Saúde pela UFPR, a realização e utilização imagens para fins de pesquisa científica, manter como documentação em prontuário eletrônico (MV 2000i ou similar), contribuir para fins científicos, estudos (trabalho de conclusão de curso), sem ônus de financeiros a nenhuma das partes.

O paciente abaixo assinado e seu responsável declaram que:

- a) leram todo o conteúdo desse Termo de Consentimento;
- b) compreenderam e estão de acordo;
- c) foi explicado a finalidade e uso dessas imagens, com ênfase na questão de que o paciente não será identificado.
- d) conseqüentemente autorizam e dão consentimento.

Curitiba-PR,.....de de

Especializando (Assinatura):

Paciente/Responsável-

Assinatura.....

Testemunha:

Nome:RG.....