

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GISELE COTTING MEIRA

ENGAJAMENTO DO PACIENTE EM PROGRAMAS DE QUEDAS HOSPITALARES:
PERCURSO PARA A ELABORAÇÃO DE UM MANUAL

CURITIBA

2021

GISELE COTTING MEIRA

ENGAJAMENTO DO PACIENTE EM PROGRAMAS DE QUEDAS HOSPITALARES:
PERCURSO PARA A ELABORAÇÃO DE UM MANUAL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde (PPGPCS), Mestrado Profissional em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Schleder
Gonçalves

CURITIBA

2021

Meira, Gisele Cotting

Engajamento do paciente em programas de quedas hospitalares [recurso eletrônico]: percurso para a elaboração de um manual / Gisele Cotting Meira – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Schleder Gonçalves

1. Segurança do paciente. 2. Participação do paciente. 3. Pesquisa qualitativa.
I. Gonçalves, Luciana Schleder. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.10425

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **GISELE COTTING MEIRA** intitulada: **ENGAJAMENTO DO PACIENTE EM PROGRAMAS DE QUEDAS HOSPITALARES: PERCURSO PARA A ELABORAÇÃO DE UM MANUAL**, 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 mestra 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, 30 de Julho de 2021.

Assinatura Eletrônica

06/10/2021 11:18:34.0

LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

06/10/2021 12:59:38.0

DIOVANE GHIGNATTI DA COSTA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Assinatura Eletrônica

06/10/2021 09:34:25.0

KARLA CROZETA FIGUEIREDO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta dissertação a minha família, em especial a minha mãe, Renate Cotting Meira, aos meus irmãos Bárbara Cotting Meira, Karen Cotting Meira e Daniel Cotting Carvalho; ao meu filho, Alexandre Florentino Filho; e ao meu marido, Rudnei Piel, que me apoiaram, me incentivaram e estiveram ao meu lado para que este sonho pudesse se concretizar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me permitiu, mesmo com toda a dificuldade enfrentada em meio à pandemia, concretizar essa etapa tão importante na minha carreira de enfermeira.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade concedida e pelas orientações oferecidas ao longo desses dois anos de aprendizado.

À professora doutora Luciana Schleder Gonçalves, pela orientação, pela paciência, pelo apoio, incentivo, e por me fazer sentir capaz de que conseguiria terminar.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde - Mestrado Profissional em Enfermagem – PPGPCS, pelos ensinamentos, contribuições e compartilhamento de experiências.

Aos membros Laura Machado Gomes Faria, Letícia Santi Silva, doutoranda Ana Luiza Coelho, professores Débora Carvalho Ribeiro e Rodrigo Bastos, que contribuíram imensamente na construção desse trabalho.

Aos meus colegas do Mestrado Profissional Turma 2019-2021, por tornarem a caminhada mais leve durante a jornada. Aos amigos que compreenderam a minha ausência e me apoiaram nos momentos difíceis.

A minha família, que toda vida esteve ao meu lado, nos bons e maus momentos, em especial a minha mãe, Renate Cotting Meira, e meu pai, Jair Lúcio Meira (em memória), que me ensinaram princípios da ética e moral que contribuíram imensamente para a formação do meu caráter. Ao meu filho, Alexandre Florentino Filho, por me ensinar sobre a grandeza do Amor incondicional, e ao meu marido, Rudnei Piel, grande companheiro, que me ensinou muito sobre a vida e que me ensinou a amar, a sonhar e acreditar na minha capacidade de vencer.

“Você não sabe o quanto eu caminhei
Prá chegar até aqui
Percorri milhas e milhas antes de dormir
Eu nem cochilei
Os mais belos montes escalei
Nas noites escuras de frio chorei”
A estrada - Cidade Negra

RESUMO

Introdução: Trata-se da elaboração de um manual sobre estratégias de engajamento do paciente e seu acompanhante na identificação do risco de queda e ações de prevenção de quedas em ambiente hospitalar, que faz parte do projeto “Difusão e adoção do programa *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety - Fall TIPS*”, que vem sendo desenvolvido em hospital universitário do sul do Brasil.

Objetivo: a elaboração de manual sobre estratégias de engajamento do paciente e seu acompanhante em programas de prevenção de queda.

Método: Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, exploratória, descritiva e de produção tecnológica, composta por duas fases: a) entrevistas com pacientes que apresentaram o evento adverso queda hospitalar durante internação hospitalar, e/ou com seus acompanhantes, analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo; e b) produção tecnológica para a elaboração do manual.

Resultados: Nas entrevistas realizadas foi possível observar a recorrência de alguns temas principais: “A gente não sabia: dificuldades e inquietações na percepção dos riscos”; “Medo e insegurança: o manejo emocional como ferramenta da clínica no risco de queda”; “Relação da equipe de saúde com os cuidadores como ferramenta de suporte ao engajamento do paciente”, que subsidiaram a elaboração do manual. Os resultados evidenciam lacunas na efetividade da comunicação entre os envolvidos no processo de identificação de riscos e manejo das intervenções relacionadas a cuidados seguros e trazem sugestões para superação do desafio por parte dos profissionais da saúde, em desenvolver práticas mais colaborativas. Sem essa abordagem, o paciente desenvolve sentimentos de medo e insegurança, comprometendo o seu cuidado e segurança.

Produto e registro: O “Manual sobre Estratégias de Engajamento em Programas de Prevenção de Quedas Hospitalares”, registrado na Câmara Brasileira do Livro.

Conclusão: O manual subsidia a adoção de estratégias de prevenção à ocorrência de quedas em ambiente hospitalar, levando em consideração a adesão de uma cultura de segurança que conduza a uma prática assistencial de qualidade e, consequentemente, à redução de quedas.

Palavras-chave: segurança do paciente; envolvimento do paciente; engajamento do paciente; participação do paciente; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Introduction: A manual on strategies for engaging patients and their companions in identifying the risk of falling and actions to prevent falls in the hospital environment was prepared, as a part of the project “Dissemination and adoption of the Fall Tailoring Interventions for program Patient Safety - *Fall TIPS*”, that is being developed in a university hospital in southern Brazil.

Objective: the development of a manual on patient and companion engagement strategies in fall prevention programs.

Method: A qualitative, exploratory, descriptive and of technological production research was performed, consisting of two phases: a) interviews with patients (and/or their companions), who had experienced a fall during hospitalization. The content analysis technique was used; and b) the production/preparation of the manual.

Results: In the interviews results, it was possible to observe the recurrence of the themes: “We didn't know: difficulties and concerns in the perception of risks”; “Fear and insecurity: emotional management as a clinical tool for managing the risk of falling”; “Relationship between the health team and caregivers as a support tool for patient engagement”, which supported the preparation of the manual. Also, they showed gaps in communication effectiveness among those involved in the process of identifying risks and managing interventions related to safe care and bring suggestions for overcoming the challenge on the part of health professionals, in developing more collaborative practices. Without this approach, the patient develops feelings of fear and insecurity, compromising their care and safety.

Product: The “Manual on Engagement Strategies in Hospital Fall Prevention Programs”, it was registered at Câmara Brasileira do Livro

Conclusion: The manual supports the adoption of prevention strategies against the occurrence of falls in the hospital environment, taking into account the adherence of a safety culture that leads to a quality care practice and, consequently, to the reduction of falls.

Keywords: patient safety; patient involvement; patient engagement; patient participation; qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - POSTER LAMINADO DO <i>FALL TIPS</i>	37
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ESTRATÉGIA DE BUSCA EM BASES DE DADOS.....	31
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA	49
TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA	50

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

Anvisa	— Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	— Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	— Comitê de Ética em Pesquisa
CHC	— Complexo Hospital de Clínicas
CINAHL	— Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Conep	— Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CP	— Centralidade do Paciente
CPAT	— Equipe de Aconselhamento ao Paciente
EA	— Eventos Adversos
EQM	— Escala de Morse
EUA	— Estados Unidos da América
FPTK	— <i>Fall Prevention Toolkit</i>
<i>HIIFRM</i>	— Modelo de Risco de Queda Hendrich II
IOM	— Instituto de Medicina dos EUA
JCI	— <i>Joint Commission International</i>
MS	— Ministério da Saúde
NPSA	— <i>National Patient Safety Agency</i>
NSP	— Núcleos de Segurança do Paciente
OMS	— Organização Mundial da Saúde
PFPS	— <i>Patients for Patient Safety</i>
PNSP	— Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	— Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
Sevisp	— Setor de Vigilância e Segurança do Paciente
SNVS	— Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
STRATIFY	— <i>St. Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly</i>
SUS	— Sistema Único de Saúde
TCLE	— Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	— Tecnologias de Informação e Comunicação
UFPR	— Universidade Federal do Paraná
Vigihosp	— Serviço de Vigilância Hospitalar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA.....	20
1.2 OBJETIVOS	21
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	22
2.2 A QUEDA COMO EVENTO ADVERSO A SER PREVENIDO.....	25
2.3 ESTRATÉGIAS PARA ENGAJAMENTO DO PACIENTE	30
2.4 ENGAJAMENTO DO PACIENTE E O <i>FALL TIPS</i>	35
2.5 ELABORAÇÃO DE MANUAL	40
3 MÉTODO.....	41
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO	42
3.2 COLETA DE DADOS.....	43
3.3 PARTICIPANTES	43
3.4 ANÁLISE DE CONTEÚDO	45
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
3.6 PRODUÇÃO DO MANUAL.....	46
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS.....	49
4.1 “A GENTE NÃO SABIA”: DIFICULDADES E INQUIETAÇÕES NA PERCEPÇÃO DOS RISCOS	50
4.2 MEDO E INSEGURANÇA: O MANEJO EMOCIONAL COMO FERRAMENTA DA CLÍNICA	51
4.3 RELAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE COM OS ACOMPANHANTES COMO FERRAMENTA DE SUPORTE AO ENGAJAMENTO DO PACIENTE.....	53
5 MANUAL SOBRE ESTRATÉGIAS DE ENGAJAMENTO EM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS HOSPITALARES	55
6 DISCUSSÃO	84
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA ENTREVISTA	102
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	107

SUMÁRIO

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	111
---	------------

APRESENTAÇÃO

Tendo concluído em 2003 o Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário Campos de Andrade – Uniandrade, iniciei em seguida atividades profissionais como enfermeira docente para nível técnico no Centro Integrado de Estudos, onde lecionei e acompanhei estágios por três anos. Após a vivência como professora, senti a necessidade de atuar como enfermeira assistencial no Hospital Erasto Gaertner, onde, após 8 meses, fui promovida a supervisora de enfermagem. A promoção me despertou interesse por assuntos relacionados à qualidade e segurança do paciente e contribuí para a implantação e implementação dos certificados de Segurança como Acreditação Hospitalar e ISO 9001 por cinco anos. Em 2009 me especializei no MBA em Gestão de Serviços em Saúde na Faculdade Integradas do Brasil - UniBrasil. A partir de 2010, tive a oportunidade de servir o Exército Brasileiro como 1ª Tenente por um período de cinco anos, lugar que muito me ensinou sobre respeito à hierarquia, valores e missão da instituição. Em 2012 tive a oportunidade de realizar mais uma pós-graduação, vindo a me especializar em Auditoria em Saúde pela Faculdade Educacional Araucária - FACEAR. Em 2015 prestei concurso e fui aprovada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná pela EBSEH e atualmente atuo como Supervisora de Enfermagem da Unidade de Cirurgia Geral (UCIR).

Diante das experiências profissionais e acadêmicas adquiridas, tive a oportunidade de perceber a importância e o impacto na assistência, quando o foco da equipe é voltado para processos na segurança do paciente, bem como a necessidade de estarmos constantemente revendo e estudando os processos dos serviços prestados, sempre em busca da melhoria no atendimento. Surgiu então interesse em trabalhar com a professora Luciana Schleder Gonçalves no seu projeto de pesquisa, contribuindo para a implantação do Programa *Fall TIPS* Brasil, mudança inovadora nos processos relacionados ao risco de queda no ambiente hospitalar, tendo como proposta no mestrado profissional a construção de um manual digital, que irá compor o kit de ferramentas *Fall TIPS* voltado para os profissionais de saúde, o qual aborda estratégias de engajamento do paciente em seu risco de queda.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente não é um tema novo. No entanto, ganhou notoriedade após a publicação do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) denominada “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is human: building a safer health system*), em 1999. O documento apontou que nos hospitais dos EUA, cerca de 44.000 a 98.000 pacientes morriam a cada ano, em decorrência de falhas da assistência à saúde (INSTITUTE OF MEDICINE - COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2000). Desde então, governos e organizações internacionais buscam implementar melhores práticas para apoiar as estratégias de prevenção e diminuição de danos no cuidado à saúde (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No entanto, uma década depois da publicação do relatório *To err is Human: building a safer health system*, mesmo com a implementação de algumas estratégias para mitigá-los, os números de eventos adversos não diminuíram como esperado. Diante desse problema, foi necessário desenvolver campanhas para envolver o paciente nessas questões de segurança (SOUSA; MENDES, 2019).

Uma das campanhas foi lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), *Patients for Patient Safety* (PFPS), e procura dar voz aos pacientes e acompanhantes após a ocorrência de incidentes não esperados relacionados aos cuidados de saúde, o que denota que a temática do engajamento do paciente ainda é uma questão a ser pesquisada e implementada nos programas de segurança do paciente (FARLEY, 2011).

No Brasil, a temática da Segurança do Paciente vem sendo abordada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) desde 2004 e reforçada, em 2013, com a publicação de protocolos e diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Um dos protocolos do PNSP é o de prevenção de quedas, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a Anvisa e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que tem por finalidade reduzir a ocorrência de quedas dos pacientes durante a assistência e os danos causados, por meio de implantação/implementação de medidas que garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro. Uma das medidas descritas no protocolo é garantir a educação do paciente, acompanhantes e profissionais sobre o

risco e danos durante o internamento (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ, 2013). O protocolo traz a definição de queda como um:

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ, 2013, p. 2).

A queda é um dos eventos adversos mais frequentes no ambiente hospitalar, com suas taxas variando de 1,4 a 7,0 a cada mil pacientes/dia, sendo responsáveis por dois em cada cinco eventos relacionados à segurança do paciente (CORREA et al., 2012; SCHWENDIMANN et al., 2008). Estudos no Brasilevidenciam, a cada 1.000 pacientes internados, uma incidência de queda de 1,7 a 7,2 (PRATES et al., 2014; SOUSA, 2014).

Uma das principais diretrizes do PNSP consiste no engajamento do cidadão na sua própria segurança, considerando os pacientes, e acompanhantes como parceiros na prevenção de falhas e danos em serviços de saúde do país (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2020). Nesse sentido, a participação do paciente na tomada de decisão sobre as questões relacionadas à sua saúde contribui com a promoção de um cuidado seguro e eficaz (SAHLSTRÖM et al., 2016). Assim, para que ocorra realmente a prevenção ao risco de quedas e demais intercorrências, os pacientes, cuidadores e acompanhantes devem ter ciência sobre a temática, com vistas a contribuir com as ações a serem implementadas para promover o cuidado (SOUZA et al., 2020).

Assim, o paciente deve ser o ponto central dos profissionais no atendimento com segurança nos serviços de saúde, e sua participação ativa no próprio cuidado pode contribuir para um atendimento mais seguro. Essa parceria entre paciente, acompanhantes e profissionais de saúde pode contribuir para o sucesso do tratamento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2020).

Uma abordagem centrada na pessoa tem como prioridade identificar o que é mais importante para ela, sem fazer suposições, mantendo o foco nos elementos do cuidado, do apoio e do tratamento que mais importam para o paciente, sua família/acompanhante (AHMAD et al., 2014).

Pesquisas evidenciam que pessoas mais envolvidas nas tomadas de decisões relacionadas ao seu cuidado são mais capazes de gerenciar condições crônicas complexas e apresentam períodos mais curtos de permanência no hospital (CHARMEL; FRAMPTON, 2008; COLEMAN et al., 2009; EPSTEIN et al., 2010; OSBORN; SQUIRES, 2012). Essa prática de compartilhamento de decisões garante que o paciente seja mais bem apoiado, mais informado e mais incentivado a participar do próprio plano de cuidado, com mais adesão às recomendações do tratamento (COULTER, 2012).

Um estudo recentemente realizado considerou que a coprodução de cuidados orientados para a segurança do paciente subsidia recursos e proporciona soluções para os serviços de saúde, com intuito de melhoria das práticas assistenciais. No entanto, observou-se que a coprodução para a segurança do paciente ainda é incipiente em relação a esses cuidados, e que os acompanhantes até demonstram interesse em coproduzir, porém, não se identifica o estímulo dessa prática pelos profissionais envolvidos (COSTA; ALVES; ERLER, 2016).

Dentre as estratégias de engajamento do paciente para a redução de incidentes relacionados às quedas destacam-se: a orientação aos pacientes, pais e/ou acompanhantes sobre o plano de cuidados do risco de quedas; o oferecimento de informações sobre como podem auxiliar a equipe de saúde na redução desse risco; e, ainda, o incentivo à participação do paciente na vigilância dos cuidados (OLIVEIRA et al., 2014).

Nesse sentido, as pesquisas de Dykes e colaboradores (DYKES et al., 2018) identificaram que as quedas resultam de problemas de comunicação e que as etapas realizadas corretamente contribuem para a prevenção e são facilmente integradas ao fluxo de trabalho da equipe de enfermagem. Na admissão, ou quando houver alteração do quadro clínico do paciente, o profissional de enfermagem realiza a avaliação e identifica o risco de queda juntamente com o paciente e com o acompanhante, quando disponível. Essa prática envolve o paciente na implementação de um plano de prevenção de quedas personalizado, que inclui o preenchimento de lâmina e, com base nas evidências, promove a comunicação do *status* de risco de queda, garantindo as informações necessárias do risco de quedas a toda a equipe envolvida no atendimento, incluindo pacientes e acompanhantes.

Essas pesquisas (DYKES et al., 2018, 2019) culminaram na elaboração do programa *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety - Fall TIPS*. Os resultados da pesquisa levaram à conclusão que, para que ocorra uma prevenção efetiva de queda no ambiente hospitalar, é necessário seguir três etapas:

1. realização de avaliações rotineiras de risco de queda;
2. desenvolvimento de um plano personalizado de prevenção de quedas;
3. implementação desse plano, com a participação do paciente e acompanhantes, de forma consistente, juntamente com as precauções universais de queda.

Dentre eles, há um estudo de caso controle (DUCKWORTH et al., 2019) realizado com intuito de entender os motivos de os pacientes continuarem caindo, mesmo após a aplicação do protocolo de prevenção de quedas. O motivo mais comum identificado foi que os pacientes não seguiram o plano de prevenção de queda à beira do leito corretamente, acreditando que não corriam o risco de sofrer quedas quando hospitalizados. E que, após o profissional de enfermagem completar a avaliação, o plano de risco de queda e a simples orientação ao paciente sobre seus riscos não são suficientes para evitar que caia, de modo que ele e seus acompanhantes precisam estar engajados durante todo o processo de prevenção de quedas.

Assim, um programa de prevenção de quedas centrado no paciente foi desenvolvido, ao longo de uma década, por um grupo de pesquisadores do *Hospital Brigham and Women's*, da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos da América, e apresentou resultados satisfatórios em estudos de acompanhamento e em ensaios randomizados. O referido programa despertou o interesse da professora doutora Luciana Schleder Gonçalves, da linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná (UFPR), que desenvolveu o projeto de pesquisa “Difusão e adoção do programa *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety - Fall TIPS*”, buscando o engajamento de *stakeholders* para prevenção de quedas em hospitais brasileiros (DYKES et al., 2017) .

O produto desta dissertação de mestrado motivou-se pela inclusão ativa do paciente e acompanhantes na identificação do seu risco de queda, na definição de medidas preventivas e acompanhamento. Para tanto, foi elaborado um manual para profissionais de saúde, o qual fornece informações sobre estratégias de

engajamento a serem incluídas já na abordagem do paciente, na realização do protocolo de queda institucional, contribuindo para a implantação do programa *Fall TIPS* na instituição.

A enfermagem, em sua prática profissional, tem como responsabilidade a construção de estratégias que proporcionem a cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde, contribuindo com a qualidade do cuidado prestado e proporcionando uma melhor valorização profissional (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE - REBRAENSP, 2013).

1.1 JUSTIFICATIVA

A queda é responsável pelo aumento do número de dias de hospitalização e pelo comprometimento nas condições de recuperação, além de gerar ansiedade na equipe de saúde, podendo trazer repercussões de ordem legal e na credibilidade para as instituições de saúde. Isso mostra que é um tópico importante que merece investigação, estudo e intervenção (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2014; SARGES; SANTOS; CHAVES, 2017).

Assim, este estudo busca por contribuir com uma etapa fundamental para a implantação eficaz do Projeto *Fall TIPS* no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), considerando a necessidade de aprimorar os processos de prevenção de quedas, em especial a compreensão do profissional de saúde, notadamente dos enfermeiros, acerca do seu papel no engajamento do paciente e acompanhantes na identificação dos riscos de queda, nas ações preventivas, e conseqüentemente na diminuição desse incidente, o qual traz muitas vezes conseqüências graves ao paciente e ao profissional de saúde.

Diante disso, a proposta de desenvolver um manual é a de contribuir com o engajamento do paciente em seu risco de queda e estruturar todas as informações para facilitar o acesso do profissional de enfermagem, além de incentivá-lo a realizar esta atividade.

Nesta perspectiva, para atingir o objetivo de elaborar o manual sobre estratégias de engajamento do paciente e seu acompanhante na identificação do risco e ações de prevenção de quedas em ambiente hospitalar, elaborou-se a

seguinte questão de norteadora: Como elaborar um manual de engajamento dos pacientes em seu risco de queda destinado a profissionais de saúde?

1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho foi elaborar um manual sobre estratégias de engajamento do paciente e seu acompanhante em programas de prevenção de queda.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Há mais de dois mil anos, assuntos que hoje estão relacionados à segurança do paciente já eram alvo de debates por vários estudiosos, filósofos e pensadores e, por meio deles, o tema se difundiu e tornou-se de conhecimento, o que contribuiu para o avanço da prática com enfoque na saúde e segurança do paciente (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2014).

Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, que viveu em período compreendido entre os séculos V a.C. e IV a.C., escreveu *in verbis*: “*Primum non nocere*”, que significa “Primeiro, não causar dano”, reforçando que já naquela época a segurança do paciente era vista como prioridade. Em 1855, durante a Guerra da Criméia, Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, mostrou-se preocupada com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, identificando como prioridade a segurança dos soldados; os dados de mortalidade das tropas britânicas comprovaram uma expressiva diminuição de óbitos entre os soldados internados (WACHTER, 2010).

Pode-se ressaltar uma das reflexões de Florence Nightingale, publicada em 1859, a qual reforça a sua preocupação com a assistência do paciente no ambiente hospitalar contida na frase: “pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente” (NIGHTINGALE, 1989).

No final do século passado, o médico libanês Avedis Donabedian, considerado o Pai da Qualidade no setor da saúde, definiu qualidade como “a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e ao menor custo”, enfatizando a tríade gestão de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1987). Estabeleceu sete atributos dos cuidados de saúde, quais sejam: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, que ajudaram a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 2003).

No entanto, o relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*), emitido pelo IOM em

1999, revelou que a ocorrência de eventos adversos (EAs) nos cuidados em saúde também refletem em prejuízo financeiros. Nos EUA, por exemplo, já foram gastos entre 17 e 29 bilhões de dólares ao ano, em decorrência desses eventos (INSTITUTE OF MEDICINE - COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2000).

Diante deste cenário, governos e organizações internacionais semobilizaram e iniciaram ações para apoiar as estratégias internacionais voltadas para a prevenção e mitigação de falhas no cuidado à saúde (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), que desenvolveu o Programa de Segurança do Paciente (*Patient Safety Program*), com o intuito de estimular a discussão do tema, desenvolver ações, difundir melhores práticas para aumentar a segurança dos pacientes e diminuir os riscos de eventos adversos, sendo o Brasil um dos signatários dessa aliança (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Esse Movimento para a Segurança do Paciente teve como intuito antecipar a ocorrência de erros, antes que causem danos aos pacientes nos serviços de saúde, substituindo a culpa e a vergonha por uma análise dos erros cometidos e identificação de possíveis falhas nos processos assistenciais para a sua melhoria, considerando que mesmo os profissionais mais dedicados e experientes estão sujeitos a riscos nas suas atividades, e que muitas falhas são resultantes de processos mal definidos e complexos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2011).

Essa Aliança tem também como objetivos: despertar a consciência voltada para a cultura da segurança; apoiar o compromisso político de todos os países no desenvolvimento de políticas e práticas voltadas para a melhoria da segurança do paciente em todo o mundo, lançando planos, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos; realizar iniciativas que garantam a segurança com base nas metas internacionais para a segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou uma parceria com a principal agência de acreditação em saúde, a Joint Commission International (JCI), que atua na melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados

prestados. Em 2006 emitiu as metas internacionais de segurança para serem implementadas nos hospitais, com o objetivo de melhorar seus processos assistenciais na área de segurança e qualidade, considerando a excelência nos cuidados (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Das 13 áreas de ação do Programa Segurança do Paciente, destaca-se a criação do Programa Pacientes pela Segurança dos Pacientes, que assegura que ele próprio seja o protagonista do movimento pela saúde e a participação ativa da família na melhoria da sua segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Segurança do paciente significa a diminuição de ações inseguras nos processos de assistência e o aumento de melhores técnicas, de maneira a conseguir os melhores resultados admissíveis para o paciente (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ, 2013). É considerada uma dimensão da qualidade da assistência, sendo definida pela OMS como redução dos riscos desnecessários relacionados à assistência de saúde em um mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a). A segurança do paciente é uma questão ética do cuidado de enfermagem, o qual deve promovê-la, cooperando na prevenção e diminuição da ocorrência de eventos adversos (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO - COREN/SP, 2011).

Os Eventos Adversos (EAs), definidos como injúrias não intencionais decorrentes do cuidado prestado aos pacientes que não estão relacionados à evolução natural da doença de base, ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados, prolongamento do tempo de internação ou óbito. Em média, 10% dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de EAs e destes, 50% poderiam ter sido evitados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Em 2012, no Brasil, a Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde lançou um projeto denominado Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde que, por meio de produção de materiais informativos/educativos, publicou prioridades a serem desenvolvidas para a segurança do paciente, com foco no envolvimento dele como elemento essencial para a qualidade assistencial (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Teve como objetivo oferecer ferramentas e informações no aprimoramento da qualidade do atendimento ao paciente em consultórios, procedimentos cirúrgicos, internações e exames clínicos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2020).

No ano de 2013, com o início do PNSP, instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde, houve um avanço na qualidade do cuidado na saúde brasileira nas instituições públicas, privadas, filantrópicas, civis ou militares, que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Para a implementação do PNSP nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde escolheu seis protocolos para serem adequados à realidade de cada instituição. Os protocolos criados foram (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a):

- I - identificar corretamente o paciente;
- II - melhorar a comunicação entre profissionais de saúde;
- III - melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- IV - assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos;
- V - higienizar as mãos para evitar infecções;
- VI - reduzir o risco de queda e úlceras por pressão.

O protocolo de prevenção de quedas, foco deste estudo, é regulamentado pela Portaria nº 2095, do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União de 24 de setembro de 2013 (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b), e tem como finalidade reduzir o dano e a ocorrência, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação desse risco no paciente e garantir o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, além de promover a educação do paciente, acompanhantes e também dos profissionais, visto que as quedas estão entre os principais eventos adversos preveníveis nas instituições de saúde (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ, 2013)

2.2 A QUEDA COMO EVENTO ADVERSO A SER PREVENIDO

O Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde, publicado no Brasil em 2015, evidenciou que, das falhas registradas durante a assistência à saúde (9.423), as quedas foram os eventos mais frequentemente notificados (3.600). Em relação aos fatores ambientais envolvidos na ocorrência de quedas, aponta que quedas envolvendo o mobiliário “cama” representaram 38,6% do total de notificações, e

28,8% ocorreram no banheiro. O motivo “perda (distúrbio) do equilíbrio” representou 54,8% das notificações; esse motivo pode estar relacionado a fatores intrínsecos do paciente, os quais devem ser identificados e, conseqüentemente, prevenidos (GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2017, 2018).

No período de janeiro a dezembro de 2017, dos 8.484 eventos notificados, 29,06% dos pacientes caíram da cama, e 27,25% sofreram quedas no banheiro; dos 438 óbitos notificados decorrentes de evento adverso relacionado à assistência à saúde, 26 foram devidos à queda do paciente (GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2018). Já em 2018, um dos incidentes mais frequentemente notificados foi a queda de paciente. Quanto ao número de quedas notificadas por local, observou-se que dos 11.372 eventos notificados, 3.115 pacientes caíram da cama (27,4%) e 3.097 sofreram quedas no banheiro (27,2%) (GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2019).

Já no período compreendido entre março de 2014 e junho de 2019, foram identificadas um total de 330.536 falhas na assistência em diferentes tipos de serviços. Destes, 36.452 se referiam à quedas, sendo o quarto tipo de incidente mais notificado (GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2019). Este relatório também tem registrados os motivos das quedas: perda do equilíbrio (13.111), escorregões (9.407), desmaio (2.038) e tropeço (1.175), de um total de 10.721 casos (GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2019).

Os dados apresentados referem-se à análise das notificações dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos estabelecimentos de saúde pertencentes ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), no Sistema Notivisa, módulo Assistência à Saúde, que se referem aos incidentes relacionados à assistência

(GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2018). Ao verificá-los, reforça-se a necessidade do uso sistemático de protocolos de segurança de queda do paciente, com o intuito de nortear e padronizar as condutas de avaliação de riscos para todos os pacientes, na admissão e durante a internação, mitigando danos (GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2018).

Em um estudo realizado em pacientes adultos hospitalizados nos EUA, evidenciou-se a ocorrência de 345.800 quedas, das quais 315.817 tiveram o grau de lesão registrado. Destas, 82.332 quedas resultaram em lesão (26,1%). A maioria das quedas foi classificada como ferimentos leves (85,6%). Cerca de uma em cada dez quedas com ferimentos resultaram em lesões moderadas (9,8%); menos de uma em cada vinte quedas com ferimentos foi classificada como grave (4,3%), e duas em cada mil quedas com ferimentos resultaram em morte (0,2%) (BOULDIN et al., 2013).

Sabe-se que a hospitalização contribui para o aumento do risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes diferentes daqueles de seu cotidiano e, muitas vezes, são portadores de doenças que predispõem à queda, como por exemplo demência e osteoporose. Também podem estar sendo submetidos a muitos procedimentos terapêuticos e a múltiplas prescrições de medicamentos, fatores que podem aumentar esse risco (DYKES et al., 2010).

De acordo com o fator causal do incidente, as quedas podem ser classificadas em três tipos (DYKES et al., 2018):

- Queda acidental: causada geralmente por fatores ambientais, é aquela que ocorre quando o paciente escorrega ou tropeça. Pode ser evitada por meio de precauções universais como, por exemplo, a manutenção dos caminhos livres, limpos e iluminados e uso de calçados adequados.
- Queda fisiológica antecipada: é uma queda previsível, causada por problemas ou comorbidades subjacentes. Ocorre quando o paciente apresenta sinais que indicam a probabilidade de cair e pode ser evitada com o engajamento do paciente e da família nas três etapas do processo de prevenção de queda.

- Queda fisiológica não antecipada: é uma queda imprevisível, causada por um problema médico ou fisiológico subjacente que não foi diagnosticado. Geralmente está associada à presença de convulsões, desmaios, fraturas de quadril, entre outras causas.

As quedas em pacientes hospitalizados são acarretadas por causas multifatoriais, dentre elas os fatores intrínsecos: aqueles associados às características do indivíduo, como a idade, o sexo e as condições clínicas do paciente. Os exemplos mais frequentes são a doença, uso de dispositivos, alteração na marcha, deficiência ocular, auditiva e cognitiva, mobilidade prejudicada e histórico anterior de quedas; e os fatores extrínsecos: relacionados às condições do ambiente hospitalar e a situações que envolvem a atenção à saúde pelo cuidador e equipe interdisciplinar. Os fatores mais comuns são interruptores fora do alcance, escadas, piso escorregadio, tapetes, iluminação imprópria e calçados inadequados (ALINE MOREIRA XIMENES et al., 2019; BITTENCOURT et al., 2017; REINIACK et al., 2017).

Ainda como fatores estão a idade avançada (principalmente acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural (MIAKE-LYE et al., 2013). Embora o risco de queda aumente à medida que o paciente envelhece, esse evento adverso é causado por complexa interação de fatores de risco biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconômicos (BOLDING; CORMAN, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Fatores como a idade, recuperação cirúrgica, hipertensão arterial, diabetes e câncer foram associados ao risco de quedas em pacientes adultos internados em fase pós-operatória, reforçando assim a queda como um evento de caráter multifatorial (MATA et al., 2017).

Um estudo recente sobre os fatores de risco em pacientes adultos hospitalizados, desenvolvido em Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica, apontou que a internação cirúrgica também apresentou classificação de risco elevado de queda para os pacientes cirúrgicos traumatológicos. Salientou que o procedimento cirúrgico notoriamente aumenta o risco de queda por afetar a mobilidade e também a memória do paciente, pelo uso de fármacos para sedação, controle da dor e outros, o que pode potencializar o risco de quedas (BITTENCOURT et al., 2017).

Entretanto, estudos apontam que são os pacientes admitidos em unidades clínicas que apresentam as maiores taxas de quedas. As características desses pacientes que podem estar associadas ao maior risco de queda são idade avançada, número de comorbidades elevado, maior complexidade nos cuidados prestados e tempo de internação prolongado. Os autores relatam ainda que a maioria das quedas ocorreram no período da noite (PRATES et al., 2014).

Assim, nota-se que os pacientes caem por vários motivos. Dykes e colaboradores relatam dados de um estudo que revelou seis razões principais pelas quais os pacientes podem cair (DYKES et al., 2009a):

- a. Informações inadequadas do paciente;
- b. Falta de acesso à informação;
- c. Falta de sinalização;
- d. Ambiente inseguro;
- e. Falta de trabalho em equipe e;
- f. Não envolver o paciente e a família.

Por sua vez, a Joint Commission cita três dos mais comuns fatores que contribuem para quedas de pacientes: avaliação inadequada; falhas de comunicação; e orientação inadequada da equipe (THE JOINT COMMISSION, 2015). Para que seja possível a classificação do grau de risco de quedas do paciente no ambiente hospitalar e a consequente definição das intervenções necessárias para evitar a ocorrência de quedas, são utilizadas escalas, como a de Morse (URBANETTO et al., 2013), a *St. Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)* (VIVEIRO; FERREIRA; POMPEU, 2019) e o Modelo de Risco de Queda Hendrich II (*HIIFRM*) (HENDRICH; BENDER; NYHUIS, 2003).

A escala de Morse (EQM) foi desenvolvida no Canadá por Janice M. Morse, em 1985, baseada em um estudo prospectivo. A escala é aplicada por meio de entrevistas com os pacientes e consulta dos processos clínicos para avaliação do risco de queda (MORSE; TYLKO; DIXON, 1987). É composta por seis critérios que abrangem os seguintes fatores de risco: histórico de ocorrência de queda anterior, diagnóstico médico secundário, necessidade de auxílio à deambulação, terapia endovenosa, marcha prejudicada e condições do estado mental (MORSE, 2008).

A STRATIFY foi criada na Inglaterra, em 1997, por David Oliver e seus colaboradores, e apresenta três fases. A primeira fase identifica as condições clínicas dos pacientes internados com 65 anos ou mais, na avaliação da

possibilidade da ocorrência de queda. Na segunda e terceira fases, usam-se a identificação das características dos pacientes para elaborar uma ferramenta de avaliação do risco e sua potencialidade na prevenção das quedas e inclui cinco itens: inconsciência/inquietação; instabilidade de marcha; ter histórico de quedas; micção frequente e defecção; a visão deficiente afetou a vida. O paciente que apresenta dois desses fatores de risco pertence ao grupo de alto risco de queda (HAN et al., 2017).

O Modelo de Risco de Queda Hendrich II (*HIIIFRM*) foi publicado em 2003 por Ann Hendrich e sua equipe, e inclui três itens: confusão / desorientação / impulsividade de comportamento; estado depressivo, tontura e vertigem; tomar medicamentos antiepilépticos, tomar benzodiazepínicos. Se a pontuação total da escala for ≥ 5 , os pacientes podem ser identificados no grupo de alto risco de queda (*HIIIFRM*) (HAN et al., 2017).

De modo geral, no caso de ocorrência, a queda deve ser notificada utilizando-se o sistema em uso no serviço de saúde, e o paciente deve ser avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreram permite a identificação dos fatores que contribuem para a ocorrência e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ, 2013).

2.3 ESTRATÉGIAS PARA ENGAJAMENTO DO PACIENTE

Com a finalidade de contribuir para a produção do manual de estratégias para o engajamento de pacientes e acompanhantes do programa de prevenção de quedas *Fall TIPS*, que vem sendo implantado no CHC-UFPR, foi realizada uma revisão narrativa que permitiu explorar o conhecimento, na literatura mundial, sobre a temática de engajamento do paciente, em relação a programas de segurança do paciente (ATALLAH; CASTRO, 1998). Para guiar o estudo, elaborou-se a seguinte questão: “Quais as estratégias de engajamento que os programas de segurança do paciente estão utilizando com os pacientes e família?”.

Para obtenção de informações científicas atualizadas relacionadas ao tema, foi realizada uma estratégia de busca e inserida no motor de inferência das bases de dados *PubMed*, *BVS*, *CINAHL*, *Web of Science* e *Scopus*, descrita no (QUADRO 1):

QUADRO 1 - ESTRATÉGIA DE BUSCA EM BASES DE DADOS

("Estratégias" OR "Strategies" OR "Estratégia" OR "Strategy") AND ("Participação do Paciente" OR "Patient Participation" OR "Participación del Paciente" OR "Participation, Patient" OR "Patient Involvement" OR "Involvement, Patient" OR "Patient Empowerment" OR "Empowerment, Patient" OR "Patient Participation Rates" OR "Participation Rate, Patient" OR "Participation Rates, Patient" OR "Patient Participation Rate" OR "Patient Activation" OR "Activation, Patient" OR "Patient Engagement" OR "Engagement, Patient") AND ("Patient Safety Program" OR "Patient Safety Programs" OR "Programa de Seguridad del Paciente" OR "Programas de Seguridad del Paciente" OR "Programa de Segurança do Paciente" OR "Programas de Segurança do Paciente" OR "Segurança do Paciente" OR "Patient Safety" OR "Seguridad del Paciente" OR "Patient Safeties" OR "Safeties, Patient" OR "Safety, Patient")

FONTE: A autora (2021).

Na seleção dos artigos foram definidos critérios para inclusão e exclusão de estudo: foram incluídos artigos acadêmicos disponíveis nos idiomas inglês, português (brasileiro) ou espanhol publicados entre os anos de 2015 e 2021 e foram excluídos artigos que não evidenciavam estratégias atualmente utilizadas para o engajamento do paciente nos programas de segurança do paciente.

Fylan e colaboradores (FYLAN et al., 2018) utilizaram entrevistas semiestruturadas como estratégias de engajamento do paciente, exploraram as experiências dos pacientes no gerenciamento de medicamentos após a alta e a melhor compreensão do papel proativo que eles podem desempenhar na gestão de medicamentos de forma mais segura, na transição dos cuidados para atenção primária. Assim, os pacientes se mostraram capazes de contribuir na segurança, alertando possíveis erros (FYLAN et al., 2018).

Oxelmark e colaboradores (OXELMARK et al., 2018) conduziram entrevistas semiestruturadas individuais, a fim de descrever as experiências dos enfermeiros em relação à participação dos pacientes nos cuidados de enfermagem, identificando as barreiras e facilitadores desta participação. Na análise, emergiram 5 elementos facilitadores (OXELMARK et al., 2018):

- a. Ouvir o paciente: é essencial para conhecê-lo e aos seus objetivos, compreendendo seus planos e preferências em relação ao cuidado;
- b. Adotar medidas que permitam que os pacientes perguntem, procurem conselhos e deem opinião, possibilitando que eles se envolvam em seus cuidados;
- c. Renunciar a algumas responsabilidades, de modo a possibilitar que o paciente se envolva em algumas tarefas e atividades geralmente

realizadas pelos enfermeiros, por exemplo a tomada de decisões, a arrumação do próprio leito etc.;

- d. Compartilhar informações voluntariamente com os pacientes, atualizando-os em relação aos seus planos e opções, de modo a compartilhar o poder (cuidado) com o paciente;
- e. Estabelecer parceria com o paciente, descrito pelos enfermeiros como direito do paciente, para o quê a equipe de saúde deve percebê-lo como alguém que entende as próprias condições de saúde-doença.

Destaca-se, entre os elementos facilitadores, o fato de a equipe representar uma atitude centrada na pessoa, envolvendo os pacientes nos cuidados, permitindo que eles contem suas histórias. Ainda, que as famílias devem ser consideradas como um recurso em potencial para promover a participação do paciente, devido à intimidade com ele; por outro lado, alguns participantes revelaram atitudes paternalistas de famílias com seus membros, o que pode dificultar sua participação (OXELMARK et al., 2018).

Tomlinson e colaboradores (TOMLINSON et al., 2020) investigaram as opiniões, sentimentos e perspectivas dos participantes em relação à gestão de medicações e exploraram as experiências de pacientes mais velhos e seus acompanhantes no manejo dos medicamentos após alta. Os participantes destacaram estratégias para a gestão de medicações, como a marcação no calendário quando as doses deveriam ser alteradas, criação de listas de verificação, uso de folhetos de medicamentos e educação do paciente para conciliar medicamentos antigos e novos (TOMLINSON et al., 2020).

Já o estudo de Tobiano, Marshall e Chaboyer (TOBIANO; MARSHALL; CHABOYER, 2021) explorou a percepção de pacientes e enfermeiros quanto a não participação dos pacientes nos cuidados, e reforçou a importância da participação, para que seja efetivado o cuidado centrado no paciente. Um aspecto salientado pelos autores é o fato de que os pacientes até buscam contribuir no plano de cuidados, no entanto, dificuldades na comunicação com os enfermeiros impactam negativamente nessa participação (TOBIANO; MARSHALL; CHABOYER, 2021).

No estudo de Serrano-Ripoll e colaboradores (SERRANO-RIPOLL et al., 2020), os autores defendem que uma melhoria no feedback para o paciente pode representar uma ferramenta útil para maior segurança dele na APS pelo aumento de capacidade da compreensão quanto as ameaças à sua segurança, motivando-o

para iniciar e manter atividades de apoio ao paciente. Instrumentos que motivem o paciente a expor suas experiências em relação a cuidados seguros podem contribuir para identificação de temas a serem abordados pela equipe multiprofissional em ações de educação em saúde, voltadas a riscos potenciais e medidas preventivas (SERRANO-RIPOLL et al., 2020).

Harrison e colaboradores (HARRISON et al., 2020) descrevem o uso de estratégias para superação das barreiras de linguagem no cuidado a pacientes estrangeiros, para o que foram sugeridas melhorias na comunicação entre a equipe e os pacientes a partir da garantia da presença de intérpretes, e pelo uso de aplicativos para tradução.

Cho e Lee (CHO; LEE, 2021) descrevem o uso de um aplicativo para smartphone que inclui aprendizagem de conteúdo sobre a participação dos pacientes na prevenção de infecções adquiridas em hospitais e eventos adversos relacionados à cirurgia durante a hospitalização. Já Russ e colaboradores (RUSS et al., 2020) relatam que o uso do aplicativo *MySurgery* permitiu maior envolvimento do paciente e melhoria nas tomadas de decisão, estimulou o autocuidado, especialmente após a cirurgia, com os cuidados relacionados à higiene, feridas, nutrição, e promoveu a confiança, proporcionando uma sensação de segurança, reduzindo a ansiedade e preocupações relacionadas aos cuidados. Ong e colaboradores (ONG et al., 2021) descrevem a comparação entre o uso do aplicativo *eKidneyCare* e do aplicativo *MyMedRec*, por pacientes de alto risco e com doença renal crônica, para a revisão da medicação relacionada a problemas de conciliação e intervenção precoce dos medicamentos, indicando uma redução significativa da gravidade das discrepâncias e erros de medicação.

Já Lavalley e colaboradores (LAVALLEY et al., 2020) descrevem o desenvolvimento de uma comunidade e Equipe de Aconselhamento ao Paciente (CPAT), composta por conselheiros do paciente e da família, pesquisadores e membros da equipe de atendimento, que desenvolveram materiais para apoiar o paciente e o envolvimento da família nos processos de cuidado. Os autores reforçam que envolver membros da comunidade como parceiros no trabalho de condução dos cuidados com os pacientes contribui para uma abordagem eficaz e direta das lacunas do atendimento.

Destaca-se o programa Pacientes para a Segurança do Paciente, formado por um Grupo Consultivo composto por pacientes e com o Secretariado baseado na

OMS, que oferece suporte a uma rede global que reúne pacientes, famílias, cuidadores, profissionais e decisores políticos, trabalhando em parceria para envolver e capacitar os pacientes para a segurança dos cuidados de saúde. O programa utiliza o compartilhamento da experiência e conhecimento do paciente como uma ferramenta de aprendizado para a promoção da liderança do paciente e envolvimento na segurança dele em todos os níveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O estudo conduzido por Choi, Kim e Kim (CHOI; KIM; KIM, 2021) abordam o uso de duas ferramentas para identificar a experiência da Centralidade do Paciente (CP) e a Percepção na Segurança do Paciente (PSP) dos internados e investigar os efeitos da CP na PSP. A CP foi avaliada por meio da ferramenta Avaliação da Centralização do Paciente por 24 itens da escala de avaliação da centralidade no paciente, medindo sete subfatores: serviço de enfermagem; serviço médico; processo geral de tratamento; ambiente hospitalar; garantia de direitos; tratamento justo; e avaliação geral. A PSP foi avaliada usando a versão coreana intitulada Escala de Percepção de Segurança do Paciente, que inclui 24 itens medindo três subfatores: atividades para garantir a segurança; prática de segurança do paciente; e confiança no sistema médico. O estudo mostrou que a centralidade no paciente influenciou a percepção de segurança do paciente.

Já Radecki e colaboradores (RADECKI et al., 2020) abordam a elaboração de uma ferramenta específica para prevenção de quedas e engajamento dos pacientes hospitalizados, a partir do modelo de coprodução do cuidado. Salientam que o engajamento do paciente como um participante ativo nos cuidados podem melhorar o plano de segurança contra quedas e, conseqüentemente, melhorar o atendimento.

A coprodução de cuidados orientados para a segurança do paciente é considerada um recurso importante para os avanços da segurança do paciente. Os pacientes, ao fornecerem informações que retratam suas experiências com os cuidados vivenciados, contribuem para a melhoria na sua segurança (CARON, 2019; COSTA et al., 2020). O comportamento participativo do paciente é uma grande oportunidade a ser explorada pelos serviços de saúde, por meio da pesquisa da experiência dos pacientes como coprodutores, o que contribui para melhorias no processo de gestão. Ainda, o processo de coprodução pode trazer maior eficácia

durante e após o tratamento, assim como para a organização e para a qualidade do serviço prestado (CARON, 2019).

2.4 ENGAJAMENTO DO PACIENTE E O *FALL TIPS*

O *Fall TIPS* é uma intervenção de prevenção de queda baseada em evidências, que fornece suporte clínico para envolver os pacientes e acompanhantes no processo de prevenção de quedas (DUCKWORTH et al., 2019).

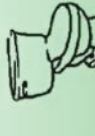
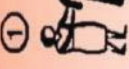
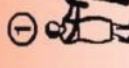
Nas pesquisas que levaram ao desenvolvimento do *Fall TIPS*, descobriu-se que, por mais que os enfermeiros avaliassem rotineiramente o risco de quedas dos pacientes, a comunicação relacionada ao risco de queda e o plano de prevenção de quedas aos pacientes eram inconsistentes. Foi identificado também que a percepção dos enfermeiros e cuidadores sobre placas de “alto risco de queda” penduradas nos quartos dos pacientes para alertar os cuidadores sobre o risco não tinham utilidade. E que, mesmo quando existia um plano de prevenção de quedas registrado no prontuário do paciente, muitas vezes este não se encontrava disponível para todos os cuidadores e aos pacientes à beira do leito. Os planos de cuidados e de prevenção de quedas dos pacientes não estavam disponíveis nem para a enfermagem, nem para os acompanhantes, sendo estes os que geralmente passam o maior tempo com os pacientes, mas que não sabiam auxiliá-los nas atividades rotineiras, como, por exemplo, cuidados necessários para ir ao banheiro (DYKES et al., 2009b).

Assim, foi elaborado um kit de ferramentas (Fall Prevention Toolkit - FPTK) (ZUYEV et al., 2011), baseadas em evidências de melhores práticas para prevenção de quedas (DYKES; HURLEY, 2021). Seu objetivo é promover a comunicação efetiva do risco de queda e intervenções personalizadas, de maneira acessível e acionável pela equipe, pacientes e acompanhantes (KATSULIS et al., 2016).

Durante a elaboração do FPTK, a equipe de pesquisa do *Fall TIPS* optou pelo uso de ícones como um meio de simplificar e padronizar a comunicação entre todos os atores envolvidos na prevenção de quedas. Os ícones foram incorporados nas ferramentas e validados (HURLEY et al., 2009) para otimizar a comunicação, que se encontrava inadequada e deixava incompleta a compreensão sobre o risco de queda e do plano de prevenção de queda para cada paciente em risco (DYKES et al., 2010).

Desta forma, a equipe desenvolveu então uma versão em pôster laminado do *Fall TIPS* (FIGURA 1), em colaboração com uma equipe multidisciplinar. Esse pôster laminado fornece suporte à decisão clínica à beira do leito, vinculando o risco de queda de cada paciente à avaliação com intervenções baseadas em evidências, para que seja preenchida junto com os pacientes/acompanhantes (DYKES et al., 2018). Trata-se de impressão de uma folha plastificada colocada próxima ao leito do paciente, a qual exibe ícones representando riscos e intervenções personalizadas, para que a enfermagem e outras pessoas tenham um alerta visual de orientações de cuidados com o paciente (ZUYEV et al., 2011). O documento do plano de cuidados foi desenvolvido para auxiliar a equipe multiprofissional no cuidado diário de seus pacientes. Os riscos do paciente com suas intervenções associadas foram listados no plano de cuidados, juntamente com os mesmos ícones exibidos no pôster beira leito (ZUYEV et al., 2011).

FIGURA 1 - POSTER LAMINADO DO FALL TIPS

Nome do Paciente : _____		Data: _____	
		Intervenções relacionadas à queda <i>(seleção com um círculo baseado na cor)</i>	
Risco aumentado de lesão se você cair ☐		Dispositivos para deambulação  Muletas  Bengalas  Andador	
Risco de queda <i>(assinalar todas que se aplicarem)</i>		Horário para uso do banheiro: Cada ____ horas	
História de queda ☐		Comunicação queda recente e/ou risco de lesão  	
Efeitos colaterais de medicamentos ☐		Assistência com Medicação Intravenosa ao deambular 	
Dispositivos para deambulação ☐		Comadre  Auxílio com a cadeira para banho  Auxílio no Banheiro 	
Suporte para soro ou equipamento ☐		Alarme do leito ligado 	
Marcha Instável ☐		Auxílio para sair do leito ①  1 pessoa  2 pessoas	
Pode esquecer ou escolher não chamar ☐		Reposou no leito  do not alter without written permission.	

FONTE: Adaptado de DYKES (DYKES et al., 2018) como parte de um manuscrito em preparação coordenado por GONÇALVES, L. S.

O programa *Fall TIPS* pode ser adaptado de acordo com a infraestrutura de cada hospital, quer seja somente pelo uso do pôster laminado ou pelo uso de monitores nos leitos e nos postos de enfermagem. O importante é integrar as evidências de prevenção de quedas na prática assistencial, lembrando que não há diferença clínica significativa na capacidade de envolver os pacientes entre o uso das ferramentas, quer estejam informatizadas ou não (DUCKWORTH et al., 2019).

Estudos também revelaram que pacientes mais jovens não acreditavam que estavam em risco de quedas no hospital, especialmente aqueles que eram independentes. Os pesquisadores concluíram que, se os pacientes fossem incluídos na avaliação de risco e no desenvolvimento de seus planos de prevenção, eles estariam mais propensos a acreditar que correriam o risco de quedas no hospital e seria mais provável que seguissem seu plano de prevenção. Os resultados então sugeriram que envolver os pacientes no processo de prevenção de quedas é importante porque esta prática simples é associada a menos quedas entre os pacientes mais jovens e substancialmente menos lesões são relacionadas a quedas entre os pacientes idosos, aqueles em maior risco de lesão. As ferramentas tecnológicas e de baixa tecnologia facilitam o engajamento do paciente no plano de prevenção de quedas e esse engajamento em 3 etapas resulta em uma parceria entre o paciente e a equipe de atendimento, bem como fortalece a intervenção do FPTK (DYKES et al., 2020), a saber:

Etapa 1: triagem de risco de queda e avaliação

A primeira etapa inicia-se logo no primeiro momento em que o paciente é internado no hospital; a triagem de risco de queda deve ser feita a cada admissão de paciente e a cada mudança de estado, utilizando a Escala de Morse (DYKES et al., 2018).

Etapa 2: prevenção de queda personalizada e planejamento de cuidado

Na segunda etapa é iniciado o planejamento de cuidados preventivos ao risco de queda, sendo adaptado à necessidade de cada paciente. Nesta etapa, é fundamental o engajamento dos profissionais de saúde junto ao

paciente e acompanhantes, para a identificação e gerenciamento dos riscos de queda, incluindo-os no planejamento das medidas de prevenção a serem realizadas. O processo implica no preenchimento do pôster laminado, usado como recurso educativo para os pacientes e acompanhantes, sendo possível visualizar e identificar no referido pôster as limitações e cuidados necessários para evitar a queda (DYKES et al., 2018).

Etapa 3: Execução do plano de prevenção de queda

A terceira e última etapa é a implementação consistente do plano de prevenção de quedas desenvolvido na etapa anterior, o que requer comunicação dos fatores do risco de queda, com planejamento para toda a equipe de saúde, família e acompanhantes. A equipe de saúde reforça o plano junto com o paciente e comunica qualquer mudança do risco de quedas, fazendo uma reavaliação do paciente e atualizando o plano conforme necessário (DYKES et al., 2018).

O FPTK mudou o paradigma de prática existente entre a avaliação de risco de queda e intervenções personalizadas e melhorou a comunicação, cujas falhas constituem a principal causa de quedas de pacientes em hospitais. Pesquisas mostraram que o engajamento do paciente é o ponto crucial para diminuir as taxas de quedas hospitalares e que pelo menos 80% de adesão ao protocolo *Fall TIPS* é clinicamente significativo (DYKES et al., 2017). Esse kit foi a primeira intervenção a demonstrar uma redução significativa nas quedas de pacientes em hospitais de cuidados críticos (KATSULIS et al., 2016).

O *Fall TIPS* foi testado em quatro hospitais, em mais de 10.000 pacientes. Um estudo randomizado demonstrou que o *Fall TIPS* reduziu significativamente as quedas e foi particularmente eficaz com pacientes idosos com maior risco de queda (DYKES et al., 2010). É usado em mais de 200 hospitais nos EUA e ao redor do mundo, apoiado por mais de uma década de pesquisa, e descrito em mais de 20 manuscritos revisados por pares (www.FallTIPS.org/resources/publicações). Todas as ferramentas estão disponíveis gratuitamente online em www.FallTIPS.org (DYKES; HURLEY, 2021).

2.5 ELABORAÇÃO DE MANUAL

Na realização da pesquisa, optou-se pelo desenvolvimento de um manual digital, que pode ser definido como um recurso utilizado para reunir, de modo organizado, o conjunto de normas e procedimentos, funções, atividades, políticas, objetivos, instruções e orientações técnico-administrativas estabelecidas para a execução de determinadas ações, bem como outras informações significativas para o adequado, eficiente e eficaz desenvolvimento do trabalho a ser executado individualmente ou em equipe (SILVINO, 2018).

O manual digital é um produto de multimídia, que estimula a aprendizagem através de atividades interativas e dinâmicas, permite rever e consolidar conceitos, pode ser utilizado em vários contextos e não apresenta a necessidade de acesso à internet, o que permite ao profissional aprender no seu ritmo e de forma criativa (MARQUES, 2014). Em muitos casos, podem também ser descarregados em formato “.pdf” (*Portable Document Format*), para consulta *offline*. Esta interatividade é precisamente um dos aspectos mais interessantes dos manuais digitais, uma vez que, além de contribuir para uma participação ativa e reflexiva de quem os lê, permite consolidar e rever aprendizagens e conteúdos (MARQUES, 2014).

O uso de manual educativo para a enfermagem contribui grandemente para o esclarecimento de dúvidas, facilita e uniformiza as orientações nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, ajudando na diminuição de agravos ocasionados pelo déficit de conhecimento e informação ao assunto abordado (PADILHA et al., 2018).

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva e de produção tecnológica. O método qualitativo é definido como “aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem” (MINAYO, 2014, p. 47).

A pesquisa exploratória buscou esclarecer, modificar conceitos ou ideias a respeito de um determinado fato, bem como explicitar o problema a ser pesquisado, considerando hipóteses. Esse método de pesquisa proporciona mais familiaridade com o tema, tornando-o mais evidente por meio da exploração de diversos fatos relacionados ao problema (GIL, 2010).

Por sua vez, a pesquisa descritiva descreveu as características da população, fenômeno ou grupo estudado, por meio da obtenção sistemática de dados e informações sobre o tema, com a utilização de técnicas padronizadas, tais como questionários e a observação sistêmica (GIL, 2010). Na pesquisa descritiva realizam-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico, com a finalidade de observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem a interferência do pesquisador, que deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno ocorre ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional (NUNES; NASCIMENTO; ALENCAR, 2016).

Foi desenvolvida a produção de tecnologia, a qual envolveu a aplicação do conhecimento técnico e científico através de sua transformação no uso de ferramentas, processos e instrumentos criados a partir deste conhecimento. São exemplos de tecnologia: instrumentos, equipamentos, métodos, ou processo de construção e trabalhos (SANTOS; FROTA; MARTINS, 2016).

A tecnologia pode ser apresentada em duas categorias: a de produto, cujo resultado é componente tangível e de fácil identificação, como por exemplo equipamentos, instalações físicas, ferramentas; e a de processo, a qual inclui as técnicas, métodos e procedimentos que são utilizados para se construir um determinado produto, sendo utilizada a categoria de processo para a construção do manual da dissertação apresentada (NIETSCHE et al., 2012).

A utilização das tecnologias trouxe mudanças nas formas de ensinar, aprender e cuidar, portanto, observa-se a importância do desenvolvimento de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), com o intuito de colaborar na aprendizagem e na atualização de conhecimentos (BARROS et al., 2019).

O desenvolvimento de um produto tecnológico é constituída de duas fases. A primeira é relacionada à coleta dos conhecimentos científicos sobre determinado assunto, a qual foi realizada nas entrevistas com pacientes que sofreram quedas. Na segunda fase, configurou-se a materialização do produto esperado, o manual, conjunto de conhecimentos disponíveis e os gerados com a aplicação de procedimentos científicos (OLIVEIRA, 2019).

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O projeto de pesquisa *Difusão e adoção do programa Fall Tailoring Interventions for Patient Safety - Fall TIPS*, ao qual a presente dissertação está vinculada, foi realizado em parceria com o Setor de Vigilância e Segurança do Paciente (SEVISP) e a Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA) do Complexo Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR), constituído pelo Hospital de Clínicas e pela Maternidade Victor Ferreira do Amaral, localizados em Curitiba, capital do estado do Paraná. A saber sobre o CHC/UFPR:

O Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR/Ebserh, constituído pelo Hospital de Clínicas (HC) e pelo Hospital Vitor do Amaral (HVA), é um órgão Suplementar da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e que faz parte da rede Ebserh de hospitais universitários federais. Pelo grande número de atividades desenvolvidas é considerado o maior programa de extensão universitária no âmbito da UFPR, sendo a parte mais visível da Universidade para a comunidade. [...] O CHC-UFPR/Ebserh é denominado como hospital terciário, ou seja, possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos de alta complexidade e consultas especializadas, realizando procedimentos cirúrgicos e exames diagnósticos avançados. 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 (BRASIL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2021).

3.2 COLETA DE DADOS

Para a realização das entrevistas, foi utilizado um instrumento semiestruturado (APÊNDICE 1), uma das ferramentas do kit de ferramentas *Fall TIPS*, que foi traduzido e validado transculturalmente. O instrumento possui um roteiro previamente elaborado, com perguntas abertas para coleta de informações e interação com entrevistado. Minayo (MINAYO, 2010) define entrevistas como:

uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas. Essa pode ser definida como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e por meio de perguntas formuladas busca a obtenção dos dados que lhe interessam. É uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo. (MINAYO, 2010, p. 261).

O instrumento de pesquisa utilizado era composto de informações gerais, introdução e quatro tópicos sobre a relação do paciente com a queda e dados demográficos (sexo, idade etc) e demais tópicos: 1.Informações de base; 2.Riscos de Queda; 3.Prevenção de quedas; e 4.Intervenções relacionadas à queda. Nesse estudo especificamente foi dada ênfase aos tópicos 1 e 2.

Nas informações gerais foram registrados a data, horário da entrevista e se a entrevista seria realizada com o paciente ou o acompanhante.

Na introdução estavam descritos os objetivos da pesquisa e questionado ao participante se ele permitia a gravação da entrevista para posterior transcrição e análise das respostas.

No tópico 1 as perguntas tinham foco em fazer o participante relatar sobre sua experiência e conhecimento relacionados a queda, por exemplo: o local de sua queda; se sofreu alguma lesão na queda; se tinham medo de cair no ambiente hospitalar; e o que hoje o paciente faz para prevenir sua queda; e o como era o envolvimento dos acompanhantes na prevenção.

No tópico 2 foram propostas perguntas que sondavam a percepção do participante sobre o conhecimento que a equipe de enfermagem tinha sobre os riscos de queda. Por exemplo: se recebeu orientações da equipe sobre seu risco; e se a família foi envolvida nesse processo. Além disso, foi explicado ao participante que a equipe de enfermagem faz o preenchimento de um formulário de risco de quedas. Em seguida, o participante foi questionado se teria disponibilidade de participar dessa avaliação.

Os dados da pesquisa foram coletados no período de novembro a dezembro de 2020 por um grupo de pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná (UFPR), que fazem parte do Grupo de pesquisa do programa *Fall TIPS* brasileiro. As entrevistas foram realizadas por meio de ligações pelo aplicativo WhatsApp, com o intuito de atender as exigências sanitárias relacionadas a pandemia Covid-19 no momento. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos e foram gravadas por meio do software livre *Audacity* de edição digital, para sua posterior transcrição na íntegra.

Para organização dos dados coletados, optou-se pelo uso do software Atlas Ti 9, que facilitou a estruturação dos dados levantados do instrumento, a análise e apresentação dos resultados. O software contribuiu também para a identificação de fatos que possivelmente não seriam detectáveis na simples leitura e tratamento dos dados de forma manual (QUEIROZ; CAVALCANTE, 2011).

3.3 PARTICIPANTES

Para identificação dos participantes em potencial (pacientes que vivenciaram o evento adverso queda durante a sua internação, e seus acompanhantes), foi realizada uma busca das notificações das quedas no Sistema de Vigilância Hospitalar (Vigihosp) do CHC/UFPR, nos anos de 2017 a 2019.

Foram identificados inicialmente 154 registros de notificações de queda de pacientes. Após uma verificação da informação de óbito no sistema de informações do hospital e uma verificação de pacientes com cadastro de CPF ativo, chegou-se a um total de 109 pacientes.

Assim, foram definidos os seguintes critérios de inclusão dos participantes das entrevistas: ser paciente com histórico de queda ou ser acompanhante que estava presente no momento da queda, no Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (CHC-UFPR) entre os anos de 2017 a 2019, que apresentasse a queda notificada pelo VIGIHOSP do CHC/UFPR, e que aceitasse participar do estudo de forma voluntária, mediante a ciência eletrônica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

Foram considerados inelegíveis, e portanto, não incluídos no estudo, os pacientes e seus acompanhantes menores de 18 anos, que não recordassem do episódio da queda e que não foram localizados por contato telefônico, ou acompanhantes que não estivessem presentes no momento da queda.

Após a definição dos critérios de inclusão e exclusão, as pesquisadoras do Grupo *Fall TIPS* realizaram ligações telefônicas para os 109 participantes para um primeiro contato, o qual teve como objetivo explicar a pesquisa e expor o convite à participação nela, em data e hora acordada entre os participantes e os pesquisadores. Ainda nesta ligação telefônica, foi explicado sobre o TCLE, o qual foi enviado via aplicativo WhatsApp, após a aceitação do paciente em participar, para sua leitura e registro de sua ciência e aceite, via formulário eletrônico. Dentre os 109 pacientes/acompanhantes contatados, chegou-se a uma amostra de 20 participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa, sendo composto por 14 pacientes que sofreram a queda no ambiente hospitalar e 6 acompanhantes.

Estiveram entre os principais motivos que levaram os demais a não participarem da pesquisa: telefones desatualizados, tentativas de ligação sem sucesso e relatos dos pacientes e acompanhantes que não recordavam acerca da queda dentro do ambiente hospitalar.

3.4 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Os dados foram interpretados a partir da Análise de Conteúdo, conforme Bardin (MENDES; MISKULIN, 2017). Esta análise, segundo a autora, obedece a um conjunto de instrumentos metodológicos que sofrem aperfeiçoamento contínuo, empregados a discursos dos mais diversos, possuindo como função principal o desvendar crítico (BARDIN, 2016).

De acordo com Mendes e Miskulin (MENDES; MISKULIN, 2017), a análise de conteúdo de Bardin compreende três fases:

- a. A pré-análise, em que se dá a organização dos dados que constituirão o corpus a ser analisado, como um conjunto de documentos que serão submetidos à análise da pesquisa;
- b. A exploração do material, na qual é realizada a codificação e utilização do critério semântico (significativo), levando à construção de categorias temáticas;
- c. O tratamento dos resultados a partir da inferência e interpretação, no qual se configura uma etapa de reflexão, intuição, com embasamento nos materiais empíricos em que há o confronto entre o conhecimento acumulado e o adquirido.

Na pré-análise, foi realizada a organização das entrevistas transcritas manualmente, de acordo com características dos pacientes como nome, idade, sexo, local da queda, e para que fosse garantida a confidencialidade durante a pesquisa, os pacientes foram identificados como E1, E2, E3...E20. Na fase dois, as entrevistas foram inseridas no software Atlas TI9, para a codificação das unidades de registros relevantes, relacionados ao evento da queda. Foram criados códigos de análise do tema e inseridas as palavras relacionadas aos códigos definidos, realizando-se posteriormente a codificação automática. Após a organização de todo material codificado, este foi transferido para o Word, tendo como intuito identificar e facilitar a análise das categorias pré-definidas.

Na terceira fase, realizou-se a categorização do material codificado e a interpretação dos resultados obtidos, surgindo três categorias que abordaram sobre as dificuldades do paciente em sua percepção no seu risco de queda, sobre o medo do paciente relacionado à queda e a relação da equipe no suporte ao engajamento

do paciente. As categorias definidas estão descritas nos resultados dessa dissertação.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram seguidas as exigências éticas e científicas da Resolução nº 466/2012 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi considerado que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, podendo ser ele imediato ou tardio. No caso desta pesquisa, o risco foi considerado mínimo, podendo o participante desistir a qualquer momento da pesquisa, caso se sentisse constrangido, não sofrendo prejuízo algum diante da decisão (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

As informações obtidas neste estudo, bem como a coleta de dados e as análises ficaram sob responsabilidade da pesquisadora, e foram asseguradas a confidencialidade, privacidade, proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa. Em hipótese alguma os sujeitos da pesquisa tiveram suas identidades reveladas, e foi garantido o sigilo absoluto durante todo o processo (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Para garantia do anonimato dos participantes, foi empregada a letra E para identificar pacientes ou acompanhantes participantes, seguida do número que representa a sequência da ordem de realização da entrevista. Se fosse percebido algum risco ou dano à saúde do sujeito participante, não previsto no TCLE, a pesquisa seria suspensa imediatamente e o fato comunicado ao Comitê de Ética em Pesquisa e para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CHC/UFPR sob parecer número CAAE: 25637519.8.0000.0096 (ANEXO 1).

3.6 PRODUÇÃO DO MANUAL

Os dados da pesquisa qualitativa descritiva exploratória e da revisão de literatura embasaram a construção do produto desta dissertação: a elaboração de um manual de orientações aos profissionais de saúde sobre estratégias de

engajamento do paciente e acompanhante na identificação do risco de queda e sua prevenção.

O manual foi construído a partir das informações levantadas nas entrevistas realizadas com pacientes que tiveram a experiência de queda e com acompanhantes que vivenciaram a queda do paciente durante a hospitalização. Também teve como base uma revisão narrativa, que trouxe dados sobre as estratégias atuais de engajamento de pacientes em programas de segurança.

Para a construção do manual, foi utilizado o formato de manual digital em dispositivos móveis, por ser uma forma inovadora e com potencial para desenvolvimento da sua utilização como ferramenta de aprendizado (LAGARTO; MARQUES, 2015), posto que atualmente os dispositivos móveis fazem parte do dia a dia. Carvalho (CARVALHO, 2015) refere que o fato de termos um *smartphone* ou um *tablet* sempre à mão permite aprender em qualquer lugar e a qualquer hora.

O manual de instruções especializadas reúne normas e instruções de aplicação específica a determinada tarefa, e os elementos pré-textuais devem ter linguagem acessível aos profissionais de saúde desde a capa, organização, colaboradores e sumário, seguidos pelos elementos textuais (CHRIZOSTIMO; SANTOS, 2018).

Após a realização da revisão narrativa da literatura sobre as estratégias atualmente utilizadas no engajamento do paciente em programas de segurança do paciente e das entrevistas sobre a percepção das experiências dos pacientes que sofreram quedas durante sua internação, definiu-se o conteúdo do Manual.

Para sua estruturação, foi necessária a composição básica de alguns itens, como capa, apresentação, sumário, introdução, conteúdo e referências (SILVINO, 2018). Os tópicos foram diagramados com figuras, formas e textos. O manual foi desenvolvido em tamanho de papel A5 e dimensões 148 x 210 mm, em formato PDF e em formato digital, totalizando 26 páginas. As estratégias evidenciadas descritas no manual foram divididas em 4 capítulos, sendo elas:

- a. Comunicação profissional - pacientes/acompanhantes como estratégia no engajamento do paciente na identificação e manejo do risco de queda;
- b. Envolvimento da família como estratégia de engajamento na identificação e manejo do risco de queda;
- c. O cuidado centrado no paciente como estratégia no engajamento do paciente na identificação e manejo do risco de queda;

- d. O uso de tecnologias como estratégia no engajamento do paciente na identificação e manejo do risco de queda.

As ilustrações e diagramações foram realizadas por uma equipe de profissionais de design, que receberam orientações necessárias com relação ao tema a ser abordado, o público-alvo, número de páginas, definição das cores, dos ícones e das letras. A equipe realizou o primeiro esboço das páginas e encaminhou para aprovação da pesquisadora e para as colaboradoras que contribuíram na construção do manual. Após essa avaliação, foram realizadas correções e mudanças solicitadas, e esse processo continuará com a participação do grupo de pesquisadores *Fall TIPS* até sua aprovação final.

Destaca-se que a etapa de validação de conteúdo e de aparência do manual está prevista para ser realizada como parte de um outro subprojeto afiliado ao projeto “Difusão e adoção do programa *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety Fall TIPS*”, antes da sua divulgação para o público-alvo.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos nas entrevistas com pacientes e acompanhantes que tiveram a experiência de queda durante a hospitalização, a fim de levantar as suas percepções sobre o incidente, o processo de identificação dorisco e o estabelecimento de ações preventivas.

Participaram do estudo 14 pacientes, que relataram a queda no ambiente hospitalar durante a internação, e 6 acompanhantes, que estavam com o paciente no momento da ocorrência. Quanto à idade dos pacientes que sofreram a queda, 10 (50%) tinham 60 anos ou mais; 7 (35%) encontravam-se entre 30 e 59 anos; 2 (10%) tinham idade entre 20 e 29 anos; e 1 (5%) era criança. Em relação ao sexo, 11 (55%) eram do sexo masculino e 9 (45%) do sexo feminino.

Dos 20 pacientes que sofreram a queda, 11 (55%) relataram que caíram no banheiro, sendo que 2 (10%) apresentaram mais de uma queda; 3 (15%) relataram queda do leito e 6 (20%) caíram em locais diversos, como consultório, durante a sessão de fisioterapia, no quarto e o registro da ocorrência de uma criança de dois anos, que caiu do colo da mãe.

Foi também identificado que 8 (40%) dos entrevistados relataram danos físicos na queda, sendo que 6 (75%) desses episódios ocorreram no banheiro.

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA

<i>Identificação</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade ^a</i>	<i>Local da queda</i>
E1	Feminino	58 anos	Banheiro
E2	Masculino	37 anos	Banheiro e corredor
E4	Feminino	65 anos	Leito
E5	Feminino	30 anos	Banheiro
E6	Feminino	38 anos	Banheiro
E7	Masculino	23 anos	Banheiro
E9	Feminino	71 anos	Quarto
E10	Masculino	62 anos	Consultório
E11	Masculino	70 anos	Quarto
E13	Feminino	62 anos	Cadeira e banheiro
E14	Masculino	53 anos	Fisioterapia
E15	Masculino	50 anos	Banheiro
E17	Feminino	64 anos	Banheiro
E18	Masculino	28 anos	Banheiro

a) A média de idade foi de 51 anos. FONTE: A autora (2021).

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA

<i>Identificação</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade do acompanhante^a</i>	<i>Idade do paciente^b</i>	<i>Sexo do paciente</i>	<i>Local da queda</i>
E3	Feminino	50 anos	50 anos	Masculino	Leito
E8	Feminino	42 anos	87 anos	Feminino	Escada
E12	Feminino	37 anos	2 anos	Masculino	Colo
E16	Feminino	19 anos	83 anos	Masculino	Banheiro
E19	Feminino	45 anos	74 anos	Feminino	Leito
E20	Feminino	43 anos	82 anos	Masculino	Banheiro

a) A média de idade dos acompanhantes foi de 39 anos. b) A média de idade dos pacientes acompanhados foi de 63 anos. FONTE: A autora (2021).

A partir da análise das entrevistas com os pacientes e/ou acompanhantes, emergiram três categorias: “a gente não sabia: dificuldades e inquietações na percepção dos riscos”; “medo e insegurança: o manejo emocional como ferramenta da clínica”; e “relação da equipe de saúde com os acompanhantes como ferramenta de suporte ao engajamento do paciente”.

4.1 “A GENTE NÃO SABIA”: DIFICULDADES E INQUIETAÇÕES NA PERCEPÇÃO DOS RISCOS

Esta categoria reflete as dificuldades enfrentadas pelos pacientes após a queda. Uma das entrevistadas descreve os prejuízos que sua queda provocou, tanto para o âmbito hospitalar, como para si e sua família:

“[...] Eu ocupei um leito desnecessariamente, vamos dizer, por dois dias a mais. Que poderia ter sido ocupado por outra pessoa. E um único tombo acarretou um prejuízo para mim, para minha família e para o hospital” (E6)

A queda pode originar, além dos prejuízos citados, danos físicos e emocionais, o que pode trazer impacto na condição clínica do paciente, gerando a necessidade de cuidados extras relacionados à lesão, bem como um aumento do tempo de internação. Os depoimentos abaixo demonstram que as quedas podem trazer danos físicos, desde leves ou moderados até mais graves:

“E eu caí e bati a cabeça ali, quebrou meu nariz, cortou, fez um corte no meu nariz”. (E6)

“Eu bati o joelho, que inchou e deu hematoma[.]”. (E18)

“Olha, eu me machuquei um pouco, porque até hoje eu sinto dor na coluna, sempre caí e machuquei a coluna, mas dessa vez foi pior [...]. Não, machucou um pouquinho, mas estourou os pontos tudinho da minha barriga [...]”. (E13)

Os resultados que emergiram dessa categoria demonstram a importância da atenção no gerenciamento desse risco dentro do ambiente hospitalar, visto que a queda é um evento possível de ser evitado, quando observada sua possibilidade de ocorrência.

Alguns pacientes relataram não perceber o risco de queda no hospital e não imaginavam que poderiam cair, principalmente os pacientes mais jovens, que se consideravam independentes. Nesses relatos, percebe-se uma fragilidade na comunicação das orientações relacionadas ao seu risco de queda, visto que é um risco iminente dentro do ambiente hospitalar.

“Não, nem imaginava que ia acontecer de cair dentro do hospital”. (E1)
 “Não, nem me passou pela cabeça que eu pudesse cair”. (E9)

“Não tinha, a gente não sabia, não imaginava”. (E15)

“Nunca, não. Nunca passou, nunca tive essa ‘não, eu vou cair’, não nunca imaginei que poderia cair no banheiro pós-parto, nunca, nunca, e também nunca soube de relatos, né?” (E5)

4.2 MEDO E INSEGURANÇA: O MANEJO EMOCIONAL COMO FERRAMENTA DA CLÍNICA

Além do sofrimento físico, as quedas em hospitais podem ter como consequência também o sofrimento psicológico. Isso se manifesta principalmente nas sensações de medo e de insegurança sobre a queda, sentidas pelos pacientes. O medo pode passar a fazer parte da rotina diária deles, trazendo insegurança nas tarefas comuns do dia a dia relatadas pelos entrevistados, sendo importante um cuidado centrado no paciente, no qual ele seja ouvido, para que a equipe possa conhecer suas ansiedades, compreender suas necessidades e possibilitar que ele se envolva nos cuidados.

“[...] eu peguei o medo. Você não tem noção. Eu entro no banheiro já pensando no tombo”. (E1)

“Isso assim acarretou sérios problemas psicológicos na vó. A vó tem trauma assim de andar, porque a lembrança dela é da queda, então ela ficou com essa coisa de andar e cair”. (E8)

A equipe de saúde, enquanto referência de cuidado, tem uma relação de poder e de influência sobre o paciente. Essa relação de poder fortalece a significação das palavras ditas nas orientações, o que pode gerar alívio a partir de um discurso acolhedor, ou insegurança a partir de um discurso punitivo ou controlador. Um dos entrevistados relatou apresentar uma insegurança a partir da experiência do outro, sendo desencadeada por um dos profissionais de saúde:

“[...] eu escutei uma história de uma enfermeira, que um menino bateu a cabeça e começou a sangrar. E nós não podia perder sangue, porque estávamos com a imunidade zerada. Eu ficava com muito medo[...]” (E7)

A condição de abalo emocional do paciente devido à queda pode se agravar por conta da perda ou diminuição da sua autonomia anterior. Esse tipo de insegurança pode ser prejudicial, inclusive para a correta adesão ao tratamento, visto que o paciente entra num processo de luto pela perda da autonomia. Para que o paciente se sinta parte do processo do próprio cuidado, a equipe de saúde precisa entender esse período de instabilidade emocional e acolher as dificuldades do paciente ao longo desse período, até que ele ressignifique o tratamento, como um processo que pode ajudá-lo a reaver sua autonomia (parcial ou totalmente).

“Não tinha (medo), mas fiquei bem mais apreensivo depois da primeira queda, né? [...]”. (E18)

“Ele já tinha medo, porque quando ele era um pouco mais novo ele caiu, ele era bem são assim, sabe? (E16)

4.3 RELAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE COM OS ACOMPANHANTES COMO FERRAMENTA DE SUPORTE AO ENGAJAMENTO DO PACIENTE.

Ainda que corretas e completas, as orientações clínicas não dão conta de intervir no processo de retorno a algum grau de autonomia. Isso porque ele demanda não apenas uma reabilitação clínica, mas também um acolhimento emocional. O acompanhante pode ser um importante aliado das equipes de saúde nesse processo. Nesse sentido, a relação com o paciente e com o cuidador se torna parte fundamental da sistematização do cuidado.

Os relatos revelam que as orientações clínicas não foram suficientes para dar segurança na manutenção das rotinas, e assim, construir novamente a autonomia:

“[...] a vó ela ficou imobilizada na cama. Ela precisava de apoio para ir ao banheiro, mas não tinha orientação. A primeira orientação foi para o banho, depois as filhas tomaram conta” (E8).

A relação afetiva do paciente com o acompanhante também pode ajudar a equipe no cuidado e no engajamento do paciente em seus cuidados, inclusive como forma de prevenção de novos episódios de queda, visto que o paciente terá um suporte emocional no processo de reabilitação física e de autonomia. Incluir o cuidador na reabilitação pode ser uma ferramenta importante para as equipes. A manifestação de um dos cuidadores demonstra a importância de a equipe se relacionar não apenas com os dados clínicos do paciente, mas com o cuidador:

“[...] ter um pouco de acompanhamento, com a família junto, sabe? Às vezes o familiar acaba adoecendo junto com o paciente, né?” (E3)

“Se pedia ajuda para a enfermeira sobre alguma coisa elas não ajudavam, era a gente que tinha que fazer” (E2)

O desejo pela autonomia pode trazer novos eventos de queda, somados a uma culpabilização pelo próprio estado clínico e emocional. Esse tipo de situação prejudica o processo de engajamento do paciente e o manejo do profissional com as questões emocionais que o envolvem:

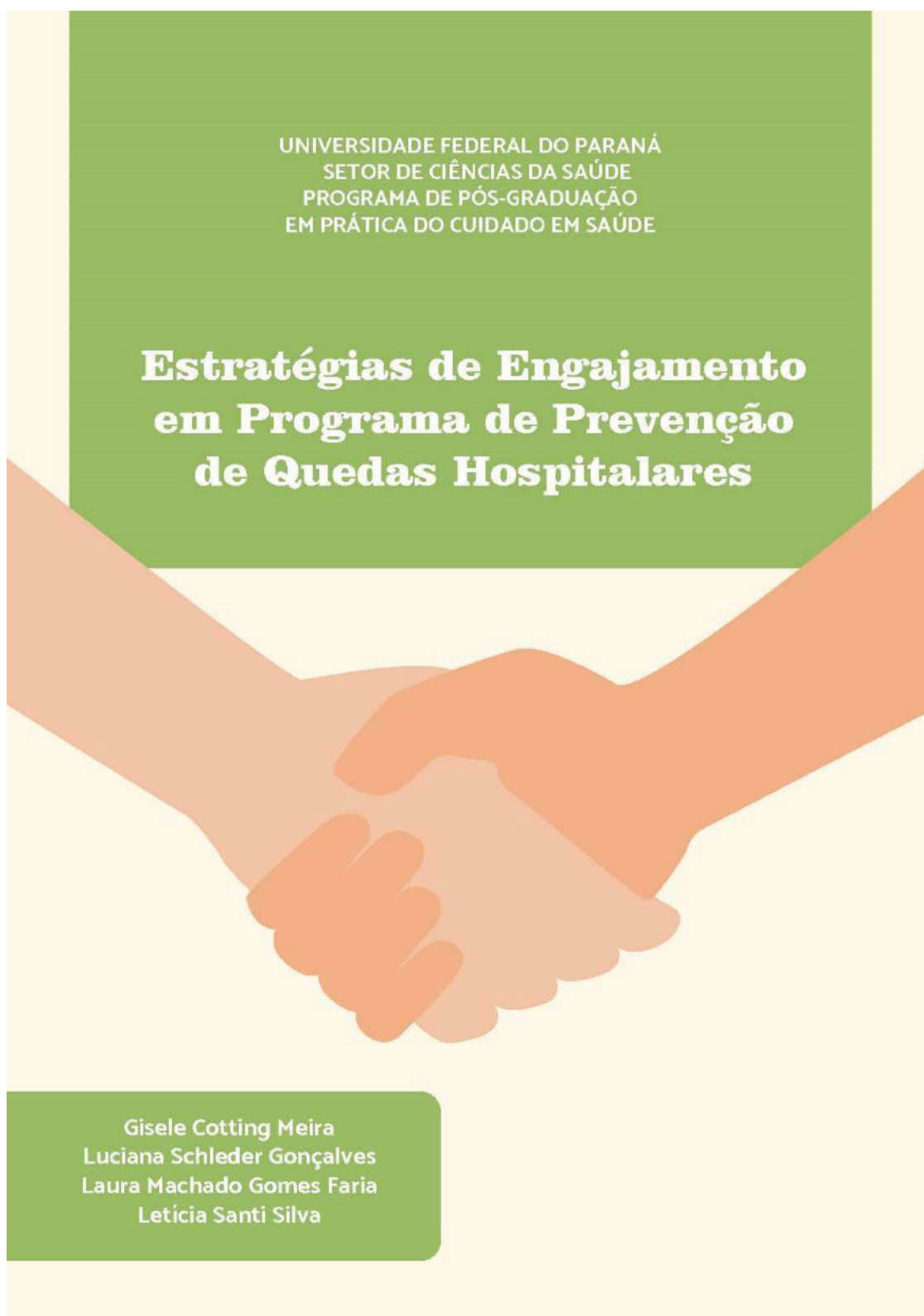
“[...] eu que resolvi sair da cama para ir ao banheiro e não chamei ninguém”. (E4)

“Mas não foi culpa de ninguém, eu que fui lá sozinho, eu que fui, não foi culpa de ninguém, nem da enfermeira, ninguém, fui eu que fui lá”. (E15)

A autonomia deixa de ser desejada e passa a ser temida, diante do desamparo sentido pelo paciente. A sobrecarga emocional sentida pelos pacientes por um processo de autonomia e engajamento sem uma relação de cuidado com a equipe de saúde é importante. A relação com o próprio cuidado é fragilizada, bem como a adesão ao tratamento e às orientações clínicas da equipe.

“[...] faltava tão pouquinho para eu chegar na cama, mas tão pouquinho, mas eu caí. Bom, agora eu não saio mais sozinha de jeito nenhum. Nem que me mandem, eu não vou sair”. (E9)

5 MANUAL SOBRE ESTRATÉGIAS DE ENGAJAMENTO EM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS HOSPITALARES





FICHA TÉCNICA

Edição e Organização: Gisele Cotting Meira, Luciana Schleder Gonçalves, Laura Machado Gomes Faria, Letícia Santin Silva

Revisão ortográfica e gramatical: [CONSET](#)

Diagramação e ilustrações: [Júnior Design](#)

APOIO:



Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e
Práticas em Saúde - GPPGPS/UFPR



Organização

Gisele Cotting Meira

Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Práticas do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Luciana Schleder Gonçalves

Professora, Doutora em Enfermagem, Docente do Programa de Pós-Graduação em Práticas do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná.

COLABORADORES

Laura Machado Gomes Faria

Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná

Letícia Santin Silva

Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná

Apresentação

Este manual é o produto da dissertação de mestrado profissional em Prática do Cuidado em Saúde: **“Manual para profissionais de saúde sobre engajamento de pacientes em programas de prevenção de quedas em ambiente hospitalar”**.

Vincula-se ao projeto de pesquisa “Difusão e adoção do programa *Fall Tailoring Interventions for Patient Safety - Fall Tips*”, desenvolvido em parceria com o Setor de Vigilância e Segurança do Paciente (SEVISP) e a Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA) do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR), constituído pelo Hospital de Clínicas e pela Maternidade Victor Ferreira do Amaral, localizados em Curitiba, capital do estado do Paraná.

Sumário

Introdução

06

A Comunicação Profissional - Pacientes/ Familiares Como Estratégia no Engajamento do Paciente na Identificação e Manejo do Risco de Queda

09

Envolvimento da Família como Estratégia de Engajamento na Identificação e Manejo do Risco de Queda

12

O Cuidado Centrado no Paciente como Estratégia no Engajamento do Paciente na Identificação e Manejo do Risco de Queda

15

O Uso de Tecnologias como Estratégia no Engajamento do Paciente na Identificação e Manejo do Risco de Queda

18

Referências

24

Introdução

Esse manual é produto de duas abordagens de pesquisa. Uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada a partir da identificação da percepção das experiências dos pacientes que sofreram quedas no ambiente hospitalar. E uma revisão narrativa de literatura sobre as estratégias atualmente utilizadas no engajamento do paciente em programas de segurança do paciente. Os achados dessas pesquisas foram utilizados na elaboração deste manual, com o objetivo de informar aos profissionais de saúde sobre estratégias que podem ser utilizadas para o engajamento do paciente em seu risco de queda, durante sua internação hospitalar.

Após a análise dos resultados da pesquisa de entrevista com os pacientes e/ou acompanhantes, constatamos a recorrência de três principais relatos: (i) o relato dos pacientes sobre a experiência de queda no ambiente hospitalar e suas consequências; (ii) os medos, ansiedade e inseguranças, advindos da experiência da queda; (iii) a falta de comunicação com os acompanhantes, que se sentiram excluídos do processo de cuidado do paciente

Complementarmente, foram recorrentes na literatura científica analisada:

A fragilidade na comunicação da equipe, no que concerne as orientações aos pacientes relacionadas ao seu risco de queda, visto ser um risco iminente dentro do ambiente hospitalar;

A importância do cuidado centrado no paciente, compreendendo que a instabilidade emocional compromete a autonomia deste. E que, ao acolher essas dificuldades, é possível ajudá-los a reaver a autonomia e/ou autocuidado;

O acompanhante como um importante aliado das equipes de saúde no processo de cuidado do paciente, em seu risco de queda. A relação com o paciente e com o acompanhante se torna parte fundamental da sistematização do cuidado;

A eficiência do uso de tecnologias, como estratégias de engajamento do paciente e acompanhantes em programas de segurança do paciente na realização de seu autocuidado.^(1,2,3)

O engajamento do paciente, definido como o envolvimento ativo do mesmo em seu cuidado à saúde, é crucial para evitar eventos adversos, sendo compartilhadas as decisões relacionadas ao seu tratamento e outras atividades⁽⁴⁾. Para que esse engajamento ocorra, é necessário que as equipes de saúde estabeleçam um relacionamento com o paciente e acompanhante, compartilhando informações e conhecimentos⁽⁵⁾. O engajamento do paciente também associa-se com o processo de definição das questões sobre sua saúde, o qual envolve as ações de cuidado e o seu monitoramento⁽⁶⁾.

O engajamento dos pacientes no plano de prevenção de quedas contribui para que eles entendam como colaborar nos seus cuidados e estabeleçam uma parceria com a equipe de saúde. Dessa forma, a prevenção será realizada de forma precisa e consistente e, conseqüentemente, levará a redução de quedas e de lesões a elas relacionadas, tanto entre os pacientes mais jovens quanto em relação aos mais idosos^(7,8).

Como estratégia de engajamento do paciente em seus cuidados, foram utilizadas entrevistas e grupos focais, com o intuito de explorar as percepções e experiências dos pacientes e dos profissionais de saúde para um cuidado seguro^(4,9-13).

01

**A Comunicação Profissional
- Pacientes/Acompanhantes
como Estratégia no
Engajamento do Paciente na
Identificação e Manejo do
Risco de Queda**



Uma das estratégias identificadas para o engajamento do paciente nas ações para um cuidado seguro é a comunicação aberta e efetiva entre os pacientes, acompanhantes e os profissionais de saúde e é considerada uma ferramenta que contribui diretamente para a prevenção dos incidentes de queda.⁽⁹⁾ Além disso, a comunicação efetiva é fundamental no trabalho em equipe, a fim de garantir uma assistência segura e de qualidade aos pacientes⁽¹⁵⁾.

A internação hospitalar acaba por acarretar sentimentos sobre o adoecimento e a situação de dependência em relação aos outros, despertando sensações de ansiedade, insegurança e medo da morte. Consequentemente, a escuta e a comunicação efetiva são de extrema relevância para obter um cuidado humanizado ⁽¹⁶⁾. A comunicação também deve propiciar que pacientes e acompanhantes adquiram conhecimento sobre ações de segurança, bem como de cuidado e prevenção ⁽¹⁷⁾.

Um exemplo de estratégia de comunicação humanizada para as atividades realizadas por profissionais de saúde é a Comunicação Terapêutica. Se realizada de maneira competente e ética, ela contribui para o processo de cuidado individualizado ^(18,19). Importante destacar que, para que haja uma comunicação efetiva, também cabe ao profissional de saúde utilizar-se de uma linguagem acessível à idade, cultura e capacidade cognitiva do seu interlocutor ⁽²⁰⁾.

No caso da prevenção às quedas em ambiente hospitalar, é recomendado que o profissional de saúde informe ao paciente/acompanhante sobre o risco da queda dentro do ambiente hospitalar, ocasionado por uma série de fatores de risco biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconômicos, destacando os cuidados que podem ser realizados para evitar esse evento adverso ⁽²¹⁾.

Após realizadas as orientações ao paciente sobre seu risco de queda, algumas perguntas verificadoras podem ser utilizadas para estimular o engajamento deste em seu cuidado ⁽²²⁾, como por exemplo:

- 1 “O que você entendeu sobre seu risco de queda e os cuidados que você precisa ter para evitá-los?”
- 2 “Como eu posso lhe ajudar a entender o que você precisa fazer para evitar a queda?”
- 3 “Como posso ajudar a esclarecer sobre os cuidados em relação ao seu risco de queda?”

02

**Envolvimento da
Família como Estratégia
de Engajamento na
Identificação e Manejo do
Risco de Queda**



As famílias são um recurso em potencial na promoção da participação do paciente no seu cuidado, devido a sua proximidade com o paciente ⁽⁴⁾. Sua atuação é fundamental para o acompanhamento do cuidado do paciente, pois a oferta de suporte emocional e apoio durante a internação hospitalar diminui a sobrecarga proporcionada pelo contexto do internamento ⁽²¹⁾.

O papel da família é o de dedicar carinho e atenção, auxiliando a equipe de saúde na realização dos cuidados com os pacientes, e contribuir com a redução de ocorrências de quedas no ambiente hospitalar. Da mesma forma, juntamente com a equipe, participar da verificação da realização das medidas preventivas estabelecidas no plano de cuidados voltados à segurança do paciente ⁽⁵⁾.

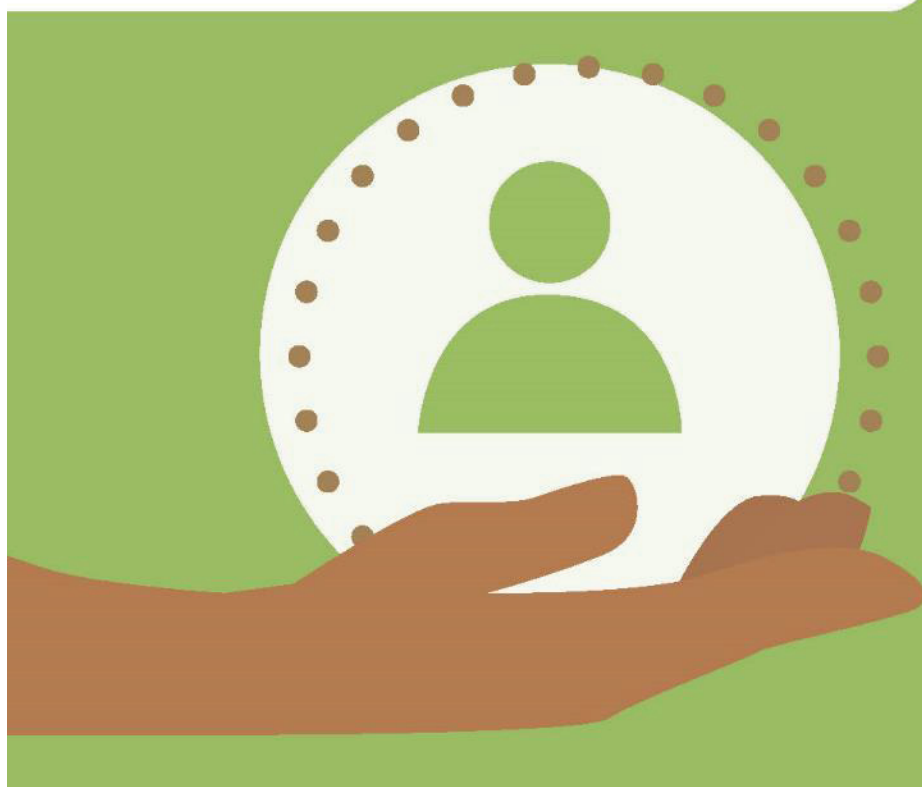
A integração de um acompanhante no cuidado aproxima as relações com a equipe de saúde e possibilita o desenvolvimento de estratégias que busquem a excelência da assistência prestada ⁽²³⁾. Assim, ao admitir o paciente na sua unidade, é importante que o profissional de saúde oriente sobre os riscos de queda identificados, bem como incentive a presença e a participação dos acompanhantes no estabelecimento e execução do plano de cuidados do paciente. Isso permitirá uma aproximação e contribuirá para a adesão ao plano, para sua autonomia e para o enfrentamento da doença ⁽⁵⁾.

É importante que tanto o acompanhante quanto o paciente compreendam que, apesar de todas as medidas de prevenção das quedas, no ambiente hospitalar existe o risco para a sua ocorrência. Essa informação os ajudará a participar da identificação dos riscos, estabelecimento e execução das medidas preventivas com mais atenção, como por exemplo quando for acompanhar o paciente durante o banho, levantar-se da cama e sair da cama para a poltrona.



03

O Cuidado Centrado no Paciente como Estratégia no Engajamento do Paciente na Identificação e Manejo do Risco de Queda



O cuidado centrado no paciente considera o indivíduo como um ser único, respeitando suas características pessoais. Desta maneira, é preciso que os profissionais de saúde conduzam suas atividades com atenção estabelecendo uma relação de parceria e colaboração ⁽²⁴⁾.

A prática do cuidado centrado no paciente necessita do envolvimento da equipe multiprofissional, escuta ativa das necessidades dos pacientes, proatividade, busca de conhecimento, uso de linguagem apropriada, assim como apoio e informação. ⁽²⁰⁾ A atitude centrada no paciente e acompanhante gera uma relação de confiança e garante que o paciente compartilhe suas experiências, permitindo o engajamento dele e de sua família com o cuidado ⁽⁴⁾.



As vantagens de um cuidado centrado no paciente incluem ⁽²⁵⁻²⁸⁾:



- Aumento da satisfação do paciente e do profissional;
- Aumento da adesão do paciente ao tratamento;
- Diminuição da realização de exames complementares;
- Diminuição de encaminhamentos a outros especialistas;
- Diminuição de custos para o sistema de saúde e para o paciente.

Para tanto, Oxelmark⁽⁴⁾ propõem 5 atitudes durante o cuidado:

Ouçá o paciente

Importante conhecer os pacientes e suas necessidades, suas angústias e expectativas referentes ao seu cuidado.

Permita que o paciente pergunte

Adote uma postura que estimule os pacientes a tirar suas dúvidas, procurar conselhos e dar sua opinião, possibilitando com que se envolvam em seus cuidados.

Renuncie a algumas responsabilidades

Proporcione que os pacientes se envolvam nas atividades realizadas pelos profissionais de saúde.

Compartilhe informações com o paciente

Atualize os pacientes em relação aos seus planos de cuidados e opções, isso faz com que tomem parte das discussões sobre seu tratamento.

Estabeleça parceria com o paciente

Esta atitude é resultado das quatro já relacionadas. Ser visto como uma pessoa que entende suas próprias condições de saúde-doença é um direito dos pacientes.

04

**O uso de Tecnologias
como Estratégia no
Engajamento do Paciente
na Identificação e Manejo
do Risco de Queda**



O uso de aplicativos como ferramenta para o engajamento dos pacientes mostra-se como uma estratégia eficaz no aumento da segurança do cuidado, promovendo a sua participação ativa e contribuindo com a prevenção da ocorrência de erros durante a hospitalização ⁽¹⁻³⁾.

Outra tecnologia disponível para prevenção de quedas nos ambientes hospitalares é o Fall TIPS.



Programa Fall TIPS

(Fall Tailoring Interventions for Patient Safety)

O Fall Tips é uma estratégia inovadora que contribuiu para melhoria na comunicação entre a equipe o paciente e acompanhantes, no cuidado centrado ao paciente e, conseqüentemente, na redução do risco de quedas no ambiente hospitalar. Ele foi originalmente proposto em 2010 por pesquisadores do Brigham and Women's Hospital (BWH), da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos da América (EUA) e tem sido implementado em diversos hospitais do mundo ⁽²⁹⁾.

O programa Fall TIPS contempla um tool kit (kit de ferramentas), que pode ser adaptado de acordo com a infraestrutura de cada hospital, havendo desde opções que precisam de pouca estrutura tecnológica (uso do pôster laminado) ou o uso de monitores nos leitos e nos postos de enfermagem. O importante é que não há diferença clínica significativa na capacidade de envolver os pacientes para o uso das ferramentas, quer estejam informatizadas ou não ⁽³⁰⁾. Destaca-se que as ferramentas inclusas no referido programa são gratuitas e de livre acesso, as quais podem ser visualizadas no endereço www.FallTIPS.org ⁽⁷⁾.

O Fall Tips passou por testes em quatro hospitais, envolvendo cerca de 10.000 pacientes, e os resultados apontaram que a sua utilização contribuiu com a redução das quedas, principalmente da população idosa, a qual apresenta maior risco para esses incidentes ⁽³¹⁾. Dessa forma, este kit foi a primeira intervenção baseada em evidências a demonstrar uma redução significativa nas quedas de pacientes em hospitais de cuidados críticos, promovendo a comunicação entre os profissionais, pacientes e acompanhantes sobre o risco de queda e acessibilidade às intervenções personalizadas ⁽³²⁾.

Para que o paciente se engaje na prevenção de quedas e haja uma parceria entre a equipe e o paciente, é necessário que o processo seja realizado em três etapas ^(33,34), a saber:

1

TRIAGEM DE RISCO DE QUEDA E AVALIAÇÃO.

A triagem é realizada na admissão do paciente e a cada mudança das condições clínicas do paciente.

Utiliza-se a escala de Morse para avaliação do risco ⁽³⁵⁾.

2

Prevenção de queda personalizada e Planejamento de cuidado.

Nesse momento, é fundamental o engajamento dos profissionais de saúde junto ao paciente e acompanhante, para a identificação e gerenciamento dos riscos de queda.

Para engajá-los no planejamento das medidas de prevenção, adaptando a necessidade de cada paciente, faz-se necessário o preenchimento do pôster laminado juntamente com os pacientes e acompanhantes, possibilitando a visualização e identificação das limitações e cuidados necessários para evitar a queda.

3

Execução do plano de prevenção de queda.

Esta etapa requer a comunicação dos fatores do risco de queda previstos no planejamento para a toda a equipe de saúde, família e acompanhantes, reforçando o plano junto com o paciente, bem como comunicar qualquer mudança do risco de queda, fazendo uma reavaliação do paciente e atualizando o plano, conforme necessário.

Utilizado na etapa 2, o pôster laminado contribui com a assistência, buscando decisões assertivas, proporcionando uma prática baseada em evidências.⁽³⁰⁾

Nome do Paciente :		Data:	
 Risco aumentado de lesão se você cair ☐		Intervenções relacionadas à queda (selecção com um círculo baseado na cor)	
Risco de queda (assinalar todas que se aplicarem)		 Comunicar queda recente e/ou risco de lesão  Muletas  Bengalas  Andador	
 História de queda ☐		 Assistência com Medicação Intravenosa ao deambular  Comadre  Auxílio com a cadeira para banho  Auxílio no Banheiro	
 Efeitos colaterais de medicamentos ☐		Alarma do leito ligado	
 Dispositivos para deambulação ☐		Auxílio para sair do leito	
 Suporte para soro ou equipamento ☐		 Reposo no leito  1 pessoa  2 pessoas	
 Marcha Instável ☐			
 Pode esquecer ou escolher não chamar ☐			

Fall TIPS ©Brigham & Women's Hospital 2016; do not alter without written permission.

Esse pôster laminado deve ser colocado próximo ao leito do paciente. Os ícones representam os riscos e as intervenções relacionadas e devem ser personalizados, de modo que profissionais de saúde e acompanhantes tenham um “alerta visual” dos riscos e das medidas preventivas estabelecidas para cada paciente⁽²⁹⁾.

Atualmente, utiliza-se este recurso em mais de 200 hospitais nos EUA e em outros países, sendo objeto de estudo constante de diversas pesquisas científicas. As publicações podem ser acessadas no link: <https://www.falltips.org/resources/publications/>.



REFERÊNCIAS

1. Cho S, Lee E. Effects of Self-Education on Patient Safety via Smartphone Application for Self-Efficacy and Safety Behaviors of Inpatients in Korea. *Healthc Inform Res* [Internet]. 2021 Jan 31;27(1):48–56. Available from: <http://e-hir.org/journal/view.php?doi=10.4258/hir.2021.27.1.48>
2. Russ S, Latif Z, Hazell AL, Ogunmuyiwa H, Tapper J, Wachuku-King S, et al. A Smartphone App Designed to Empower Patients to Contribute Toward Safer Surgical Care: Community-Based Evaluation Using a Participatory Approach. *JMIR mHealth uHealth* [Internet]. 2020 Jan 20;8(1):e12859. Available from: <https://mhealth.jmir.org/2020/1/e12859>
3. Ong SW, Jassal S V., Porter EC, Min KK, Uddin A, Cafazzo JA, et al. Digital Applications Targeting Medication Safety in Ambulatory High-Risk CKD Patients. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2021 Apr 7;16(4):532–42. Available from: <https://cjasn.asnjournals.org/lookup/doi/10.2215/CJN.15020920>
4. Oxelmark L, Ulin K, Chaboyer W, Bucknall T, Ringdal M. Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2018 Jun;32(2):612–21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12486>
5. Peres M de A, Wegner W, Cantarelli-Kantorski KJ, Gerhard LM, Magalhães AMM de. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 Sep 3;39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100439&lng=pt&tlng=pt
6. Sahlström M, Partanen P, Rathert C, Turunen H. Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2016 Oct;22(5):461–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27507224>

7. Dykes PC, Hurley AC. Patient-centered fall prevention. *Nurs Manage* [Internet]. 2021 Mar;52(3):51-4. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/01.NUMA.0000733668.39637.ba>
8. Dykes PC, Burns Z, Adelman J, Benneyan J, Bogaisky M, Carter E, et al. Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 Nov 17;3(11):e2025889. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2773051>
9. Fylan B, Armitage G, Naylor D, Blenkinsopp A. A qualitative study of patient involvement in medicines management after hospital discharge: an under-recognised source of systems resilience. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2018 Jul;27(7):539-46. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2017-006813>
10. Tomlinson J, Silcock J, Smith H, Karban K, Fylan B. Post-discharge medicines management: the experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. *Heal Expect* [Internet]. 2020 Dec 16;23(6):1603-13. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.13145>
11. Tobiano G, Bucknall T, Marshall A, Guinane J, Chaboyer W. Nurses' views of patient participation in nursing care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015 Dec;71(12):2741-52. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12740>
12. Serrano-Ripoll MJ, Ripoll J, Briones-Vozmediano E, Llobera J, Fiol-deRoque MA, Ricci-Cabello I. Exploring primary health care professionals' perceptions about a patient feedback intervention to improve patient safety in Spanish primary health care centres: a qualitative study. *Fam Pract* [Internet]. 2020 Nov 28;37(6):821-7. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article/37/6/821/5840419>
13. Harrison R, Walton M, Chitkara U, Manias E, Chauhan A, Latanik M, et al. Beyond translation: Engaging with culturally and linguistically diverse consumers. *Heal Expect* [Internet]. 2020 Feb 18;23(1):159-68. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12984>
14. Silva TDO, Bezerra ALQ, Paranaquá TT de B, Teixeira CC. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2016

- Jun 30;18. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33340>
15. Farias ES, Santos JO, Góis RMO. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Ciências Biológicas e Saúde Unit* [Internet]. 2018;4(3):139-54. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>
 16. Damion M, Moreira MC. Percepção do paciente sobre sua autonomia na Unidade de Terapia Intensiva. *Context Clínicos* [Internet]. 2018 Nov 23;11(3). Available from: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/12565>
 17. Souza HX, Sacramento ABA de A, Dantas LV, Paranaguá TT de B. Percepção de pacientes cirúrgicos sobre segurança e seu envolvimento no cuidado à saúde. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2020 Nov 19;28:e51498. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51948>
 18. Mesquita AC, Carvalho EC de. Therapeutic Listening as a health intervention strategy: an integrative review. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2014 Dec;48(6):1127-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601127&lng=en&tlng=en
 19. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Pinto AGA, Moraes APP, Araújo MFM, et al. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 May 21;38(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400402&lng=pt&tlng=pt
 20. Paranhos DG de AM, Oliveira AAS. O modelo de cuidado centrado no paciente sob a perspectiva do paciente idoso. *Cad IBERO-AMERICANOS DIREITO SANITÁRIO* [Internet]. 2018 Jun 29;7(2):95-109. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/485>
 21. Bolding DJ, Corman E. Falls in the Geriatric Patient. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2019 Feb;35(1):115-26. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749069018310255>
 22. Epstein RM, Peters E. Beyond information: exploring patients' preferences. *JAMA* [Internet]. 2009 Jul 8;302(2):195-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub->

- med/19584351
23. Passos S da SS, Pereira Á, Nitschke RG. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 Dec;28(6):539-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600539&lng=pt&tlng=pt
 24. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med* [Internet]. 2011 Mar 1;9(2):100-3. Available from: <http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.1239>
 25. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* [Internet]. 2000 Sep;49(9):796-804. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11032203>
 26. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA* [Internet]. 1996 Jan 10;275(2):152-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8531314>
 27. Corgozinho MM, Barbosa LO, Araújo IP de, Araújo GTF de. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. *Rev Bioética* [Internet]. 2020 Jun;28(2):249-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000200249&tlng=pt
 28. Epstein RM. The science of patient-centered care. *J Fam Pract* [Internet]. 2000 Sep;49(9):805-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11032204>
 29. Dykes PC, Duckworth M, Cunningham S, Dubois S, Driscoll M, Feliciano Z, et al. Pilot Testing Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety): a Patient-Centered Fall Prevention Toolkit. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2017 Aug;43(8):403-13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1553725017302271>
 30. Duckworth M, Adelman J, Belategui K, Feliciano Z, Jackson E, Khasnabish S, 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* [Internet]. 2019;21(1):e10008. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30664454>

31. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall Prevention in Acute Care Hospitals. JAMA [Internet]. 2010 Nov 3;304(17):1912. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2010.1567>
32. Katsulis Z, Ergai A, Leung WY, Schenkel L, Rai A, Adelman J, et al. Iterative user centered design for development of a patient-centered fall prevention toolkit. Appl Ergon [Internet]. 2016 Sep;56:117–26. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003687016300552>
33. Dykes P, Adelman J, Adkison L, Bogasiky M, Carrol D, Carter E et al. Preventing Falls : Preventing Falls in Hospitalized Patients. Am Nurse Today [Internet]. 2018;13(9):8–13. Available from: <https://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2018/09/ant9-CE-Fall-Tips-822.pdf>
34. Dykes PC, Bogaisky M, Carter EJ, Duckworth M, Hurley AC, Jackson EM, et al. Development and Validation of a Fall Prevention Knowledge Test. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2019 Jan;67(1):133–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15563>
35. Urbanetto J de S, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo A da S, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2013 Jun;47(3):569–75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300569&lng=pt&tlng=pt

6 DISCUSSÃO

A experiência de queda no ambiente hospitalar pode trazer consequências institucionais e ao próprio processo de cuidados. Isso porque, além de aumentar o tempo de internação e os custos hospitalares, pode acarretar danos que agravam a condição clínica do paciente, causando incapacidades físicas e limitações (LUZIA et al., 2019). Como consequência, contribui para a elevação do nível de dependência devido às limitações físicas impostas pela lesão, como também consequências psicológicas pelo medo de cair novamente (ABREU et al., 2015; MIAKE-LYE et al., 2013; STEPHENSON et al., 2016). Essas consequências foram evidentes nos relatos dos pacientes quanto aos danos físicos e psicológicos enfrentados após sua queda.

Estar em um ambiente diferente do doméstico pode ter influência nas quedas hospitalares, visto que o reconhecimento sobre as alterações de espaço e organização não é imediato para o paciente (ABREU, C; MENDES, A; MONTEIRO J; SANTOS, 2012; CEDRAZ et al., 2018). Na pesquisa realizada, observaram-se os mais diversos locais de ocorrência das quedas, entre os quais 55% dos pacientes referiram o banheiro hospitalar como o mais frequente deles.

Outra questão relevante identificada no estudo com os pacientes, é que 40% deles, relataram que houve danos físicos com a queda. Dessa forma, para a prevenção de agravos decorrentes da queda e de falhas na assistência à saúde, é necessário que a equipe de saúde adote estratégias para as adaptações. As atividades gerenciais das equipes de saúde, como a identificação de riscos relacionados à assistência, devem ser realizadas no momento da internação e durante a hospitalização do paciente (CEDRAZ et al., 2018).

Para tanto, são utilizados instrumentos para a avaliação completa dos pacientes, utilizando escalas validadas, adequadas ao perfil de pacientes e à realidade da instituição de saúde. No entanto, os pacientes trazem consigo, além de uma condição clínica desfavorável ou fragilizada, também elementos individuais de angústia. Dessa forma, é importante que os profissionais avaliem para além dos aspectos contemplados nas escalas de avaliação de risco de queda, no sentido de perceber questões pragmáticas (gerais) e subjetivas (individuais) no desenvolvimento de medidas específicas de prevenção para os pacientes com maior vulnerabilidade (LUZIA et al., 2019). Sendo assim, evidenciou-se nesta pesquisa a

relevância da realização de gerenciamento de risco hospitalar centrado no paciente relacionado à queda, buscando trazer a individualidade nos cuidados realizados, de acordo com a necessidade e limitações de cada paciente.

Entre algumas questões relatadas como consequência para o paciente após a queda, cabe destacar o sentimento de incapacidade, o prejuízo físico e psicológico do qual o paciente sofre. Nesse sentido, o medo e a insegurança do paciente vítima de queda se tornam elementos clínicos complexos a serem contemplados na sistematização do cuidado pelas equipes de saúde. Neste estudo, percebe-se que essa complexidade se dá pelo entendimento de que tais elementos não são frutos da falta de informação sobre sua condição, mas da falta de acolhimento das angústias que cercam sua condição.

Por essa razão, é importante que o profissional de saúde desenvolva habilidades comunicativas efetivas que influenciem na interação com o paciente, estabelecendo uma relação de confiança por meio de demonstração de respeito e interesse por suas questões subjetivas, posto que o cuidado seguro e de qualidade não se limita somente à execução de procedimentos técnicos. Deste modo, a Comunicação Terapêutica é entendida como uma estratégia de comunicação humanizada, que o enfermeiro pode utilizar para acolher e compreender o paciente, sendo feita de uma maneira competente e ética, permitindo um processo de cuidado não protocolar, mas individualizado (MESQUITA; CARVALHO, 2014; TORRES et al., 2018).

Segundo os dados obtidos, se faz necessário que a equipe de saúde estreite seus laços com os pacientes e acompanhantes e diminua as barreiras presentes durante a assistência, para atingir o objetivo de engajamento do paciente em seu cuidado.

Percebe-se, portanto, a necessidade de diálogo e compreensão entre equipe de saúde e paciente. Porém, alguns estudos revelam que os profissionais de saúde geralmente não percebem que exercem poder sobre os pacientes a partir do seu discurso, não apenas a partir das suas prescrições (BAPTISTA et al., 2018; SILVA; COSTA; REIS, 2019). Tal fato se confirma com os resultados apontados na pesquisa, em que foram identificadas fragilidades na comunicação e nessa relação entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Nesse sentido, quando orientações são utilizadas como estratégia de condução do caso, sem o devido cuidado sobre os elementos emocionais do

paciente, a consequência é a intimidação do paciente. Por conseguinte, ainda que haja informação sendo repassada, o que se absorve é um sentimento de angústia, provocando, em última instância, o pouco engajamento do paciente e a falsa certeza do profissional de que as orientações foram efetivas (BAPTISTA et al., 2018).

Essa situação reforça a importância de perceber a função do envolvimento do acompanhante nesse processo. Pesquisas também apontam que o envolvimento da família no cuidado dos pacientes pode ir além de proporcionar carinho e apoio. São potenciais parceiros da equipe no cuidado e na prevenção de eventos adversos. Como consequência, há melhor adesão ao tratamento e melhor processo de enfrentamento da doença (HANSON; BARACH, 2012; MELO et al., 2014; WEGNER; PEDRO, 2012). Assim, destaca-se nesta pesquisa a relevância da presença e papel do acompanhante que, juntamente com a equipe de saúde, estará contribuindo na prevenção dos riscos.

Desta forma, os acompanhantes e cuidadores desenvolvem um papel fiscalizador, por meio da observação e questionamentos, contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar (WEGNER; PEDRO, 2012). Foi identificada a importância dos acompanhantes nessa abordagem, bem como a necessidade de estes estarem presentes nos cuidados, não só pela prevenção de eventos adversos, mas como incentivadores da participação do paciente nos cuidados. Fato que, segundo um dos participantes do estudo, revela a necessidade de aproximação da equipe de saúde também com os cuidadores.

No ambiente hospitalar, muitas vezes a vulnerabilidade dos pacientes e a submissão a procedimentos invasivos comprometem a sua autonomia, o que resulta em um modelo de assistência no qual as decisões e possibilidades terapêuticas não dependem do sujeito em questão (BISOGNO; QUINTANA; CAMARGO, 2010). Percebe-se, nos resultados, que o desejo pela sua autonomia para não incomodar os profissionais ou acompanhantes pode acarretar um episódio de queda, situação passível de ocorrer dentro do ambiente hospitalar.

De fato, a internação hospitalar gera uma gama de sentimentos relacionados à situação de adoecimento e à posição de dependência em relação aos outros, surgindo sentimento de insegurança, despersonalização e medo da morte. Assim, a escuta e a comunicação são importantes ferramentas clínicas para que o paciente se sinta parte do processo e para que ele possa lidar melhor com sentimentos

decorrentes da falta de autonomia devido às circunstâncias vivenciadas pela internação (DAMION; MOREIRA, 2018).

Por fim, a comunicação é trazida também como uma ferramenta importante para a efetiva relação entre profissional e paciente, contribuindo diretamente para a prevenção de incidentes (SILVA, 2010). Diante dos relatos identificados, observa-se que a comunicação entre equipe de saúde, paciente e cuidadores precisa ser efetiva, a fim de minimizar os riscos relacionados à queda no ambiente hospitalar. Da mesma forma, possibilita que os profissionais de saúde identifiquem as necessidades dos pacientes, refletindo em uma melhor assistência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados após o desenvolvimento da pesquisa reforçam a necessidade da adoção de estratégias de engajamento dos pacientes por parte dos profissionais de saúde, ao longo do processo de identificação do risco de quedas e o seu manejo.

As evidências científicas referenciadas e os depoimentos dos participantes referem-se a lacunas na efetividade da comunicação entre os envolvidos no processo de identificação de riscos e manejo das intervenções relacionadas a cuidados seguros e trazem sugestões para superação do desafio por parte dos profissionais da saúde em desenvolver práticas mais colaborativas. Sem essa abordagem, o paciente desenvolve sentimentos de medo e insegurança, ainda que reconheça as instruções protocolares. A consequência é uma fragilidade no engajamento em seus cuidados, afetando sua autonomia no próprio processo de cuidar.

Nesse sentido, o Manual sobre Estratégias de Engajamento em Programas de Prevenção de Quedas Hospitalares, produto desta dissertação, bem como a própria implantação do programa *Fall TIPS* no cenário hospitalar brasileiro, configuram-se tecnologias que contribuem para as mudanças necessárias no relacionamento da equipe de saúde com os acompanhantes, subsidiando a adoção de estratégias de prevenção para ocorrência das quedas em ambiente hospitalar, levando em consideração a adesão de uma cultura de segurança que conduza a uma prática assistencial de maior qualidade e, conseqüentemente, leve à redução de quedas.

Futuros estudos incluem a validação do manual com os *stakeholders* envolvidos no projeto “Difusão e adoção do programa Fall Tailoring Interventions for Patient Safety - *Fall TIPS*”.

Como limitações do estudo, destacam-se a realização das entrevistas via *WhatsApp*, devido a pandemia Covid-19; dificuldades de envolver o paciente e acompanhantes na participação das entrevistas por não considerarem no primeiro momento as informações seguras sobre o projeto apresentado; disponibilidade restrita de horários para a entrevista, além de dificuldades enfrentadas pelos idosos na utilização e manuseio do aplicativo. A impessoalidade durante a entrevista pode ter comprometido as respostas dos entrevistados, ou seja, eles podem não ter

repassado todas as informações relevantes sobre sua experiência de queda no interior do hospital.

A realização da pesquisa contribui com a relevância da temática e possibilita a divulgação científica sobre a importância de todos terem conhecimento da cultura de segurança e adoção da mesma na prática assistencial.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C; MENDES, A; MONTEIRO J; SANTOS, F. Caídas en el medio hospitalario: un estudio longitudinal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 7 pantallas, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/w4wmh8kkvvpjBQFVJXGGvry/?format=pdf&lang=es>>. Acesso em: 4 fev. 2020
- ABREU, H. C. DE A. et al. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100303&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 4 fev. 2020
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Boletim Informativo - Segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2011. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-no-01-jan-jul-de-2011.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **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, 2020. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguranca+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716>>. Acesso em: 11 nov. 2019
- AHMAD, N. et al. Person-centred care: from ideas to action. **The Health Foundation**, n. October, 2014. Disponível em: <<https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-from-ideas-to-action>>. Acesso em: 16 ago. 2020
- ALINE MOREIRA XIMENES, M. et al. Risco de queda de pacientes hospitalizados: fatores de risco e atuações de enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 1-9, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9003>>
- ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. Revisão Sistemática e Metanálises, em: Evidências para melhores decisões clínicas. In: ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. (Eds.). **Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- BAPTISTA, M. K. S. et al. O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 26, n. 4, p. 556-566, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000400556&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 19 out. 2020

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, W. C. T. DOS S. et al. Aplicativo para avaliação do nível de consciência em adultos: produção tecnológica em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 19 mar. 2019. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/60338>>. Acesso em: 19 out. 2020

BISOGNO, S. B. C.; QUINTANA, A. M.; CAMARGO, V. P. Entre a vida enferma e a morte sadia: a ortotanasia na vivência de enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 327-334, 2010. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/123>>. Acesso em: 10 out. 2020

BITTENCOURT, V. L. L. et al. Factors associated with the risk of falls in hospitalized adult patients. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100435&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 20 out. 2020

BOLDING, D. J.; CORMAN, E. Falls in the Geriatric Patient. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 35, n. 1, p. 115-126, fev. 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749069018310255>>. Acesso em: 14 ago. 2021

BOULDIN, E. L. D. et al. Falls Among Adult Patients Hospitalized in the United States. **Journal of Patient Safety**, v. 9, n. 1, p. 13-17, mar. 2013. Disponível em: <<https://journals.lww.com/01209203-201303000-00003>>. Acesso em: 20 abr. 2020

BRASIL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **CHC-UFPR - Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR, Acesso à Informação, Institucional**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/acesso-a-informacao/institucional>>. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 02 abr. 2013. Seção 1, Pág. 43. 2013 a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 24 maio. 2020

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 25 set. 2013. Seção 1, Pág. 113. 2013 b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 24 maio. 2020

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cad%0Aer-no-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>>. Acesso em: 6 jun. 2020

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA; FIOCRUZ. Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas. **Programa Nacional de Segurança do Paciente**, v. 2013, p. 1-15, 2013. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf&gws_rd=cr&ei=KAtdVsSPBMuJaJHTutgL>. Acesso em: 7 mar. 2020

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 - Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. . 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2020

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARON, R. M. Co-producing healthcare in a volume vs. value-based healthcare system: perspective of a parent of a patient and a health professions' educator. **Patient Experience Journal**, v. 6, n. 2, p. 16-19, 24 jul. 2019. Disponível em: <<https://pxjournal.org/journal/vol6/iss2/5>>. Acesso em: 4 jul. 2020

CARVALHO, A. A. A. Apps para ensinar e para aprender na era mobile learning. In: CARVALHO, A. A. A. (Ed.). . **Apps para dispositivos móveis: manual para professores, formadores e bibliotecários**. Porto: Ministério da Educação, Direção-Geral da Educação, República Portuguesa, 2015. p. 9-17.

CEDRAZ, R. O. et al. Risks management in the hospital environment: incidence and risk factors associated with falls and pressure injuries in a clinical unit. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 1, 1 mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100220&lng=en&tling=en>. Acesso em: 10 fev. 2020

CHARMEL, P. A.; FRAMPTON, S. B. Building the business case for patient-centered care. **Healthcare financial management : journal of the Healthcare Financial Management Association**, v. 62, n. 3, p. 80-5, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19097611>>. Acesso em: 14 ago. 2020

CHO, S.; LEE, E. Effects of Self-Education on Patient Safety via Smartphone Application for Self-Efficacy and Safety Behaviors of Inpatients in Korea. **Healthcare Informatics Research**, v. 27, n. 1, p. 48-56, 31 jan. 2021. Disponível em: <<http://e-hir.org/journal/view.php?doi=10.4258/hir.2021.27.1.48>>. Acesso em: 6 mar. 2020

CHOI, N.; KIM, J.; KIM, H. The influence of patient-centeredness on patient safety perception among inpatients. **PLOS ONE**, v. 16, n. 2, p. e0246928, 12 fev. 2021. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0246928>>. Acesso em: 28 fev. 2020

CHRIZOSTIMO, M. M.; SANTOS, M. J. Manuais administrativos em enfermagem. In: SILVINO, Z. R. (Ed.). **Gestão Baseada em Evidências: recursos inteligentes para soluções de problemas da prática em saúde**. Curitiba: CRV, 2018. p. 59-74.

COLEMAN, K. et al. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. **Health Affairs**, v. 28, n. 1, p. 75-85, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.28.1.75>>. Acesso em: 14 ago. 2020

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO - COREN/SP. **Segurança do Paciente. Diferencial na imagem institucional**. São Paulo: COREN, 2011. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/3_sepage_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2021.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 67-74, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 9 abr. 2020

COSTA, C. U.; ALVES, P. S.; ERLER, K. Avaliação da aplicabilidade da escala de Morse para gerenciamento do risco de quedas em ambiente hospitalar. **Esfera Acadêmica Saúde**, v. 1, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/10/revista-esfera-saude-v01-n02-artigo-07.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2020

COSTA, D. G. DA et al. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100333&tlng=en>. Acesso em: 13 jun. 2020

COULTER, A. Patient engagement--what works? **The Journal of ambulatory care management**, v. 35, n. 2, p. 80-9, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22415281>>. Acesso em: 13 ago. 2021

DAMION, M.; MOREIRA, M. C. Percepção do paciente sobre sua autonomia na Unidade de Terapia Intensiva. **Contextos Clínicos**, v. 11, n. 3, 23 nov. 2018. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/12565>>. Acesso em: 22 abr. 2020

DONABEDIAN, A. Commentary on some studies on the quality of care. **Health care financing review**, v. Spec No, p. 75-85, dez. 1987. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10312323>>. Acesso em: 13 ago. 2021

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. **Journal of medical Internet research**, v. 21, n. 1, p. e10008, 2019. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30664454>>. Acesso em: 7 mar. 2020

DYKES, P. et al. Preventing Falls : Preventing Falls in Hospitalized Patients. **American Nurse Today**, v. 13, n. 9, p. 8-13, 2018. Disponível em: <<https://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2018/09/ant9-CE-Fall-Tips-822.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2020

DYKES, P. C. et al. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? **Journal of Nursing Administration**, v. 39, n. 6, p. 299-304, 2009a. Disponível em: <<https://www.falltips.org/wp-content/uploads/2018/01/Why-Do-Patients-in-Acute-%0ACare-Hospitals-Fall-Can-Falls-Be-Prevented.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019

DYKES, P. C. et al. Fall TIPS: strategies to promote adoption and use of a fall prevention toolkit. **Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium**, v. 2009, p. 153-7, 14 nov. 2009b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20351840>>. Acesso em: 10 set. 2020

DYKES, P. C. et al. Fall Prevention in Acute Care Hospitals. **JAMA**, v. 304, n. 17, p. 1912, 3 nov. 2010. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2010.1567>>. Acesso em: 30 set. 2020

DYKES, P. C. et al. Pilot Testing Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety): a Patient-Centered Fall Prevention Toolkit. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 43, n. 8, p. 403-413, ago. 2017. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1553725017302271>>. Acesso em: 16 nov. 2020

DYKES, P. C. et al. Development and Validation of a Fall Prevention Knowledge Test. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 1, p. 133-138, jan. 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15563>>. Acesso em: 8 fev. 2020

DYKES, P. C. et al. Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 11, p. e2025889, 17 nov. 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2773051>>

DYKES, P. C.; HURLEY, A. C. Patient-centered fall prevention. **Nursing Management**, v. 52, n. 3, p. 51-54, mar. 2021. Disponível em: <<https://journals.lww.com/10.1097/01.NUMA.0000733668.39637.ba>>. Acesso em: 14 maio. 2021

EPSTEIN, R. M. et al. Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. **Health Affairs**, v. 29, n. 8, p. 1489-1495, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2009.0888>>. Acesso em: 14 ago. 2021

FARLEY, D. O. **Evaluation of the WHO Patient Safety Solutions Aides Memoir Executive Summary**. Geneva: World Health Organization, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/patientsafety/PSP_H5-Solutions_Report-fnl-sumry_Apr-2012.pdf>.

FYLAN, B. et al. A qualitative study of patient involvement in medicines management after hospital discharge: an under-recognised source of systems resilience. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 7, p. 539-546, jul. 2018. Disponível em: <<https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2017-006813>>. Acesso em: 7 nov. 2020

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Boletim Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 20 - Incidentes Relacionados à Assistência à saúde**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-20-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2018.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2020.

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15 - Incidentes Relacionados a Assistência a Saúde - 2016**. Brasília: ANVISA, 2017.

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE; GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 18 - Incidentes Relacionados a Assistência a Saúde**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-18-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2017.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HAN, J. et al. Stratify, Hendrich II fall risk model and Morse fall scale used in predicting the risk of falling for elderly in-patients. **Biomedical Research**, v. Special Is, 2017. Disponível em: <<https://www.biomedres.info/biomedical-research/stratify-hendrich-ii-fall-risk-model-and-morse-fall-scale-used-in-predicting-the-risk-of-falling-for-elderly-inpatients.html>>. Acesso em: 14 jun. 2021

HANSON, C. C.; BARACH, P. R. Improving cardiac care quality and safety through partnerships with patients and their families. **Progress in Pediatric Cardiology**, v. 33, n. 1, p. 73-79, jan. 2012. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1058981311000968>>. Acesso em: 14 jun. 2021

HARRISON, R. et al. Beyond translation: Engaging with culturally and linguistically diverse consumers. **Health Expectations**, v. 23, n. 1, p. 159-168, 18 fev. 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12984>>. Acesso em: 11 fev. 2021

HENDRICH, A. L.; BENDER, P. S.; NYHUIS, A. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. **Applied Nursing Research**, v. 16, n. 1, p. 9-21, fev. 2003. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189702109025>>. Acesso em: 12 ago. 2021

HURLEY, A. C. et al. Fall TIP: validation of icons to communicate fall risk status and tailored interventions to prevent patient falls. **Studies in health technology and informatics**, v. 146, p. 455-9, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19592885>>. Acesso em: 12 dez. 2020

INSTITUTE OF MEDICINE - COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. **To Err Is Human**. Washington, D.C.: National Academies Press, 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/9728>>. Acesso em: 1 set. 2021

KATSULIS, Z. et al. Iterative user centered design for development of a patient-centered fall prevention toolkit. **Applied Ergonomics**, v. 56, p. 117-126, set. 2016. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003687016300552>>. Acesso em: 18 nov. 2020

LAGARTO, J. R.; MARQUES, H. **Tablets e conteúdos digitais: mudando paradigmas do ensinar e do aprender**. Porto: Universidade Católica Editora, 2015.

LAVALLEE, D. et al. Engaging patients and families to transform heart failure care. **Journal of Interprofessional Care**, v. 34, n. 6, p. 835-838, 1 nov. 2020. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2019.1696286>>. Acesso em: 24 mar. 2020

LUZIA, M. DE F. et al. Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200408&tlng=pt>. Acesso em: 9 abr. 2020

MARQUES, V. C. C. L. **Introdução de tablets no ensino do manual em papel ao manual digital**. [s.l.] Universidade Católica Portuguesa, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17997/1/Dissertação_Vanda_Marques.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2020

MATA, L. R. F. DA et al. Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period: a cross-sectional study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100351&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 18 fev. 2020

MELO, E. M. DE O. P. DE et al. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 432-439, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300432&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 18 fev. 2020

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742017000300013&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 maio. 2020

MESQUITA, A. C.; CARVALHO, E. C. DE. Therapeutic Listening as a health intervention strategy: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1127-1136, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601127&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 21 maio. 2021

MIAKE-LYE, I. M. et al. Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 5_Part_2, p. 390, 5 mar. 2013. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005>>. Acesso em: 21 ago. 2021

MINAYO, M. C. DE S. Técnicas de Pesquisa: Entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261-297.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORSE, J. M. **Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program**. 2. ed. New York: Springer, 2008.

MORSE, J. M.; TYLKO, S. J.; DIXON, H. A. Characteristics of the Fall-Prone Patient. **The Gerontologist**, v. 27, n. 4, p. 516-522, 1 ago. 1987. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/27.4.516>>. Acesso em: 5 ago. 2021

NIETSCHE, E. A. et al. Innovative Technologies of Nursing Care. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 2, n. 1, p. 182-189, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591/3144>>. Acesso em: 5 ago. 2020

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

NUNES, G. C.; NASCIMENTO, M. C. D.; ALENCAR, M. A. C. DE. Pesquisa científica: conceitos básicos. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 1, p. 144, 28 fev. 2016. Disponível em: <<http://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/390>>. Acesso em: 18 ago. 2020

OLIVEIRA, E. S. **Criação de um portfólio de cursos de extensão para o Campus Itaituba da Universidade Federal do Oeste do Pará.** [s.l.] Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas, Campus Manaus Centro, 2019. Disponível em: <<http://repositorio.ifam.edu.br/jspui/handle/4321/305>>. Acesso em: 6 set. 2020

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140018>>. Acesso em: 13 ago. 2021

ONG, S. W. et al. Digital Applications Targeting Medication Safety in Ambulatory High-Risk CKD Patients. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 16, n. 4, p. 532-542, 7 abr. 2021. Disponível em: <<https://cjasn.asnjournals.org/lookup/doi/10.2215/CJN.15020920>>. Acesso em: 19 jun. 2021

OSBORN, R.; SQUIRES, D. International perspectives on patient engagement: Results from the 2011 commonwealth fund survey. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 35, n. 2, p. 118-128, 2012. Disponível em: <https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2012/04000/International_Perspectives_on_Patient_Engagement_.7.aspx>. Acesso em: 14 ago. 2021

OXELMARK, L. et al. Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 32, n. 2, p. 612-621, jun. 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12486>>. Acesso em: 30 jun. 2020

PADILHA, A. P. et al. Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: construção por scoping study. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, 8 jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400322&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 mar. 2021

PRATES, C. G. et al. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 74-81, 2014. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/20728/pdf_115/>. Acesso em: 26 nov. 2020

QUEIROZ, T. L. DE A.; CAVALCANTE, P. S. **As contribuições do Software Atlas TI para a análise de relatos de experiência escritos.** X Congresso Nacional de Educação - EDUCERE. I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE. Curitiba. **Anais..** 2011. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5664_4029.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2020

RADECKI, B. et al. Innovating Fall Safety. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 35, n. 3, p. 220-226, jul. 2020. Disponível em: <<https://journals.lww.com/10.1097/NCQ.0000000000000447>>

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE - REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: ediPUCRS, 2013.

REINIACK, S. et al. Notificação de queda do paciente cirúrgico antes e após treinamento em serviço. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, 13 mar. 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47656>>. Acesso em: 10 nov. 2020

RUSS, S. et al. A Smartphone App Designed to Empower Patients to Contribute Toward Safer Surgical Care: Community-Based Evaluation Using a Participatory Approach. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 8, n. 1, p. e12859, 20 jan. 2020. Disponível em: <<https://mhealth.jmir.org/2020/1/e12859>>. Acesso em: 8 mar. 2021

SAHLSTRÖM, M. et al. Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. **International Journal of Nursing Practice**, v. 22, n. 5, p. 461-469, out. 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12476>>. Acesso em: 1 abr. 2020

SANTOS, Z. M. D. S. A.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016. Disponível em: <www.uece.br/eduece/dmdocuments/Ebook - Tecnologia em Saude - EBOOK.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021

SARGES, N. DE A.; SANTOS, M. I. P. DE O.; CHAVES, E. C. Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 896-903, 2017. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=124636983&lang=pt-pt&site=ehost-live>>. Acesso em: 10 out. 2020

SCHWENDIMANN, R. et al. Characteristics of Hospital Inpatient Falls across Clinical Departments. **Gerontology**, v. 54, n. 6, p. 342-348, 2008. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/129954>>. Acesso em: 12 ago. 2021

SERRANO-RIPOLL, M. J. et al. Exploring primary health care professionals' perceptions about a patient feedback intervention to improve patient safety in Spanish primary health care centres: a qualitative study. **Family Practice**, v. 37, n. 6, p. 821-827, 28 nov. 2020. Disponível em: <<https://academic.oup.com/fampra/article/37/6/821/5840419>>. Acesso em: 12 mar. 2021

SILVA, A. E. B. DE C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 422-4, 30 set. 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11885>>. Acesso em: 26 mar. 2020

SILVA, A. K. M.; COSTA, D. C. M. DA; REIS, A. M. M. Risk factors associated with in-hospital falls reported to the Patient Safety Committee of a teaching hospital. **Einstein (São Paulo)**, v. 17, n. 1, 6 fev. 2019. Disponível em:

<<https://journal.einstein.br/article/risk-factors-associated-with-in-hospital-falls-reported-to-the-patient-safety-committee-of-a-teaching-hospital/>>. Acesso em: 15 maio. 2020

SILVINO, Z. R. (ED.). **Gestão baseada em evidências: recursos inteligentes para soluções de problemas da prática em saúde**. Curitiba: EDITORA CRV, 2018.

SOUSA, K. A. DA S. **Quedas de pacientes adultos em um hospital público de ensino**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/806M.PDF>>. Acesso em: 14 ago. 2021

SOUSA, P.; MENDES, W. (EDS.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/tzvzr>>. Acesso em: 16 nov. 2020

SOUZA, H. X. et al. Percepção de pacientes cirúrgicos sobre segurança e seu envolvimento no cuidado à saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e51498, 19 nov. 2020. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51948>>. Acesso em: 18 abr. 2021

STEPHENSON, M. et al. Prevention of falls in acute hospital settings: a multi-site audit and best practice implementation project. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 28, n. 1, p. 92-98, fev. 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzv113>>. Acesso em: 18 abr. 2021

THE JOINT COMMISSION. **A complimentary publication of The Joint Commission - Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities Sentinel event alert**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.jcrinc.com/%0A/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinelevent/%0Asea_55_falls_4_26_16.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

TOBIANO, G.; MARSHALL, A. P.; CHABOYER, W. Comparing Perceptions of Patient Nonparticipation in Nursing Care: A Secondary Analysis. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 53, n. 4, p. 449-457, 13 jul. 2021. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12643>>. Acesso em: 10 jun. 2021

TOMLINSON, J. et al. Post-discharge medicines management: the experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. **Health Expectations**, v. 23, n. 6, p. 1603-1613, 16 dez. 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.13145>>. Acesso em: 17 mar. 2021

TORRES, G. M. C. et al. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 21 maio 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400402&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2020

URBANETTO, J. DE S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 569-575, jun. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300569&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 abr. 2020

VIVEIRO, L. A. P. DE; FERREIRA, A. F. L.; POMPEU, J. E. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the St. Thomas's Falls Risk Assessment Tool in Older Adults (STRATIFY). **Fisioterapia em Movimento**, v. 32, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502019000100225&tlng=en>. Acesso em: 27 maio. 2020

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 427-434, jun. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 15 ago. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005**. Genebra: World Health Organization, 2005. Disponível em: <www.who.int/patientsafety>. Acesso em: 15 ago. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. **Community Health**, p. 53, 2007. Disponível em:

<http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009**. [s.l.]: World Health Organization, 2009a. Disponível em:

<www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forum_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. [s.l.: s.n.]. Disponível em:

<https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2020b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for patient safety: partnerships for safer health care**. Genebra: WHO Document Production Services, 2013. Disponível em:

<https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021

ZUYEV, L. et al. Tailored Prevention of Inpatient Falls. **CIN: Computers, Informatics, Nursing**, v. 29, n. 2, p. 93-100, fev. 2011. Disponível em:

<<https://journals.lww.com/00024665-201102000-00005>>. Acesso em: 8 abr. 2020

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA ENTREVISTA

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DO PACIENTE E DO FAMILIAR – INSTRUMENTO XVIII.

INFORMAÇÕES GERAIS
Entrevista com:
Entrevista com:
() Paciente
() Família
Nome do Entrevistador 1:
Nome do Entrevistador 2:
Data da Entrevista:
Local da Entrevista:
A entrevista começou às
A entrevista terminou às
Detalhes do paciente/família: (se não for o paciente e sim o familiar, qual o nível da familiaridade, contato)
Comentários: (expressões não-verbais, comportamento durante a entrevista)
INTRODUÇÃO
Obrigada por concordar em se encontrar conosco. Meu nome é Laura e sou pesquisadora no Hospital de Clínicas (HC) e da UFPR. Também está comigo meu (minha) colega xx presente para fazer anotações para nós.
Nosso projeto procura identificar o que é desejado ou necessário na perspectiva do paciente ou seu familiar, e especificamente utilizar tecnologias da informação em saúde para reduzir quedas e

danos relacionados a queda.
Podemos gravar a esta conversa? ☐ Sim ☐ Não
Se não, nós faremos anotações para documentação. Você tem alguma pergunta antes de iniciarmos?
TÓPICO 1 - INFORMAÇÕES DE BASE
1. Para começar, gostaríamos de saber algumas informações básicas relacionadas ao seu conhecimento sobre quedas.
2. Você poderia me dizer qual a frequência e em que hora do dia sua família o (a) visitava no Hospital de Clínicas?
Sondagem: O quão engajados ou envolvidos, eles (FAMÍLIA) estavam com seus cuidados?
3. Você já caiu antes e em qual ambiente?
SONDAGEM: você sofreu alguma lesão?
SONDAGEM: alguém próximo a você já sofreu alguma queda antes?
4. Você tinha medo de cair quando estava no hospital?
5. Diga-me o que você fazia ativamente para prevenir quedas?
6. Quantas pessoas você acha que caem durante uma internação hospitalar a cada ano?
Comentário #1: O pesquisador deve afirmar que “ $\frac{1}{3}$ das pessoas acima de 65 anos caem, e independentemente da idade, estar hospitalizado aumenta os riscos para quedas e lesões relacionadas”
TÓPICO 2 - RISCOS DE QUEDA

Agora, gostaríamos de perguntar a você sobre riscos de queda
1. A sua enfermeira informou-lhe sobre os seus riscos de queda?
SONDAGEM: Quando isso foi lhe comunicado e com qual frequência?
SONDAGEM: Até que ponto você participou da conversa sobre o seu risco de queda e de que maneira?
SONDAGEM: A sua família foi envolvida de algum modo?
2. Conte-nos sobre os seus riscos de queda, conforme informado pela sua enfermeira
Comentário #2: o pesquisador afirma que “as enfermeiras preenchem um formulário de avaliação de risco de quedas na sua admissão baseado numa escala de quedas já estabelecida”
3. Durante a sua internação, você teria disponibilidade de participar junto com a sua enfermeira no preenchimento de um formulário de avaliação de riscos, que identificasse porque você estava em risco para queda e depois desenvolver um plano de prevenção de quedas
(Comentário nº 3: se o (a) paciente NÃO estiver disposto (a) a fazê-lo, o pesquisador (a) deve explicar que “as evidências da pesquisa mostram que o preenchimento de um formulário de avaliação de risco com a sua/ o seu enfermeira (o) pode reduzir os riscos de queda no hospital” e perguntar “diga as preocupações do paciente em participar da queda avaliação de risco”)
Se o entrevistado responder SIM:
SONDAGEM: você estaria disposto a fazer isso todos os dias?
SONDAGEM: Até que ponto você gostaria de se envolver e de que maneira?
SONDAGEM: Você gostaria de envolver sua família nesse processo?
3. Conte-nos o que a sua família sabia sobre os seus riscos de queda?
SONDAGEM: você gostaria que sua enfermeira tivesse comunicado os seus riscos para a sua família?

TÓPICO 4 - INTERVENÇÕES RELACIONADAS A QUEDA
1. Conte-nos sobre quaisquer formas de lembretes (gráficos, escritos) que seus enfermeiros compartilharam com você para lembrá-lo(a) de seu plano de prevenção de quedas.
SONDAGEM: Quais eram esses lembretes?
SONDAGEM: Qual era a utilidade deles?
SONDAGEM: Sua família teria se beneficiado de receber esses lembretes e usá-los? Se assim for, de que maneira?
TÓPICO 3 - PREVENÇÃO DE QUEDAS
1. Você gostaria de usar o FALL TIPS para desenvolver um plano de prevenção de quedas com a/o sua/ seu enfermeira (o)?
SONDAGEM: Você estaria disposto a fazer isso todos os dias?
SONDAGEM: Até que ponto você gostaria de se envolver e de que maneira?
SONDAGEM: Você gostaria de envolver a sua família nesse processo?
Se o paciente acredita que um plano de prevenção irá ajudar, mas não gostaria de ser engajado no seu desenvolvimento , então o pesquisador pergunta “o que lhe preocupa em relação a participar na avaliação de risco de quedas e desenvolvimento do plano de prevenção?”
Revise o uso da ferramenta FallTIPS. Conte que acha da ferramenta FallTIPS.
SONDAGEM: Você entende o que significam os ícones?

SONDAGEM: Como isso pode ser melhorado?
PENSAMENTOS FINAIS
Nós conversamos bastante sobre o assunto. Há mais alguma coisa que você gostaria que eu soubesse sobre o que conversamos?
Muito obrigado(a) pelo seu tempo e ajuda.
DADOS DEMOGRÁFICOS
O fornecimento de informações sobre seus dados demográficos pode nos ajudar a analisar melhor os dados da pesquisa.
Gênero: () Feminino () Masculino
Idade:

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 Figueredo, Gisele C Meira, Elizabete da Silva Dantas de Jesus, Paula T. Soares da Rocha, técnicos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR; Mateus Sakaguti, Anderson Fagundes, alunos de graduação em Enfermagem 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.

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 – ser observado pelos pesquisadores no meu local de trabalho, a partir de um roteiro de observação sobre a prevenção de quedas na sua unidade
- () 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.

RUBRICAS: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Para tanto (o Senhor, a Senhora) deverá comparecer no CHC UFPR Rua General Carneiro 181 Curitiba-PR; 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 para () preenchimento de questionário, () participação de reuniões, () entrevistas, () observação sistemática e () testes pilotos, o que levará aproximadamente 1 hora para as reuniões, 15 minutos para as entrevistas e preenchimento de questionários, e os testes e observação acontecerão 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, observação do seu trabalho e 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.

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, Mateus Sakaguti, Anderson Fagundes**, 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

RUBRICAS:Participante da Pesquisa e /ou responsável legal_____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE_____

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.

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

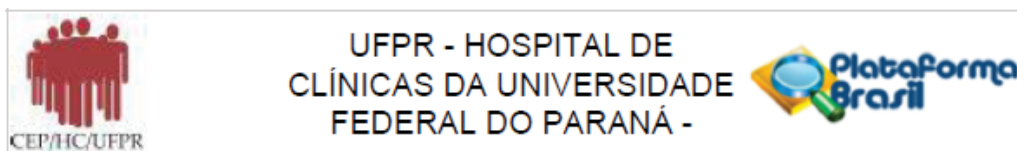
Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

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

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



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 Parecer: 3.819.159

- 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



**UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 3.819.159

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 N° 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_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1471648.pdf	06/01/2020 10:57:34		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
Brochura Pesquisa	060120_PjFALLTIPS.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



**UFPR - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 3.819.159

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_PjFALLTIPS.pdf	13/11/2019 17:41:39	LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1311_PjFALLTIPS.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, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-900

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 Parecer: 3.819.159

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: cep@hc.ufpr.br