



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



ALAN CÁSSIO CARVALHO COUTINHO

**FATORES CONTRIBUINTES PARA OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM PACIENTES
HOSPITALIZADOS SOB A ÓTICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE**

**SÃO LUÍS
2019**

ALAN CÁSSIO CARVALHO COUTINHO

**FATORES CONTRIBUINTES PARA OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM PACIENTES
HOSPITALIZADOS SOB A ÓTICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim

SÃO LUÍS

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Ficha gerada por meio do SIGAA/ Biblioteca com dados fornecidos pelo (a) autor (a).
Núcleo Integrado de Biblioteca/UFMA**

Coutinho, Alan Cássio Carvalho.

Fatores contribuintes para ocorrência de quedas em pacientes hospitalizados sob a ótica da segurança do paciente / Alan Cássio Carvalho Coutinho. - 2019.

60 f.

Orientador(a): Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Acidentes por quedas. 2. Enfermagem. 3. Hospitalização. 4. Segurança do Paciente. I. Rolim, Isaura Letícia Tavares Palmeira. II. Título.

ALAN CÁSSIO CARVALHO COUTINHO

**FATORES CONTRIBUINTES PARA OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM PACIENTES
HOSPITALIZADOS SOB A ÓTICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem, saúde e cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim

Aprovada em: ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim – Orientadora
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Maria Lúcia Holanda Lopes – 1º Membro
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa – 2º Membro
Doutora em Biotecnologia – RENORBIO
Universidade Estadual do Ceará

Dedico esta dissertação
ao autor e consumidor da minha fé,
Jesus Cristo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Maranhão, por contribuir desde a graduação com o meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal.

Ao Programa de Pós-graduação em enfermagem, por permitir meu aprimoramento enquanto pesquisador e replicar esse conhecimento no contexto assistencial ao qual estou inserido.

À minha orientadora Profa. Isaura Leticia Palmeira Tavares Rolim, pela paciência, atenção, presteza, conselhos e sabedoria... honrado em ter compartilhado essa experiência com você.

À minha gerente Rosilda Silva Mendes, pelo apoio e inspiração em um dos momentos cruciais da minha vida... Orgulho de aprender com você.

Às minhas amigas Luciane Pessoa Cardoso e Andréa Dutra Pereira do Mestrado em Enfermagem, pelas alegrias, apoio nas dificuldades e ombro amigo nas lutas do dia a dia.

À Deus, por ter me escolhido desde o ventre, mesmo sem merecer, mesmo sem dispor de qualidades para tal, me estendeu a sua mão e mudou a minha vida... “A sua graça me basta” 2 Cor. 12:9.

À minha mãe Marinelva de Jesus Carvalho, mulher virtuosa, guerreira e de oração que em nenhum momento mediu esforços para contribuir com o meu crescimento... Deus me abençoou com sua vida.

À minha irmã Myrna Carla Coutinho Brito, pelo incentivo contínuo ao meu crescimento e por sempre mostrar reais motivos para permanecer lutando... Minha segunda mãe.

Aos meus amigos Adenilde da Luz Leitão, Geylene Albuquerque Ribeiro, Tâmara Rúbia Guimarães Coutinho e Wilandson Nepomuceno Martins que compõe o nosso “City tour gastronômico” por dar sentido ao ensinamento que diz: “Existem amigos mais chegados que irmãos” Pv. 18:24.

COUTINHO, A. C. C. **Fatores contribuintes para a ocorrência de quedas em pacientes hospitalizados sob a ótica da segurança do Paciente.** 2019. 60f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

RESUMO

Introdução: Queda é o evento em que a pessoa inadvertidamente cai ao solo ou níveis inferiores, sem mudança intencional da posição. Quando acontece em ambiente hospitalar é o terceiro evento adverso mais relatado, que pode ocasionar desconforto físico e emocional ao paciente e aumentar de custos no tratamento. Este trabalho se justifica pela relevância de determinar quais são os fatores contribuintes para a ocorrência de quedas, o que permite identificar precocemente as circunstâncias ou ações que influenciam ou poderiam influenciar o acontecimento deste evento. **Objetivo:** Avaliar a ocorrência de quedas em pacientes internados em um hospital terciário de São Luís – MA. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital terciário privado em São Luís, Maranhão, com pacientes admitidos na unidade de internação clínica, cirúrgica, oncologia, pediatria e Unidade de Terapia Intensiva. Os dados foram coletados no banco de dados do hospital para os dados sócio demográficos, clínicos e do evento, Escala de Morse e para determinar os fatores coadjuvantes em relação a queda, foi utilizado o Protocolo de Londres. **Resultados:** Constatou-se que os pacientes que sofreram queda foram predominantemente do sexo masculino, idosos, casados, avaliados como de alto risco para o evento, internados na clínica médica (57,4%), hipertensos (39,7%), diabéticos (25,0%), com medicamentos de uso contínuo (55,6%) e parte destes medicamentos potencializavam o risco de queda (32,4%). Em relação às características das quedas ocorridas foi evidenciado predomínio daquelas que aconteceram durante o turno da manhã (56,6%), no quarto (51,5%) e banheiro (46,3%, $p<0,001$), da própria altura (63,2%, $p<0,001$), na presença de acompanhantes (65,4%), sendo estes familiares em sua maioria (98,9%) e em 68,4% não houve danos ao paciente. A localidade de estar no banheiro e cair da própria altura mostraram estatisticamente significativa para o acontecimento do evento. No que se refere à avaliação do risco de queda, esta foi realizada em 99,3% dos pacientes, majoritariamente classificados como de risco elevado (43,7%), 0,7% dos pacientes não tiveram seu risco de queda avaliado na sua admissão da unidade; o uso de pulseira de identificação de risco esteve presente em 95,5% dos avaliados. **Conclusão:** Os fatores contribuintes para a queda foram os relacionados ao paciente, tais como sua condição de saúde, riscos conhecidos e questões pessoais.

Descritores: Acidentes por Quedas. Hospitalização. Segurança do Paciente. Enfermagem.

COUTINHO, A. C. C. **Contributing factors for the occurrence of falls in hospitalized patients from the point of view of patient safety.** 2019. 60f. Dissertation (Master degree) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, 2019.

ABSTRACT

Introduction: Fall is the event in which the person inadvertently falls to the ground or lower levels, without intentional change of position. When it happens in a hospital environment, it is the third most frequent adverse event, which can cause physical and emotional discomfort to the patient and increase the costs of treatment. This study is justified by the importance of determining which are the contributing factors for the occurrence of falls, which allows early identification of the circumstances or actions that influence or could influence the event of this event. **Objective:** To evaluate the occurrence of falls in hospitalized patients in a tertiary hospital in. **Method:** This is an observational, retrospective study with a quantitative approach, developed in a private tertiary hospital in São Luís, Maranhão, with patients admitted to the clinical, surgical, oncology, pediatric and Intensive Care Unit. Data were collected from the hospital's database for socio-demographic, clinical and event data, Morse Scale and to determine the factors associated with fall, the London Protocol was used. **Results:** Patients who suffered falls were predominantly males, elderly, married, assessed as high risk for the event, hospitalized in the medical clinic (57.4%), hypertensive patients (39.7%), diabetics (25.0%), with medications of continuous use (55.6%) and some of these drugs increased the risk of falls (32.4%). Regarding the characteristics of the falls, a predominance of those occurring during the morning shift (56.6%), in the room (51.5%) and in the bathroom (46.3%, $p < 0.001$), of height (63.2%, $p < 0.001$), in the presence of companions (65.4%), the majority of whom were family members (98.9%) and 68.4% did not present any harm to the patient. The locality of being in the bathroom and falling of the proper height showed statistically significant for the event of the event. Regarding the assessment of the risk of falls, it was performed in 99.3% of the patients, mostly classified as high risk (43.7%), 0.7% of the patients had no risk of falls assessed in their admission of the unit; the use of a risk identification bracelet was present in 95.5% of those evaluated. **Conclusion:** The contributing factors for the fall were those related to the patient, such as their health condition, known risks and personal issues.

Key words: Accidents by Falls. Hospitalization. Patient safety. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Protocolo de Prevenção de quedas da instituição em estudo	21
Quadro 1 –	Fatores que influenciam a prestação de cuidado.	25
Figura 2 –	Protocolo de Londres.....	27
Gráfico 1 –	Taxa geral de incidência de queda de pacientes internados em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019	38
Gráfico 2 –	Comparativo das taxas de incidência de quedas por clínica de pacientes internados em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sócio-demográficas e clínicas de pacientes internados com ocorrência de quedas em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019	34
Tabela 2 –	Características relacionadas à ocorrência da queda e unidade de internação de pacientes em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019.....	35
Tabela 3 –	Características relacionadas às medidas preventivas contra a ocorrência de queda e unidade de internação de pacientes em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019	36
Tabela 4 –	Fatores contribuintes para ocorrência de quedas por unidade de internação de pacientes em um hospital terciário segundo Protocolo de Londres. São Luís, MA, Brasil, 2019.	37
Tabela 5 –	Taxa de incidência de queda de pacientes internados em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019	38

LISTA DE ABREVIATURAS

AGS – American Geriatrics Society

ACR – Análise de Causa Raiz

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CDC – Centers for Disease Control

MFS – Morse Fall Scalle

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente

RIENSP – Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente

STRATIFY – St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling Eldery in Patients

SUS – Serviço Único de Saúde

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Quedas em ambiente hospitalar	16
2.1.1 Epidemiologia	17
2.1.2 Fatores de risco	18
2.1.3 Escalas de avaliação de risco	18
2.1.4 Protocolos de prevenção	20
2.2 Segurança do paciente e a prevenção de quedas	22
2.2.1 O Programa Nacional de Segurança do Paciente	22
2.2.2 Análise de causa raiz de eventos adversos: O Protocolo de Londres	23
2.2.3 Atuação da enfermagem no contexto da segurança do paciente	28
3 OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo Geral	30
3.2 Objetivos Específicos	30
4 METODOLOGIA	31
4.1 Desenho do estudo	31
4.2 Local do estudo	31
4.3 População do estudo	31
4.4 Critérios de inclusão e não inclusão	31
4.5 Coleta e análise dos dados	32
4.6 Aspectos éticos	33
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	40
7 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	55
ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem a finalidade avaliar a ocorrência de quedas em pacientes internados em um hospital terciário de São Luís – MA, sob a ótica da segurança do paciente a partir do Protocolo de Londres. Este trabalho se justifica pela necessidade de identificar precocemente as circunstâncias ou ações que influenciam ou poderiam influenciar o acontecimento deste evento tornando o dado um ponto norteador do cuidado, pois permite melhorar a assistência ao indivíduo.

As quedas podem ocorrer em todas as fases da vida dos indivíduos, percebendo-se maior incidência entre pessoas com extremos de idade, crianças e idosos. Estima-se que mais de um terço das pessoas com idade acima de 65 anos sofre quedas (AGS, 2001; SEVERO *et al.* 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), queda consiste em um evento resultante da mudança inesperada da posição inicial do paciente para o chão ou para um nível mais baixo do que aquele em que ele se encontrava. Aparece como a segunda principal causa de mortes por lesões acidentais ou não intencionais em todo o mundo. Em 2004, foram responsáveis por mais de 14.900 mortes nos Estados Unidos (CDC, 2008; SAFETY, 2009; WHO, 2010).

Um dos locais de maior ocorrência de quedas é no ambiente hospitalar. Estudos brasileiros desenvolvidos em ambientes hospitalares, em que se avaliou a taxa de queda, constataram que esta variou de 1,37 a 12,6 para cada 1.000 pacientes/ dia (ABREU *et al.* 2015). Este tem sido tópico de investigação, estudo e intervenção nas instituições de saúde especialmente no contexto da segurança do paciente (ABREU *et al.* 2012; MATA *et al.* 2017).

Para entendimento da queda nessa perspectiva é importante se estabelecer alguns conceitos relacionados a temática da Segurança do paciente. Dessa forma, define-se segurança do paciente como a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”; incidente como o “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” e evento adverso que “é incidente que resulta em dano ao paciente” (RUNCIMAN; HIBBERT; THOMSON *et al.* 2009; BRASIL, 2013b).

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2007), as quedas em pacientes hospitalizados estão entre os principais eventos adversos a serem prevenidos em instituições de saúde. Hendrich, Bender e Nyhuis (2003) e Almeida,

Abreu e Mendes (2010) as descrevem como o evento adverso mais relatado e de maior frequência em instituições hospitalares. Ainda nesse sentido, a National Health Services (HEALEY *et al.* 2007) relata que a ocorrência de quedas em hospitais é comum, sendo responsável por dois quintos dos eventos adversos relacionados à segurança do paciente.

Esses eventos agravam os problemas de saúde e as suas principais consequências são traumas (fraturas, por exemplo); retirada não programada de cateteres, drenos e sondas; medo de cair novamente; alterações de ordem emocional; piora clínica; e até mesmo o óbito. Podem, ainda, aumentar o tempo de internação e o custo do tratamento (MARIN; BOURIE; SAFRAN, 2013).

Pacientes hospitalizados possuem risco aumentado de quedas devido ao ambiente desconhecido, o que pode aumentar o impacto de condições, como a demência, a incontinência, problemas de equilíbrio, força, mobilidade e visão. Ademais, sua situação clínica desfavorável, como a presença de doenças agudas, crônicas e a polifarmácia, também predispõe a ocorrência de quedas no ambiente hospitalar, que constitui um evento multifatorial (ZHAO; KIM, 2015).

Ainda nesse aspecto, nota-se que o processo de hospitalização requer adaptação do paciente à estrutura física, rotinas, normas e relacionamento interpessoal e estas mudanças no cotidiano, associadas aos agravos à saúde podem determinar uma diminuição abrupta da autonomia e da funcionalidade do paciente (REMOR; CRUZ; URBANETTO, 2014).

Neste novo ambiente além das limitações e riscos oriundos da doença, existem diversos outros fatores que interferem direta ou indiretamente na segurança do paciente, portanto é essencial o acompanhamento e supervisão dos pacientes frente à prevenção das quedas hospitalares. Nessa perspectiva é salutar o envolvimento do paciente e seus familiares na formulação de estratégias de orientação sobre os fatores de risco existentes e a consciência da importância da inclusão de todos nesse processo (BRASIL, 2013b).

Os fatores de risco para queda podem ser intrínsecos, relacionados ao próprio paciente, como idade acima de 65 anos, uso de determinados medicamentos, déficits sensorial e motor e também a patologias específicas. Podem também ser extrínsecos, relacionados à falta de segurança do ambiente como ausência de corrimão nos corredores e banheiros, ausência de campainhas nos

quartos e banheiros, existência de objetos no chão, camas sem grades (HENDRICH, 2016).

Compreender a queda enquanto evento adverso e analisá-la atentamente, de modo multidisciplinar, é a melhor forma de corrigir a prática. A atenção com a segurança dos pacientes consiste ainda em fornecer métodos e instrumentos que subsidiem os profissionais na busca em elucidar a gênese desses eventos assim como os possíveis fatores que contribuem para a sua ocorrência (PENA; MELLEIRO, 2017).

É nesse aspecto que se incluem os métodos de análise de causa raiz, que utilizam avaliações retrospectivas para identificação de causas/fatores profundos dos eventos adversos com ou sem danos. As ferramentas mais utilizadas são: Análise de Barreiras, Análise de Mudanças, Diagrama de Ishikawa e o Protocolo de Londres. Este último além de determinar os fatores contribuintes relacionados a ocorrências dos eventos, os categoriza facilitando a gestão dos riscos e, por conseguinte, otimiza a elaboração de planos de ação (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Dois estudos internacionais, um realizado no Reino Unido e outro abrangendo Canadá, Estados Unidos e Austrália, analisaram fatores contribuintes para a ocorrência de eventos e identificaram fatores relacionados a aspectos individuais dos profissionais, falhas na comunicação, fatores relacionados ao paciente e indisponibilidade de tecnologias como os mais comuns (LAWTON et al. 2012; DONALDSON; PANESAR, DARZI, 2014).

No Brasil a produção acadêmica a respeito do tema ainda é escassa, além da indisponibilidade de estudos geograficamente mais amplos, os quais se fazem necessário pela diversidade das características dos hospitais brasileiros (TEIXEIRA; CASSIANI, 2014).

Frente ao exposto, este trabalho se justifica pela necessidade em identificar precocemente as circunstâncias ou ações que influenciam ou poderiam influenciar no acontecimento deste evento, possibilitando o planejamento da equipe de saúde, em especial do enfermeiro, na escolha de estratégias adequadas para prever, alertar e reduzir, a sua ocorrência no ambiente hospitalar, tornando este um ambiente mais seguro e livre de danos.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é analisar a ocorrência de quedas em pacientes internados em um hospital terciário de São Luís – MA sob a ótica da segurança do paciente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A hospitalização é um processo que demanda adaptações do paciente em relação à estrutura física, rotinas e agravos à saúde, o que podem gerar redução da autonomia e da funcionalidade, aspecto nem sempre compreendido pelo paciente/família e profissionais da saúde (REMOR; CRUZ; URBANETTO, 2014).

Quaisquer eventuais falhas nesse processo de adaptação, o torna mais suscetível à ocorrência de incidentes ou eventos adversos que podem dificultar ou diminuir a qualidade de vida desses pacientes (SEVERO *et al.* 2017).

Nesse sentido, a segurança do paciente tornou-se o foco central das discussões mundiais e virou tema prioritário para gestores e profissionais de saúde, a partir da criação da Portaria 529, de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil (BRASIL, 2013a). Dentre as estratégias estabelecidas pelo programa para diminuição dos incidentes de segurança, está a prevenção da queda durante a hospitalização (REMOR; CRUZ; URBANETTO, 2014).

2.1 Quedas em ambiente hospitalar

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define queda como o evento em que a pessoa inadvertidamente cai ao solo ou níveis inferiores, sem mudança intencional da posição (WHO, 2007).

Segundo Paiva *et al.* (2016), queda no ambiente hospitalar é o terceiro evento adverso mais relatado, que pode ocasionar desconforto físico e emocional ao paciente, aumento de custos no tratamento, necessidade de cuidados intensivos, internação hospitalar prolongada, aumento dos riscos para complicações e altos níveis de reincidência e, logo, aumento da sua morbidade.

As quedas de pacientes hospitalizados têm um efeito acentuado na saúde devido ao fato de ser um problema relacionado à segurança do paciente, além de um problema para a qualidade dos cuidados em várias instituições de saúde do mundo (SEVERO *et al.* 2014). As quedas ocorridas durante a hospitalização representam uma das situações mais importantes de falta de segurança e podem ser responsáveis pelo aumento do número de dias de internação e atraso da recuperação de pacientes (ABREU *et al.* 2012).

Indivíduos que sofrem quedas têm em média 12,3 dias a mais de internação e a ocorrência do incidente pode acrescentar até 61% nos custos hospitalares (AVANECEAN *et al.* 2017).

A amplitude das quedas em pacientes hospitalizados é global, de forma que profissionais da saúde e gestores de diversas nacionalidades têm buscado alternativas para aumento da segurança e redução do incidente até o mínimo aceitável. Entre essas estratégias estão políticas públicas e os protocolos de prevenção, que guiam a avaliação do risco de quedas por meio de predição (SEVERO *et al.* 2017).

Urbanetto *et al.* (2016) em seu estudo realizado no Rio grande do Sul, com 1487 pacientes, classifica a queda como “acidental” e “fisiológica não antecipada”, a primeira, ocorre quando o paciente escorrega ou tropeça, geralmente causada por fatores ambientais; fisiológica antecipada, que é uma queda previsível, onde o paciente apresenta sinais que indicam a probabilidade de cair, e pode ser prevista por escalas de risco de queda, a segunda, o autor classifica como fisiológica não antecipada, definida como imprevisível, e geralmente associada à presença de convulsões, desmaios, fraturas e outros.

2.1.1 Epidemiologia

Segundo Severo *et al.* (2017), as quedas são responsáveis por 40% dos eventos adversos em hospitais, e sua frequência varia de 1,4 a 13,0 por cada 1000 pacientes/dia. Geralmente, esses eventos agravam os problemas de saúde e as principais são o trauma; remoção não programada de cateteres, drenos e sondas; medo de cair; alterações emocionais; piora clínica; e até a morte. Nos Estados Unidos da América, os custos de tratamento de pacientes com quedas totalizaram 19 bilhões de dólares por ano. Inglaterra e País de Gales atingiram 15 milhões de euros por ano. No Brasil, as despesas do Sistema Único de Saúde (SUS) com fraturas devido a quedas no idoso atingiram 20 milhões de reais por ano.

Mata *et al.* (2017), em sua pesquisa, afirma que nos Estados Unidos da América, a taxa de prevalência de quedas varia de 3,3 a 11,5 quedas por 1000 pacientes-dia, e ainda que 50% dos pacientes hospitalizados apresentam em risco para quedas, em 6% podem ocorrer lesões graves que incluem fraturas, hematomas e até mesmo a morte.

O autor ainda indica que as lesões decorrentes de quedas são a quinta causa mais comum de morte em idosos no Reino Unido e estimando que tal incidente resulte em mais de 200.000 internações hospitalares anualmente, sendo que destas, 78% têm mais que 75 anos (MATA *et al.* 2017).

No Brasil, dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre incidentes relacionados à saúde, identificaram-se 3.600 falhas relacionadas a quedas, sendo, a segunda causa de notificações de incidentes. Ainda segundo a ANVISA, o motivo “perda do equilíbrio” representou 54,8%, e em relação aos fatores ambientais, constatou-se que quedas envolvendo o mobiliário “Cama” representaram 38,6% do total e 28,8% ocorreram no banheiro (ANVISA, 2016).

2.1.2 Fatores de risco

Quanto aos principais fatores de risco relacionados a quedas, pode-se citar (LUNSFORD; WILSON, 2015; PI *et al.* 2016):

- Fatores demográficos, que inclui pacientes menores de cinco anos e acima de 65 anos;
- Fatores psico-cognitivos, como depressão ou ansiedade;
- Fatores relacionados a condições de saúde, como acidente vascular encefálico prévio, incontinência vesical e/ou intestinal, hipotensão postural, tontura, artrite, osteoporose e condições metabólicas;
- Fatores ligados à funcionalidade, como fraqueza muscular e até mesmo a amputação de membros inferiores;
- Fatores relacionados ao comprometimento sensorial, equilíbrio corporal, utilização de determinados medicamentos, obesidade severa e a própria história prévia de quedas.

2.1.3 Escalas de avaliação de risco

Uma das estratégias para a prevenção da queda é a identificação precoce do risco. Escalas de avaliação do risco de queda são ferramentas que atribuem um valor numérico a fatores de risco. Estes são somados de forma a predizerem se o paciente tem ou não risco de queda.

Existem diversos modelos de predição habitualmente utilizados nas instituições de saúde, como a Morse Fall Scale (MFS) no Canadá (MORSE; MORSE; TYLKO, 1989); a St Thomas Risk Assessment Tool in Falling Eldery In patients (STRATIFY) na Inglaterra (OLIVER *et al.* 1997); a Hendrich II Fall Risk Model (HENDRICH; BENDER; NYHUIS, 2003) e a Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (POE *et al.* 2005), nos Estados Unidos da América, os quais variam em termos de sensibilidade e especificidade e apresentam possíveis vieses nos protocolos de desenvolvimento (SEVERO *et al.* 2017).

A MFS é uma das escalas mais utilizada, pois leva em consideração um desenvolvimento de estudos comparativos em populações de pacientes internados em diferentes hospitais (DIAS; MARTINS; ARAÚJO, 2014).

A MFS é descrita pela sua autora como sendo um método simples e rápido de avaliar a probabilidade de um doente cair, tendo duas décadas de investigação. A escala foi desenvolvida em 1985 no Canadá, na Universidade de Alberta, por Janice Morse, para identificar os indivíduos com risco de quedas (MORSE; MORSE; TYLKO, 1989).

A escala integra seis itens de avaliação e que são: (1) história anterior de queda; (2) existência de um diagnóstico secundário; (3) apoio para caminhar; (4) terapia intravenosa; (5) postura no andar e na transferência; (6) estado mental. Os itens 1, 2, 4 e 6 são medidos numa escala dicotômica Não/Sim em que “Não” toma sempre o valor zero e “Sim” o valor 15 (nos itens 2 e 6), 20 (no item 4) ou 25 (no item 1). O item 3 tem como respostas possíveis “Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeiras de rodas” (0), “Muletas/canadianas/bengala/andarilho” (15) ou “Apoia-se no mobiliário para andar” (30). Por fim, o item 5 tem como respostas possíveis “Normal/acamado/imóvel” (0), “Debilitado” (10) e “Dependente de ajuda” (20) (DIAS; MARTINS; ARAÚJO, 2014).

A pontuação total da escala varia entre 0 e 125 e os indivíduos são discriminados em função do risco apresentado como: sem risco (0-24), baixo risco (25-50) e alto risco (≥ 51) (DIAS; MARTINS; ARAÚJO, 2014).

Em 2013, foi realizada a tradução e adaptação para a língua portuguesa do Brasil da Morse Fall Scale (MFS). Segundo Urbanetto *et al.* (2016), os resultados de seu estudo comprovam que as propriedades psicométricas da MFS-B são sólidas e apropriadas para avaliar o risco de quedas em pacientes hospitalizados na

realidade brasileira. A validade preditiva foi análoga à da versão original, mantendo-se o ponto de corte de ≥ 45 pontos como forte indicação de risco para quedas.

2.1.4 Protocolos de Prevenção

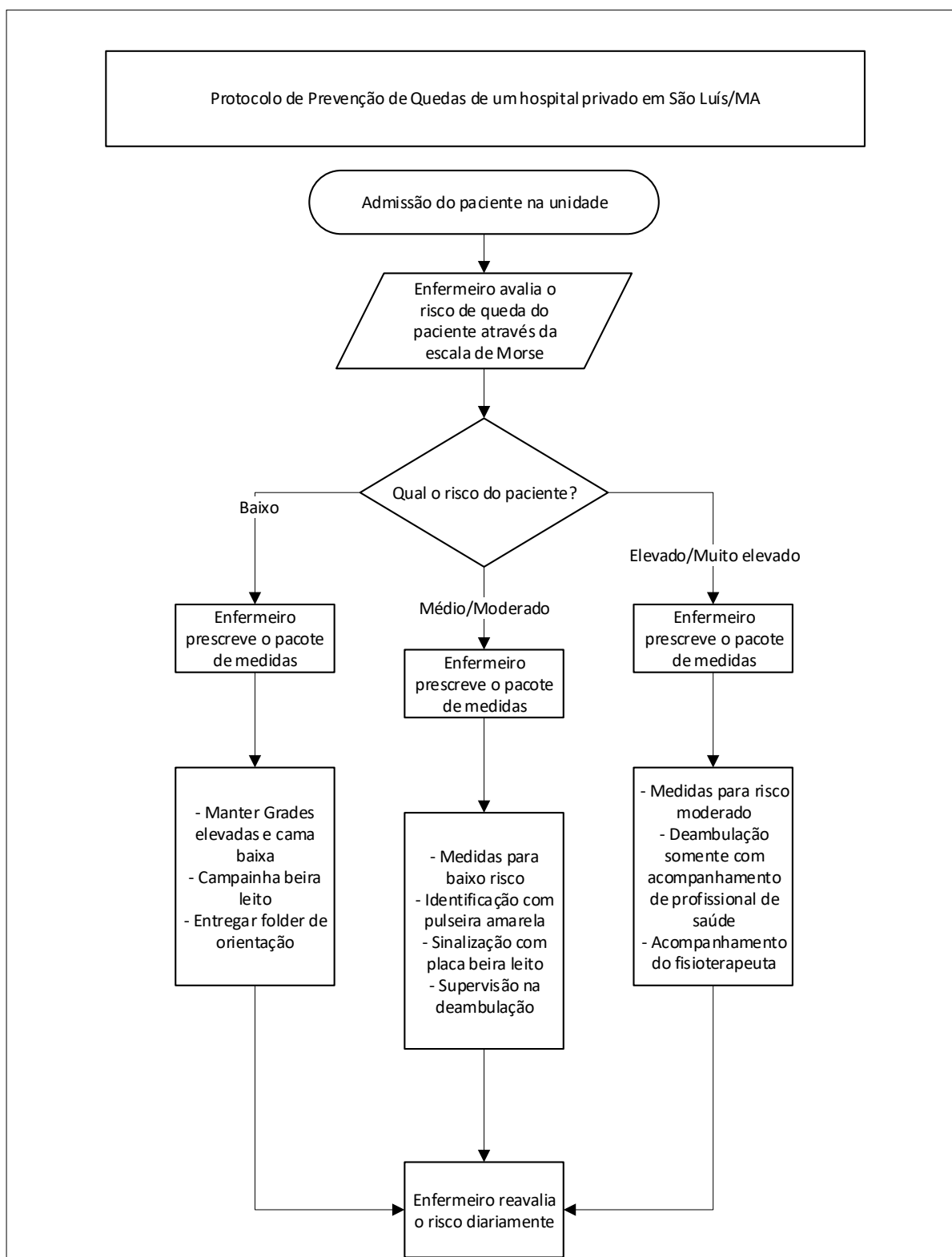
É ponto de vista unânime nas instituições de saúde, particularmente para pacientes com risco de queda, a necessidade de implantação de protocolos de prevenção (WACHTER, 2013).

Dois estudos internacionais com alto rigor metodológico evidenciaram a efetividade das estratégias de prevenção de quedas estabelecidas pelos protocolos hospitalares. Um deles observou a redução de 50% do risco de queda em pacientes cognitivamente intactos através do uso de materiais educativos de áudio e vídeo com o acompanhamento da participação da fisioterapia; O outro estudo destacou o impacto na redução pela metade das quedas em idosos por meio do uso de um Kit de ferramentas que inclui desde a avaliação de risco, prescrição de medidas preventivas individualizadas e participação da equipe multiprofissional nas abordagens aos pacientes (CALIGTAN *et al.* 2012; HILL *et al.* 2015).

Fica evidente através destes estudos que para o sucesso dos protocolos de prevenção de queda há a necessidade de pressupostos básicos, tais como: avaliação de risco, participação da equipe multiprofissional na abordagem dos pacientes, educação contínua e uso de tecnologias de informação como suporte facilitador da compreensão das orientações (WACHTER, 2013).

Na instituição em estudo, o protocolo de prevenção de quedas é composto pela avaliação de risco a partir da escala de Morse, prescrição de medidas preventivas de acordo com o risco avaliado e educação em saúde a partir de folders entregues no momento da admissão do paciente (FIGURA 1).

Figura 1 – Protocolo de Prevenção de quedas da instituição em estudo.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos Protocolos de Segurança do Paciente Institucionais.

2.2 Segurança do paciente e a prevenção de quedas

2.2.1 O Programa Nacional de Segurança do Paciente

Os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), demonstrando preocupação com a situação, criou a World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) que tem como objetivos organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos (ANVISA, 2016).

Como desdobramento dessas ações foi criado em 2013, no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, com o objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2017).

As ações do PNSP articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial e contemplam demais políticas de saúde para somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Ainda como parte destas ações, se inclui a publicação da RDC/Anvisa nº 36/2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Esta normativa regulamenta aspectos da segurança do paciente como a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (ANVISA, 2016).

Essa política reforça nas instituições de saúde e aos profissionais a importância de promover a segurança do paciente tendo como ponto de partida a criação de seis metas básicas a serem cumpridas com base em protocolos específicos (BRASIL, 2013a; BITTENCOURT; LORO; WINKELMANN, 2016).

Os protocolos básicos de segurança do paciente são instrumentos para implantação das ações em segurança do paciente. A Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente (BRASIL, 2017).

Esses protocolos são resultantes de consenso técnico-científico e possuem a meta de instituir estratégias para a segurança do paciente, devendo ser utilizados em todas as instituições de saúde nacionais (BRASIL, 2013b). Os protocolos lançados são: Prevenção de Quedas, Identificação do Paciente, Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos nos serviços de saúde, Prevenção de Úlcera por Pressão e Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013a).

Para atuarem devidamente, esta política deve ser efetiva. E para tal é necessário apresentarem uma abordagem integrada em seus diversos setores específicos: saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação.

Desse modo, o programa de segurança do paciente deve ser difundido nas diferentes instituições que compõem o sistema de saúde em todos os estados da federação afim de que conheçam e compartilhem o conhecimento acerca dos resultados obtidos na assistência, sendo necessária a implantação de um sistema nacional de notificações de incidentes, considerada como uma das ações prioritárias do programa nacional de segurança do paciente que contemple, minimamente, metas para gestão dos riscos envolvendo a assistência à saúde (BRASIL, 2013a; CAPUCHO, *et al.* 2013).

2.2.2 Análise de causa raiz de eventos adversos: O Protocolo de Londres

A análise de causa raiz (ACR) é uma metodologia retrospectiva aplicada após a ocorrência dos incidentes com o objetivo de identificar as causas dos incidentes ou acidentes e propor estratégias para que não ocorra novamente (WACHTER, 2013).

Este método possibilita que as instituições de saúde tenham ciência dos riscos ou fragilidades em processos falhos, e identifiquem causas sistêmicas e ações corretivas para este sistema mal elaborado. Além disso, informações dessas análises podem ser compartilhadas entre as instituições, o que pode prevenir futuros incidentes (BRASIL, 2017).

Existem várias técnicas e/ou ferramentas que podem ser utilizadas para realizar a ACR. Entre algumas técnicas utilizadas por este tipo de análise há a análise de barreiras, ou seja, identificar quais barreiras contribuíram para a ocorrência dos incidentes, a fim de corrigi-las para que executem com precisão o

seu papel, evitando a ocorrência do incidente novamente e a análise de mudanças, na qual a tarefa realizada com sucesso é comparada com aquela que não teve sucesso (BRASIL, 2017).

Com relação às ferramentas, o desenho dos fatores causais é um tipo de fluxograma que apresenta o incidente do início ao fim; o diagrama de causa-efeito ou o Diagrama de Ishikawa (ou espinha-de-peixe) é um diagrama que representa as diversas causas dos incidentes por categorias, após a utilização da pergunta “por que” este incidente ocorreu, possibilitando a identificação das causas raízes (TAYLOR-ADAMS; VICENT, 2004; BEARD; HOFFMAN *et al.* 2012).

O brainstorming ou tempestade de ideias também pode ser utilizado a fim de identificar as diversas causas que podem ter contribuído para a ocorrência do incidente (RUNCIMAN; HIBBERT; THOMSON *et al.* 2009; BEARD; HOFFMAN *et al.* 2012).

Além disso, diversos países vêm propondo métodos de análises de causa raiz, utilizando estas técnicas ou ferramentas, como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Austrália entre outros (BRASIL, 2017).

No Brasil, a metodologia da análise de causa raiz foi proposta baseando-se em algumas etapas do Protocolo de Londres e da Seeking out the underlying root causes of events para analisar incidentes, e que permite que as falhas ativas e latentes de um sistema mal elaborado sejam elucidadas (TEIXEIRA, 2012).

O Protocolo de Londres é a versão revista e atualizada do “Protocolo para Investigação e Análise de Incidentes Clínicos”. O protocolo apresenta um processo de investigação de acidentes e análises desenvolvidas em contexto de investigação, que foi adaptado para o uso prático pelos gestores de riscos e outros treinados em investigação de um incidente. Esta abordagem já foi aperfeiçoada e desenvolvida à luz da experiência e investigação de incidentes dentro e fora do sistema de saúde (TAYLOR-ADAMS; VICENT, 2004).

A finalidade do protocolo é garantir uma investigação exaustiva e pensativa para análise de um incidente, indo além da identificação mais comum de falhas e culpa. O objetivo essencial é a reconstrução de uma situação para o entendimento de todas as suposições, com toda a extensão de variedades com uma visão mais sistêmica (BRASIL, 2017).

O primeiro passo em qualquer análise é identificar as falhas ativas - atos inseguros ou omissões cometidas por aqueles na linha de frente do sistema (médicos

anestesistas, cirurgiões, enfermeiros), cujas ações podem ter efeitos imediatos e consequências adversas. O segundo passo é considerar as condições em que os erros podem ocorrer e o contexto da instituição, que são conhecidos como fatores contribuintes. Estas condições incluem fatores como alta carga de trabalho e fadiga; conhecimento, habilidade ou experiência inadequados; supervisão ou instrução inadequada, um ambiente estressante, mudanças rápidas dentro de uma organização, sistemas de comunicação inadequados; mau planejamento e programação, manutenção de equipamentos e edifícios inadequados. Estes são os fatores que influenciam o desempenho do pessoal, e que pode precipitar erros e afetar os resultados do paciente (TAYLOR-ADAMS; VICENT, 2004; BRASIL, 2017) (QUADRO 1).

Quadro 1 – Fatores contribuintes segundo Protocolo de Londres.

TIPO DE FATOR	FATOR CONTRIBUINTE
Fatores do Paciente	Riscos Conhecidos/ História Clínica Condição do Paciente Questões Pessoais Dif. Comunicação
Fatores Individuais do Profissional	Competência Pessoal Supervisão Conhecimento e habilidade
Fatores da Tarefa ou Tecnologia	Adequação, falta ou disponibilidade de equipamento Segurança/manutenção
Fatores do Time/Equipe	Avaliação Inadequada do Paciente Disponibilidade de Ajuda Informações não fornecidas Má interpretação de informações Problemas de comunicação
Fatores do Ambiente de Trabalho	Padrões de turno e carga de trabalho Interrupções, barulho e conforto térmico Apoio administrativo e gerencial no ambiente de trabalho
Fatores Organizacionais e Gerenciais	Restrições Financeiras Políticas, padrões e protocolos ambíguos Cultura de segurança e prioridades

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Em qualquer situação a história clínica do paciente terá influência mais direta sobre a prática e os resultados. Outros fatores do paciente, tais como condições do paciente, questões pessoais e dificuldades de comunicação também

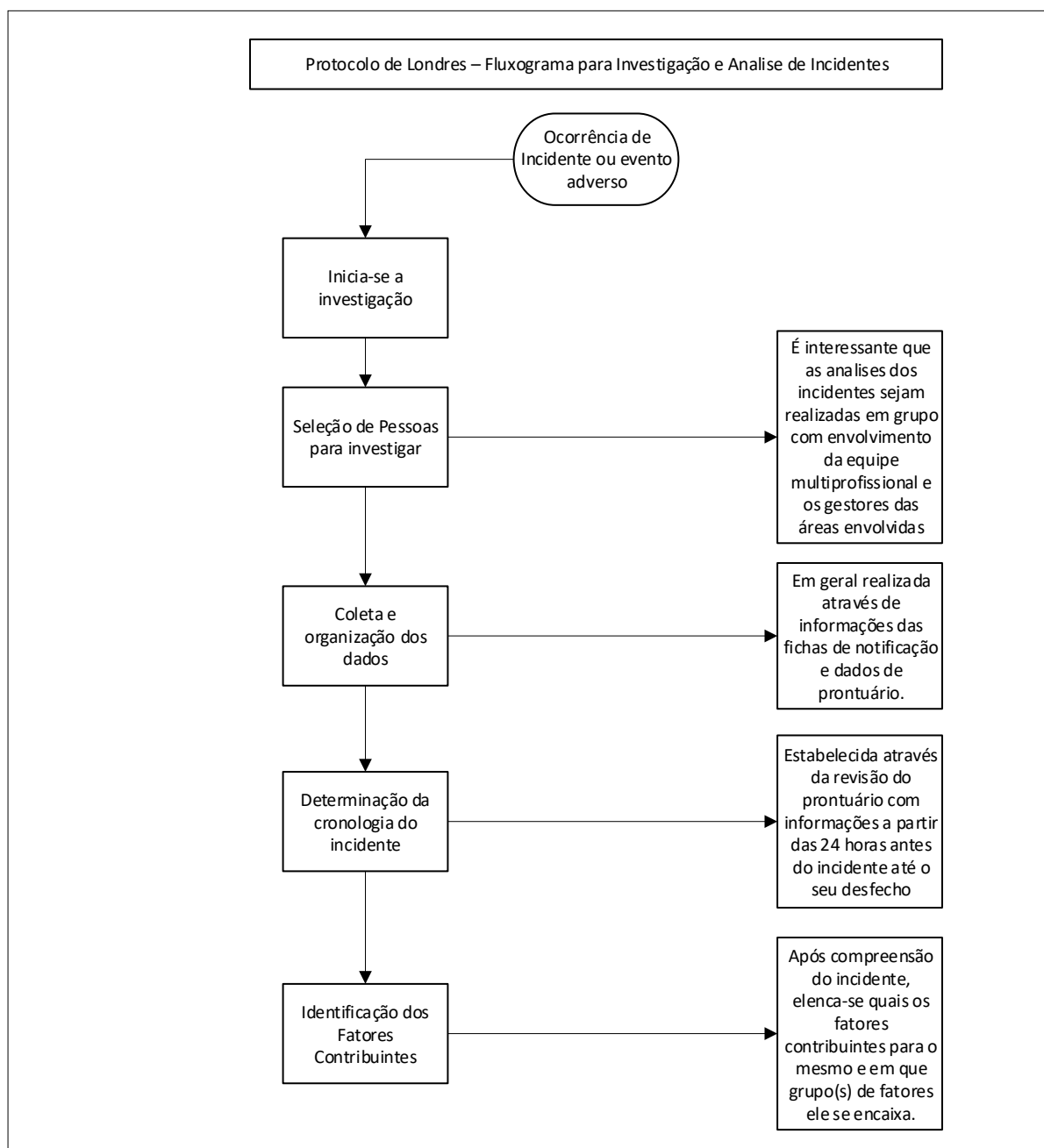
podem ser importantes porque podem influenciar a relação com os funcionários. O desenho da tarefa, a disponibilidade e utilidade dos protocolos poderão influenciar o processo de cuidado e afetar a qualidade do atendimento. Os fatores individuais do profissional incluem o conhecimento, habilidades e experiência de cada membro da equipe, que obviamente vai afetar sua prática clínica (TAYLOR-ADAMS; VICENT, 2004; BRASIL, 2017).

Cada membro da equipe é parte de uma equipe dentro da unidade de internação ou comunidade, e parte da organização maior do hospital ou serviço de saúde mental. A forma como um indivíduo trabalha e seu impacto sobre o paciente, é limitada e influenciada pelos outros membros da equipe e pela forma como eles se comunicam, apoiam e supervisionam um ao outro. Todos os membros da equipe são influenciados pelo ambiente de trabalho, tanto no plano físico do ambiente (luz, espaço, ruído) e fatores que afetam a moral dos funcionários e capacidade de trabalhar de forma eficaz (TAYLOR-ADAMS; VICENT, 2004; BRASIL, 2017).

A equipe é influenciada por sua vez, através de ações de gestão e por decisões tomadas em um nível superior na organização. Estas incluem políticas para o uso de terceiros ou funcionários de agências, à educação continuada, treinamento e fiscalização e da disponibilidade de equipamentos e suprimentos. A própria organização é afetada por contextos institucionais, incluindo limitações financeiras, órgãos externos de regulação e de forma mais ampla, pelo clima econômico e político (TAYLOR-ADAMS; VICENT, 2004; BRASIL, 2017).

O protocolo fornece um fluxograma para a condução da investigação com todas as fases do processo e mostra a meta de cada fase para atingir o objetivo final. O fluxo de investigação é padronizado e segue a mesma lógica para qualquer tipo de incidente. A equipe pode escolher percorrer rapidamente todas as questões ou realizar uma investigação completa e detalhada ao longo de várias semanas. O que irá direcionar esta decisão será a probabilidade de repetição do evento e pela gravidade de suas possíveis consequências ou ainda pela potencial possibilidade de aprendizagem através do incidente de segurança (FIGURA 2) (BRASIL, 2017).

Figura 2 – Protocolo de Londres



Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

Ao final de todo o processo de investigação e análise são propostas sugestões de melhorias através de planos de ação, com envolvimento da equipe assistencial e gestores, com foco nas fragilidades apontadas pelo protocolo (BRASIL, 2017).

2.2.3 Atuação da enfermagem no contexto da segurança do paciente

A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado, e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura.

Em um estudo realizado por Aiken *et al.* (2003) fora demonstrada a importância do enfermeiro na promoção da segurança do paciente e na prevenção de incidentes e eventos adversos, observou-se que nos hospitais com maior número de profissionais de enfermagem com nível superior, ou seja, enfermeiros, menor é a taxa de mortalidade dos pacientes.

Nessa perspectiva, Pedreira *et al.* (2009) atenta para a necessidade dos profissionais de enfermagem, especialmente o enfermeiro, desenvolver uma atitude de liderança, promovendo a segurança do paciente e constituindo-a num componente essencial do cuidar.

É essencial que os profissionais de saúde identifiquem os fatores de risco das quedas para evitar esta condição, já que o nível de risco dos pacientes pode influenciar as escolhas das intervenções preventivas (SEVERO *et al.* 2017).

Assim, é papel do serviço de enfermagem apresentar meios que facilitem a comunicação dos eventos e captação das informações necessárias. Sendo essencial o rastreamento dos pacientes com risco para queda, bem como da utilização de protocolos de prevenção e realização da adequação dos recursos físicos no âmbito hospitalar foco na segurança do paciente durante a internação (REMOR; CRUZ; URBANETTO, 2014).

De modo a diminuir a prevalência do evento, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio do PNSP, propõem as seguintes medidas de prevenção a quedas: a orientação periódica sobre os efeitos de medicação, a avaliação da segurança e do conforto durante a internação, o estímulo à deambulação (sempre com a ajuda de um membro da equipe ou familiar) e a interação da equipe multiprofissional, que constituem importantes medidas para prevenir este fenômeno no paciente internado (BRASIL, 2013a).

Esse achado ratifica a importância do enfermeiro como protagonista na equipe multiprofissional especialmente em aspectos que envolvem a segurança do paciente. Dessa forma, para reforçar a inserção dos profissionais de enfermagem

frente à segurança do paciente, em um encontro no Chile no ano de 2005, se originou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) pela Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (CASSIANI, 2010).

Três anos após a criação da RIENSP, foi formada em São Paulo a Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente (REBRAENSP), que passa a integrar essa Rede, difundindo os objetivos, conceitos, estratégias e incentivando a participação dos enfermeiros, de modo a aprimorar a qualidade da assistência e, por conseguinte ofertar um cuidado seguro (CASSIANI, 2008). A REBRAENSP tem como principal finalidade ser um elo de articulação e de cooperação técnica entre instituições direta e indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais de saúde para fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade, desenvolvendo diversos programas conforme as necessidades de estados e de municípios no território nacional (CASSIANI, 2008).

Dando continuidade a esse processo, fora criado em outubro de 2017, em São Luís, um núcleo da REBRAENSP. Este compartilha as mesmas atividades dos outros núcleos espalhados em todo o Brasil, onde o foco central é fortalecer a cultura de segurança do Paciente através de ações integradas entre hospitais, centros de ensino e demais órgãos ligados à saúde, evidenciando os profissionais de enfermagem, em especial os enfermeiros, como atores desse processo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar os fatores contribuintes para ocorrência de quedas em pacientes internados em um hospital terciário sob a ótica de segurança do paciente.

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar os pacientes quanto às variáveis sócio-demográficas e clínicas;

Levantar as taxas de incidência de queda mensal e por ano segundo a unidade assistencial;

Categorizar os pacientes quanto ao risco de queda avaliado antes da ocorrência do evento por unidade assistencial;

Caracterizar as quedas quanto à natureza, tipo, local, companhia no momento do evento, turno da ocorrência, risco avaliado e medidas preventivas no hospital por unidade assistencial;

Identificar os fatores coadjuvantes / contribuintes para a ocorrência quedas.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de abordagem retrospectiva.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital terciário privado em São Luís, Maranhão. A instituição conta com 226 leitos de internação divididos em Clínica médica, Clínica cirúrgica, Oncologia, Pediatria e Unidade de terapia intensiva. Dispõe de duas certificações, sendo uma nacional, validada pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), onde fora avaliado como Hospital Acreditado em excelência, o que representa que a instituição dispõe de padrões de qualidade de referência nacional na sua estrutura e na gestão dos seus processos bem como dos seus resultados. Em relação a certificação internacional, a instituição foi avaliada como Hospital Padrão Diamante, através do Qmentum, programa de certificação em saúde baseado no modelo assistencial de qualidade Canadense.

4.3 População do estudo

Pacientes admitidos nas clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, oncológica e Unidade de Terapia Intensiva que sofreram queda.

4.4 Critérios de inclusão e não inclusão

Foram incluídos pacientes admitidos nas unidades de internação e UTI, entre o período de janeiro de 2016 a junho de 2018, de ambos os sexos, que sofreram queda durante o seu período de internamento.

Foram excluídos pacientes cujas informações estivessem incompletas, aqueles que foram a óbito ou cujos dados demonstraram-se inconsistentes.

4.5 Coleta e análise dos dados

As informações coletadas para este estudo foram oriundas de um banco de dados da instituição, o qual é alimentado através do preenchimento da ficha de auditoria de queda (ANEXO A), imediatamente após a ocorrência e notificação deste evento. Esta ficha dispõe das seguintes variáveis:

1. Dados do evento: turno de ocorrência (manhã, tarde ou noite), local (quarto, banheiro, sala de exames), circunstância (se de própria altura, da cama, poltrona, dentre outros), companhia no momento da queda, dano ocasionado (nenhum, leve, moderado, grave ou óbito), avaliação prévia do risco (baixo, moderado e elevado) e medidas preventivas adotadas (pulseiras de identificação, placa de sinalização beira leito, grades elevadas, campainha próximo ao leito e orientação do paciente e familiares/acompanhantes);

2. Variáveis Sócio demográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil;

3. Variáveis Clínicas: diagnóstico, co-morbidades e medicamentos de uso contínuo.

4. Escala de Morse (ANEXO B): contendo seis itens de avaliação: histórico de queda recente; diagnóstico secundário; auxílio na deambulação; terapia endovenosa; marcha; estado mental. A soma das pontuações de cada item gera um escore para a classificação do risco em Risco Baixo (0 – 24 pontos), Risco Moderado (25 – 44 pontos), Risco Elevado (≥ 45 pontos).

A incidência de quedas nas UI's foi calculada a partir da fórmula: $\text{n}^\circ \text{ de quedas} / \text{n}^\circ \text{ de pacientes dia} \times 1.000$. Considerou-se paciente internado àqueles com necessidade de observação e que permaneceram no setor por mais de 6 horas.

Para determinar os fatores coadjuvantes em relação a queda, foi utilizado o Protocolo para investigação e Análise de Incidentes Clínicos, usualmente conhecido como Protocolo de Londres. Este é composto por seis etapas, a saber: identificação do problema, formação de equipe para investigação, organização e coleta dos dados, determinação da ordem cronológica do incidente, classificação do tipo de incidente e identificação dos fatores coadjuvantes para o evento investigado.

A identificação do problema fora comum a todos os casos porque nesse estudo os eventos eram os mesmos, a saber, as quedas. Em relação a formação da equipe fora utilizada a mesma responsável pela auditoria e análise das quedas na instituição (Time de Queda). No que diz respeito a organização e coleta de dados foi

realizada uma primeira etapa com dados já disponíveis em banco de dados (anos de 2016 a 2017) e outra parte foi realizada coleta no ano vigente concomitante a realização do estudo (1º semestre de 2018). A ordem cronológica destes eventos foi estabelecida a partir de dados do prontuário. Não interessou ao estudo a classificação das quedas enquanto incidente com dano ou sem danos, ou seja, foram consideradas todas as quedas independentemente da classificação. Por fim, em posse destes dados, foram levantados todos os possíveis fatores contribuintes/coadjuvantes para a ocorrência das quedas e agrupados de acordo com as cinco categorias estabelecidas pelo Protocolo.

Os dados foram tabulados e analisados no software Data Analysis and Statistical Software (STATA®) versão 14.0. As variáveis foram apresentadas em gráficos e tabelas com frequências absolutas e relativas. Para avaliar a diferença de proporção das variáveis relacionadas a ocorrência de queda e as unidades de internação foi realizado o teste Exato de Fisher-Freeman-Halton. Para o teste estatístico foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

4.6 Aspectos Éticos

O estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais de pesquisa de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 466/12, que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Foi anexado solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido por se tratar de pesquisa com dados secundários com preservação das informações confidenciais dos participantes (APÊNDICE A).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital São Domingos sob o parecer de nº 2. 697. 742 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

Neste estudo, foram avaliados 136 pacientes que sofreram queda durante a internação, predominaram pacientes idosos (44,1%), homens (54,1%), com ensino médio completo (47,1%), internados na clínica médica (57,4%), hipertensos (39,7%), diabéticos (25,0%), com medicamentos de uso contínuo (55,6%) e parte destes medicamentos potencializavam o risco de queda (32,4%) (TABELA 1).

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e clínicas de pacientes internados com ocorrência de quedas em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
Até 18	20	14,7
Entre 19 e 40	32	23,5
Entre 41 e 59	24	17,7
60 anos ou mais	60	44,1
Md±Dp		48,6±26,9
Sexo		
Feminino	62	45,6
Masculino	74	54,4
Escolaridade		
Educação infantil	8	5,9
Fundamental	12	8,8
Médio completo	64	47,1
Superior incompleto	3	2,2
Superior completo	37	27,2
Não se aplica	12	8,8
Estado Civil		
Solteiro (a)	52	38,2
Casado (a)	75	55,2
Divorciado (a)	3	2,2
Viúvo (a)	6	4,4
Unidade de internação		
Clínica cirúrgica	6	4,4
Clínica médica	78	57,4
Pediatria	20	14,7
Oncologia	21	15,4
Unidade de tratamento intensivo	11	8,1
Hipertensão arterial sistêmica		
Ausente	82	60,3
Presente	54	39,7
Diabetes mellitus		
Ausente	102	75,0
Presente	34	25,0
Uso contínuo de medicamentos		
Ausente	55	40,4
Presente	81	55,6
Uso contínuo de medicamentos que potencializam o risco de queda		
Ausente	37	67,6
Presente	44	32,4
TOTAL	136	100,0

Com relação às características das quedas, foi observada prevalência no período da manhã (56,6%), ocorridas no quarto (51,5%), de própria altura (63,2%), onde o familiar foi o acompanhante presente em 98,9% das ocorrências e em 68,4% não houve danos ao paciente (TABELA 2).

Tabela 2 – Características relacionadas à ocorrência da queda e unidade de internação de pacientes em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019.

Ocorrência da queda	Unidades de Internação												p-valor*
	Total		Clínica Cirúrgica		Clínica Médica		Oncologia		Pediatría		UTI		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Período da queda													
Manhã	77	56,6	3	50,0	43	55,1	16	76,2	10	50,0	5	45,5	0,089
Tarde	23	16,9	0	-	10	12,8	3	14,3	7	35,0	3	27,3	
Noite	36	26,5	3	50,0	25	32,1	2	9,5	3	15,0	3	27,3	
Local da queda													
Banheiro	63	46,3	2	33,3	40	51,3	16	76,2	3	15,0	2	18,2	<0,001
Quarto	70	51,5	4	66,7	37	47,4	4	19,1	16	80,0	9	81,8	
Corredor	2	1,5	0	-	1	1,3	0	-	1	5,0	0	-	
Outro	1	0,7	0	-	0	-	1	4,8	0	-	0	-	
Detalhe do local da queda													
Própria altura	86	63,2	2	33,3	58	74,4	15	71,4	7	35,0	4	36,4	<0,001
Cama	26	19,1	2	33,3	10	12,8	2	9,5	10	50,0	3	18,2	
Poltrona	9	6,6	0	-	4	5,1	0	-	2	10,0	3	27,3	
Cadeira higiênica	11	8,1	1	16,7	6	7,7	3	14,3	0	-	1	9,1	
Cadeira de rodas	1	0,7	0	-	0	-	1	4,8	0	-	0	-	
Sofá	1	0,7	0	-	0	-	0	-	1	5,0	0	-	
Vaso sanitário	2	1,5	1	16,7	0	-	0	-	0	-	1	9,1	
Se a queda foi da cama, adequação? (n=26)													
Presente	17	65,4	1	50,0	7	70,0	1	50,0	7	70,0	1	50,0	0,014
Ausente	9	34,6	1	50,0	3	30,0	1	50,0	3	30,0	1	50,0	
Estava com acompanhante													
Não	47	34,6	2	33,3	34	43,6	6	28,6	1	5,0	4	36,4	0,013
Sim	89	65,4	4	66,7	44	56,4	15	71,4	19	95,0	7	63,6	
Quem era o acompanhante (n=89)													
Cuidador	1	1,1	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0,015
Familiar	88	98,9	4	100,0	45	100,0	13	92,9	19	100,0	7	100,0	
Houve dano													
Não	93	68,4	2	33,3	55	70,5	15	71,4	13	65,0	8	72,7	0,468
Sim	43	31,6	4	66,7	23	29,5	6	28,6	7	35,0	3	27,3	

*Teste de Fisher-Freeman-Halton.

No que se refere à avaliação do risco de queda, esta foi realizada em 99,3% dos pacientes, majoritariamente classificados como de risco elevado (43,7%), 0,7% dos pacientes não tiveram seu risco de queda avaliado na sua admissão da unidade; o uso de pulseira de identificação de risco esteve presente em 95,5% dos avaliados e a orientação sobre as medidas a serem aderidas para prevenção da

ocorrência da queda foi dada a 100%, seja através de folder ou comunicação verbal (TABELA 3).

Tabela 3 – Características relacionadas às medidas preventivas contra a ocorrência de queda e unidade de internação de pacientes em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019.

Medidas preventivas	Total		Unidades de internação										p-valor*
			Clínica Cirúrgica		Clínica Médica		Oncologia		Pediatria		UTI		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Foi avaliado o risco de queda													
Não	1	0,7	0	-	1	1,3	0	-	0	-	0	-	1,000
Sim	135	99,3	6	100,0	77	98,7	21	100,0	20	100,0	11	100,0	
Qual o risco identificado (n=135)													
Baixo	30	22,2	3	50,0	21	27,3	5	23,8	0	0,0	1	9,1	<0,001
Moderado	46	34,1	2	33,3	35	45,5	6	28,6	0	0,0	3	27,3	
Elevado	59	43,7	1	16,7	21	27,3	10	47,6	20	100,0	7	63,6	
Uso de pulseira													
Não	2	1,5	0	-	0	-	1	4,8	1	5,0	0	-	0,18
Sim	134	98,5	6	100,0	78	100,0	20	95,2	19	95,0	11	100,0	
Uso de placa de Identificação													
Não	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-
Sim	136	100,0	6	100,0	78	100,0	21	100,0	20	100,0	11	100,0	
Cliente recebeu orientação (Folder)													
Não	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-
Sim	136	100,0	6	100,0	78	100,0	21	100,0	20	100,0	11	100,0	1,000

*Teste de Fisher-Freeman-Halton.

A análise dos eventos com base no Protocolo de Londres evidenciou que os fatores contribuintes relacionados à categoria paciente, como história clínica e condições do paciente, com 66,9% e 67,6%, respectivamente, foram predominantes para a ocorrência de quedas na instituição. Este achado se refletiu também nas unidades assistenciais como na clínica cirúrgica (66,7%), na clínica médica (80,8%), oncologia (76,2%) e na UTI (63,6%); em relação à categoria fatores individuais do profissional, a falha na supervisão foi observada como fator contribuinte em 30,9% das quedas, também predominando na clínica médica (30,8%), oncologia (33,3%), pediatria (10,0%) e UTI (63,6%); fatores contribuintes relacionados a categoria tecnologias e tarefas, como a adequação/falta ou disponibilidade de equipamento e segurança/manutenção foram encontrados em 30,9% e 3,1% das quedas ocorridas, respectivamente, fatores estes observados em todas as clínicas de internação dos pacientes, mas com maior percentual na pediatria, 45%; já fatores relacionados a categoria Time/Equipe apresentaram menores prevalências, sendo a não disponibilidade de ajuda o fator mais referido entre as clínicas de internação. Não

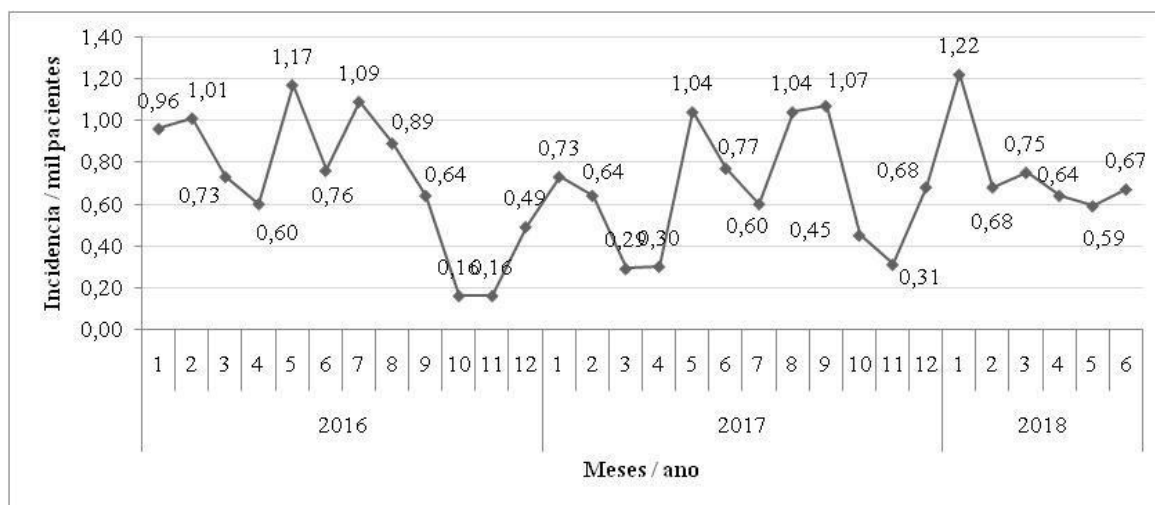
foram evidenciados fatores contribuintes relacionados às variáveis ambiente de trabalho e Instituição / Gestão, logo estas foram omitidas na ilustração (TABELA 4).

Tabela 4 – Fatores contribuintes para ocorrência de quedas por unidade de internação de pacientes em um hospital terciário segundo Protocolo de Londres-São Luís, MA, Brasil, 2019.

Variáveis	Unidades de Internação											
	Total		Clínica Cirúrgica		Clínica Médica		Oncologia		Pediatría		UTI	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Paciente												
Condição do paciente	91	66,9	4	66,7	63	80,8	16	76,2	1	5,0	7	63,6
História clínica/risco conhecido	92	67,6	2	33,3	49	62,8	13	61,9	20	100,0	8	72,7
Questões pessoais	13	9,6			9	11,5	3	14,3	1	5,0		
Dif. Comunicação	1	0,7			1	1,3						
Profissional												
Competência pessoal	7	5,1	2	33,3	4	5,1			1	5,0		
Supervisão	42	30,9	2	33,3	24	30,8	7	33,3	2	10,0	7	63,6
Conhecimento e habilidade	3	2,2			3	3,8						
Tecnologias e tarefas												
Adequação /falta ou disponibilidade de equipamento	42	30,9	1	16,7	23	29,5	7	33,3	9	45,0	2	18,2
Segurança/manutenção	41	30,1	1	16,7	22	28,2	7	33,3	9	45,0	2	18,2
Time/Equipe												
Avaliação inadequada do paciente	8	5,9			8	10,3						
Disponibilidade de ajuda	16	11,8	1	16,7	10	12,8	3	14,3			2	18,2
Informações não fornecidas	7	5,1			2	2,6	1	4,8	2	10,0	2	18,2
Má interpretação de informações	3	2,2			2	2,6	1	4,8	0			
Problema de comunicação	7	5,1			4	5,1	2	9,5	1	5,0		

A taxa geral de incidência de quedas na população em estudo oscilou durante o período avaliado, sendo observados os valores mais elevados no mês de maio de 2016 (1,17) e janeiro de 2018 (1,22) (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 – Taxa geral de incidência de queda de pacientes internados em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019.



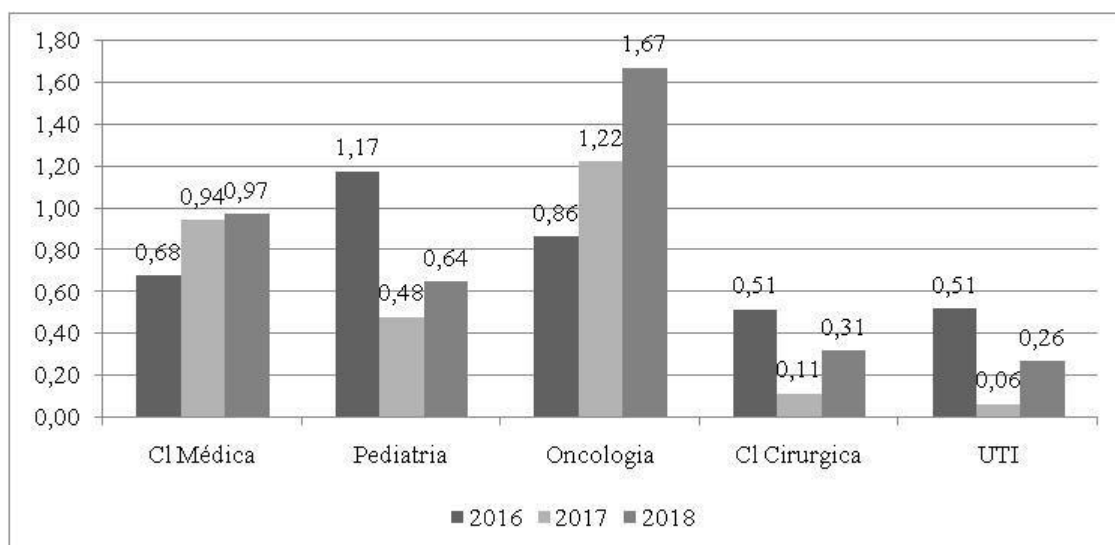
Observou-se oscilação dos valores médios da incidência de quedas passando de $0,72 \pm 0,33$ em 2016 para $0,66 \pm 0,29$ em 2017 e em 2018, $0,76 \pm 0,23$, porém observa-se redução da mediana, de 0,75 em 2016, 0,66 em 2017 e 0,68 em 2018 (TABELA 5).

Tabela 5 – Taxa de incidência de queda de pacientes internados em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019.

Ano	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
2016	0,72	0,33	0,75	0,16	1,17
2017	0,66	0,29	0,66	0,29	1,07
2018	0,76	0,23	0,68	0,59	1,22

Constatou-se aumento da incidência de quedas na clínica médica, de 0,68 em 2016 para 0,97 em 2018, na oncologia, um aumento de 0,86 em 2016 para 1,67 em 2018 e redução na pediatria, de 1,17 em 2016 para 0,64 em 2018, na clínica cirúrgica, 0,51 em 2016 para 0,31 em 2018 e UTI, com redução de 0,51 para 0,26 de 2016 a 2018, respectivamente (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 – Comparativo das taxas de incidência de quedas por clínica de pacientes internados em um hospital terciário. São Luís, MA, Brasil, 2019.



6 DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que o maior percentual de pacientes hospitalizados que sofreram queda era do sexo masculino (54,1%), idosos com idade igual ou superior a 60 anos (44,1%), que apresentavam como principais comorbidades a Hipertensão Arterial (39,7%) e Diabetes (25%) e em sua maioria utilizavam de medicamentos contínuo (55,6%), desta grande parte potencializavam o risco de queda (32,4%). Estes dados foram semelhantes ao encontrado no estudo de Sousa (2014), que avaliou a ocorrência de quedas em um hospital público de ensino e evidenciou nessa população o predomínio do sexo masculino (76,5%) e idosos (45,2%) onde ainda foram referidas como comorbidades a hipertensão arterial (67,1%) e diabetes mellitus (34,3%). Ainda nesse estudo, percebeu-se que 89,0% dos pacientes que sofreram queda utilizavam medicamentos de uso contínuo. Na pesquisa realizada por Meneguín, Ayres e Bueno (2014) em uma unidade de internação de um hospital especializado em cardiologia, também predominaram pacientes do sexo masculino (59,7%), com idade igual ou maior a 60 anos (64,2%).

Ainda sobre o perfil dos pacientes hospitalizados que sofreram queda, Costa *et al.* (2011) constataram em sua pesquisa realizada em um hospital universitário dados que corroboram com os apresentados neste estudo, onde 51% dos avaliados eram do sexo masculino, 34% dos pacientes que sofreram quedas possuíam o diagnóstico médico de Diabetes Mellitus e 26% eram hipertensos. Outro estudo brasileiro realizado por Pasa *et al.* (2017) que avaliou o risco de quedas de pacientes adultos internados em unidades clínica e cirúrgica de um hospital universitário reforçam esses achados, os pacientes que caíram tinham idade igual ou superior a 60 anos e também eram em sua maioria do sexo masculino (57,9%).

Sabe-se que, culturalmente o homem não costuma realizar cuidados de saúde preventivos, procurando assistência de saúde quando já há agravo da morbidade. Tal situação contribui para elevar os percentuais de hospitalização de homens (LAUS *et al.* 2014).

Acredita-se ainda que esse resultado possa ser decorrente da cultura que permeia o ser humano, na qual os homens não costumam solicitar auxílio ou têm resistência em aceitá-lo para realizar atividades como: levantar da cama, deambular, ir ao banheiro, entre outras tarefas básicas. Também, o fato da equipe de enfermagem ser predominantemente composta por mulheres pode influenciá-los

para que não solicitem auxílio profissional para determinadas atividades (COSTA *et al.* 2011).

Ademais, verifica-se o aumento da prevalência das doenças crônicas em decorrência da modificação da pirâmide etária brasileira, o que tem alterado o perfil de internação de pacientes nas unidades hospitalares, constituídos geralmente por idosos, que fazem uso de uma gama de medicamentos, possuem mobilidade reduzida e, conseqüentemente, são dependentes para a realização das atividades da vida diária (LAUS *et al.* 2014).

Este fato é ratificado por Ferreira Neto *et al.* (2015) ao considerarem que o envelhecimento pode aumentar a probabilidade de alterações fisiológicas, o que faz com que esses indivíduos, os idosos, apresentem uma gama de comorbidades, intrínsecas desta faixa etária e necessitem de maior atenção à saúde e, muitas vezes, tenham que procurar atendimento de profissionais de saúde, necessitando de hospitalização. Esta geralmente acarreta algumas limitações aos indivíduos, podendo predispô-los a algumas situações de risco, como as quedas. O avanço da idade tem relação direta como declínio de vários sistemas fisiológicos, aumentando a tendência a quedas.

Em relação às características das quedas ocorridas, neste estudo foi evidenciado predomínio daquelas que aconteceram durante o turno da manhã (56,6%), no quarto (51,5%) e banheiro (46,3%, $p < 0,001$), da própria altura (63,2%, $p < 0,001$), na presença de acompanhantes (65,4%), sendo estes familiares em sua maioria (98,9%). A localidade de estar no banheiro e cair da própria altura mostraram estatisticamente significativa para o risco de quedas. Estes mesmos dados foram refletidos nas unidades assistenciais médica, cirúrgica e UTI, com exceção do local de ocorrência, onde na Oncologia prevaleceram as quedas ocorridas no banheiro (76,2%) e com relação ao detalhe deste local, onde na pediatria predominaram as quedas ocorridas nas camas (50%) em detrimento das ocorridas da própria altura (35%) como na maioria das outras unidades. Ressalta-se ainda que a clínica médica foi a unidade onde houve o maior número de incidentes de queda, com 57,4% das ocorrências.

Nas unidades assistenciais em estudo, há a concentração de um grande número de atividades que requerem a mobilização do paciente durante o turno da manhã, a saber: banho, realização de curativo, estímulo à deambulação precoce em pacientes cirúrgicos, dentre outras. Essas atividades quando realizadas sem a

devida supervisão ou o devido acompanhamento, somadas às possíveis inadequações estruturais tais como piso antiderrapante em quarto e banheiros, barras de apoio, cadeira higiênica inapropriada, podem potencializar o risco de queda destes pacientes (PASA *et al.* 2017). Chama atenção o fato das quedas na pediatria ocorrerem em sua maioria da cama, divergindo das demais unidades, mesmo com as camas supostamente adequadas, ou seja, no momento da queda estas dispunham das grades elevadas e altura mínima, podendo sugerir a necessidade do acréscimo das telas de proteção beira-leito e coxins (GURGEL *et al.* 2017).

Não há consenso nos achados das pesquisas no que diz respeito às características da ocorrência das quedas, no estudo de Sousa (2014) as quedas ocorreram em maior porcentagem no período da noite (63,6%), o tipo de queda mais frequente foi do leito (71,0%), sendo observadas na clínica cirúrgica 50,6% e 74,1% na clínica médica. Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Laus *et al.* (2014) em que foram notificadas 58,9% das quedas nas unidades de clínica médica predominantemente no turno da noite (41%) e tinham como local de ocorrência o quarto. De acordo com os autores, esse fato pode estar relacionado à redução do número de profissionais no período noturno, à escuridão, entre outros fatores. Vale ressaltar que durante a noite os pacientes não costumam solicitar auxílio da equipe de enfermagem e algumas vezes, hesitam em solicitar auxílio de seus acompanhantes, por esses estarem dormindo.

Diferentemente desses achados, Pasa *et al.* (2017) em sua pesquisa evidenciou maior percentual de quedas (47,4%) na clínica cirúrgica, onde quatro (44,4%) pacientes caíram no período pré-operatório, e cinco (55,6%), no período pós-operatório com predominância da ocorrência das quedas no turno da manhã (52,4%).

O elevado percentual das quedas ocorridas no turno da manhã pode ser pelo fato das unidades pesquisadas terem a rotina de realizar banhos, curativos e outras tarefas relacionadas à higiene nesse turno, conforme citado e observado também neste estudo. Acrescenta-se ainda o fato de vários pacientes solicitarem privacidade para realização das referidas atividades em especial o banho. Conforme caracterização dos pacientes que caíram, em percentual considerável de idosos, necessitam de acompanhamento e/ou supervisão durante o banho, portanto, a

exigência de privacidade durante as atividades de higiene potencializaram esses fatores, levando à ocorrência do evento.

Ao se analisar a avaliação do risco e a adesão às medidas preventivas nos pacientes que sofreram queda, observou-se predomínio daqueles com risco elevado (43,7%) e a uniformidade quanto ao uso das medidas preventivas, como pulseiras (98,5%) e placas de sinalização de risco (100%) assim como as orientações verbais e/ou com folders (100%). Entretanto, vale destacar a diferença estatisticamente significativa para o risco avaliado nos pacientes entre as unidades assistenciais, com predomínio de pacientes com baixo risco para queda na clínica cirúrgica (50%, $p < 0,001$) e risco moderado para queda na clínica médica (45,5 %, $p < 0,001$).

Estes dados podem estar relacionados ao perfil das unidades e dos pacientes internados, haja vista a clínica cirúrgica em geral atender a pacientes submetidos a procedimentos de baixa complexidade não ortopédicos, onde a ampla maioria destes é eletivo e o tempo de permanência dos indivíduos na unidade não ultrapassa a média de cinco dias, caso isso seja necessário, o mesmo será transferido para outra unidade assistencial. Essas características como baixa permanência, pacientes clinicamente estáveis, procedimentos cirúrgicos que não interferem na mobilidade do paciente, impactam diretamente nos baixos índices de queda, como demonstram os estudos de Paiva *et al.* (2016) que constatou maior índice de quedas em pacientes após cinco dias de internação; Luzia, Victor, Lucena *et al.*, (2014) e Prates *et al.*, (2014) ao referirem que os pacientes de cirurgia neurológica e ortopédica apresentam maior risco para queda devido alteração motora e sensorial, perfil este não observado na unidade deste estudo.

Com relação à taxa de incidência das quedas, o presente estudo evidenciou uma variação média na instituição de 0,16 (outubro e novembro de 2016) a 1,22 (janeiro de 2018), nas unidades assistenciais a menor taxa foi de 0,06 (UTI em 2017) e a maior 1,67 (Oncologia em 2018). Estas taxas são semelhantes às demais instituições em estudo (REIS; PACÍFICO, 2017).

Conforme estudo de Luzia *et al.* (2018), que objetivou descrever a incidência das quedas e sua relação com as ações preventivas desenvolvidas em um hospital universitário brasileiro, foi observada redução da incidência de queda de 1,61, no primeiro ano de avaliação para 1,42 em 2015, redução não observada nas unidades avaliadas neste estudo, porém o autor refere que, em 2014, foi realizada

uma campanha relacionada à meta seis da OMS, envolvendo ações educativas sobre prevenção de quedas nas unidades, confecção e distribuição de folders e cartazes e que a notificação das quedas foi reforçada no ano de 2015, com o desenvolvimento de um link no prontuário do paciente que facilita a notificação do evento.

Ainda com relação à taxa de incidência de quedas, alguns estudos realizados em unidades de internação, com pacientes semelhantes aos acompanhados neste estudo, apontaram taxa de incidência de quedas de 2,13% e 1,8% (OHDE *et al.* 2012; TUCKER *et al.* 2012). Os autores destacam que essas taxas foram reduzidas após implementação de estratégias preventivas (1,53% e 1,1%) semelhante modo ao realizado em estudo de Luiza *et al.* (2018).

Dessa forma, como diversos estudos indicam que as quedas hospitalares acometem pacientes em um percentual que pode variar de 1,1% a 22%, compreende-se que a incidência de quedas hospitalares encontrada neste estudo frente à região Norte do Brasil está dentro dos percentuais descritos (PASA *et al.* 2017). Porém, é de essencial ressaltar que o número de quedas possivelmente seja maior, pois em todos os sistemas de saúde há problemas resistência em notificar de forma voluntária a ocorrência de quedas hospitalares (ABREU *et al.* 2012; HEALEY *et al.* 2011).

Existem ainda estudos que apontam taxas de incidência superior à obtida nesta pesquisa, os percentuais variaram de 5,69% a 10,0% (VON RENTELN-KRUSE; KRAUSE, 2007; HAYNES *et al.* 2011; HUNDERFUND *et al.* 2011). O percentual da taxa de quedas consideravelmente elevado nesses estudos pode ser explicado pelo fato de terem acompanhado pacientes internados em unidades específicas (geriátricas e neurológicas).

A variabilidade nas taxas de incidência (1,1% a 10%) em geral se justifica pelas características dos pacientes avaliados e da instituição e ou unidade que desenvolveu a pesquisa. Somado a isso, deve-se considerar o conceito de quedas utilizado pelo autor, a fim de evitar disparidades acentuadas (LUZIA *et al.* 2018).

Ao analisarmos as quedas visando determinar a sua causa raiz, a partir do Protocolo de Londres, evidenciamos o predomínio dos fatores contribuintes relacionados ao Paciente, em sua maioria por uma condição específica (66,9%) (sincope, desmaio, fraqueza súbita ocorrida antes da queda) ou por história clínica/risco conhecido (67,6%) (extremos de idade, epiléticos, pacientes ortopédicos,

dentre outros), seguidos dos fatores contribuintes relacionados ao profissional, onde se destacam as quedas ocasionadas por falha na supervisão do paciente pelo profissional (30,9%), e por fim os fatores contribuintes relacionados às Tecnologias/Tarefas, em que se sobressaem as quedas ocorridas por falta de equipamentos (30,9%) ou por falha na segurança/manutenção dos mesmos (30,1%), nestas estão inclusas as quedas em decorrência de piso inapropriado, ausência de barras no banheiro, cadeira de banho inadequada e grades da cama inapropriadas ao perfil do paciente. Vale ressaltar que devido à queda ser considerada um evento de causas multifatoriais, uma única queda pode ter mais de um fator contribuinte (REIS; PACÍFICO, 2017).

Os fatores contribuintes mais comuns foram referidos por Sousa (2014) foram uso de dispositivos assistenciais (93,5%), dificuldade de marcha (38,7%), ausência de acompanhante (33,6), alteração emocional (23,0%), agitação psicomotora (24,0%) e presença de dor (21,6%). Na clínica cirúrgica os fatores de risco foram: uso dos dispositivos (96,5%), seguidos da dificuldade de marcha (58,9%), alteração emocional (50,6%) e presença de dor (45,9%) e na clínica médica foram: uso de dispositivos (96%), alterações emocionais (64,5%) e ausência de acompanhante (51,6%). Neste estudo, percebem-se predomínio das causas entre duas categorias de fatores contribuintes principais, aquelas relacionadas ao paciente (alteração emocional, dificuldade de marcha agitação psicomotora) e às relacionadas às tecnologias/tarefas (dispositivos assistenciais).

No estudo de Teixeira e Cassiani (2014), a maioria das quedas relatadas foi da própria altura (45,5%), na análise de causa raiz, o autor elencou 35 fatores causais, sendo que 25,7% foram relacionados à categoria paciente, 22,9% à categoria equipe, 17,1% à categoria ambiente, 14,3% à categoria tarefa, 11,4% à categoria indivíduo e 8,6% à categoria gestão, assim como em nosso estudo foi observado majoritariamente relação ao paciente e em percentuais inferiores, relação com os profissionais responsáveis.

No estudo de Pena e Melleiro (2017), na análise de causa raiz, diferentemente de nossos achados, predominaram eventos relacionados à mão de obra (66,7%) e meio ambiente (53,3%), este último não foi verificado como fator contribuinte em nossas análises. Os autores referem que as falhas dos profissionais estavam relacionadas, principalmente, ao processo de comunicação entre as equipes nas transições do cuidado, sugerindo necessidade de melhoria nesse

processo. Como afirmam Teixeira e Cassiani (2014), que afirma que falha de comunicação verbal entre a equipe de Enfermagem e entre ela e o paciente, juntamente com a falha nos registros, foi considerada a segunda causa de ocorrência de quedas em um hospital geral.

O estudo de Pasa *et al.* (2017) foi avaliado fatores intrínsecos ao paciente, e o autor verificou que, dos pacientes que caíram durante a hospitalização, 89,5% não faziam atividades físicas antes de internar e 36,8% relataram possuir problema musculoesquelético, quanto ao déficit visual, 68,4% pacientes que caíram referiram, no que se refere ao déficit auditivo, 42,1% pacientes apresentavam diminuição da audição. Na avaliação da força muscular, identificou-se que 26,3% apresentaram diminuição da força muscular nos membros superiores e 15,8% nos inferiores. Assim, esses pacientes não apresentavam movimento articular completo e não possuíam força suficiente para vencer a gravidade e a resistência de uma força aplicada, portanto, foram classificados com força muscular diminuída nos membros. Desse modo se ratifica a necessidade de incremento das ações de prevenção com foco no paciente em razão dos inúmeros fatores contribuintes que estão relacionados à sua condição clínica, questões pessoais e socioculturais.

7 CONCLUSÃO

Sabe-se que o conhecimento dos fatores contribuintes para a ocorrência de quedas é fundamental na elaboração de medidas preventivas específicas, com a finalidade de minimizar a incidência deste evento, bem como se torna um instrumento de gestão para os profissionais que lidam com a segurança do paciente ao avaliar e determinar simultaneamente os múltiplos fatores que interferem na queda do paciente hospitalizado.

Mediante análise dos dados obtidos neste estudo, nos foi permitido traçar um perfil para o paciente hospitalizado vítima de queda, a saber: pacientes do sexo masculino, com idade de 60 anos ou mais, ensino médio completo, casado, em sua maioria hipertensa e diabética em uso de medicação para as mesmas.

Com relação às características das quedas, este estudo concluiu que em sua maioria ocorrem pela manhã, dentro dos quartos, da própria altura e mesmo com a presença de familiares na maior parte dos incidentes, este não foi fator impedor para o acontecimento do evento.

No que se refere ao risco para queda, observou-se que a maioria dos pacientes que caíram foram avaliados como de alto risco para o evento e as medidas preventivas foram presentes em praticamente todos os casos, mas não foram também suficientes para evitá-los.

As taxas de incidência demonstradas neste estudo foram baixas e variaram conforme as pesquisas nacionais realizadas com essa finalidade.

Por fim, no que diz respeito aos fatores contribuintes para a ocorrência de quedas, destacaram-se os relacionados à categoria paciente, mais especificamente os relacionados a riscos já conhecidos, como exemplo a idade avançada ou aqueles relacionados a uma condição específica do paciente que o predisponha à queda como exemplo as síncope ou ainda fatores ligados a questões pessoais do paciente, como por exemplo, a privacidade.

A diversidade das metodologias aplicadas nos estudos realizados até o presente momento, associada à heterogeneidade das instituições hospitalares utilizadas como campo de pesquisa limita em parte as comparações e, por conseguinte as conclusões deste estudo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 597-603, 2012.
- ABREU, C. et al. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. **Rev Saúde Pública**, 2015.
- AGS. American Geriatrics Society. Guideline for the prevention of falls in older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 49, n. 5, p. 664-672, 2001.
- AIKEN, L. H. et al. **Hospital nurse staffing, education, and patient mortality**. LDI Issue Briefs. v. 9, n. 2, 2003.
- ALMEIDA, R. A. R. D; ABREU, C. D. C. F. D; & MENDES, A. M. D. O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 2, p. 163-172, 2010.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2015** [Internet]. Brasília (DF); 2016.
- AVANECEAN, D. et al. Effectiveness of patient-centered interventions on falls in the acute care setting: a quantitative systematic review protocol. **JBI database of systematic reviews and implementation reports**, v. 15, n. 1, p. 55-65, 2017.
- BEARD, P.; HOFFMAN, C. E. et al. Canadian incident analysis framework. **Patient Safety Institute**, 2012.
- BITTENCOURT, V. L. L.; LORO, M. M.; WINKELMANN, E. R. Fatores associados ao risco de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista de enfermagem UFPE**. online, v. 10, n. 4, p. 1339-1342, 2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo I: Protocolo prevenção de quedas**. Brasília: Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz; 2013b.

CALIGTAN, C. A. et al. Bedside information technology to support patient-centered care. **International journal of medical informatics**, v. 81, n. 7, p. 442-451, 2012.

CASSIANI, S. H. B, editor. Acordos básicos de cooperação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Ata inaugural da constituição da Rede no Brasil**. São Paulo, 2008.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. Editorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, São Paulo. 2010.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Older Adult Falls and Brain Injuries: CDC Resources for Communities and Caregivers. **Briefing at the Aging in America Conference**, Washington, D.C; March 28, 2008.

COSTA, S. G. R. F. D. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 32, n. 4 (dez. 2011), p. 676-681, 2011.

DIAS, M. J. M. C.; MARTINS, T.; ARAÚJO, F. Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, p. 65, 2014.

DONALDSON, L. J; PANESAR, S. S; & DARZI, A. Patient-safety-related hospital deaths in England: thematic analysis of incidents reported to a national database, 2010–2012. **PLoS medicine**, v. 11, n. 6, p. e1001667, 2014.

FERREIRA NETO, C. J. B. et al. Avaliação dos riscos de queda de pacientes em uso de medicamentos prescritos em hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, 2015.

GURGEL, S. D. S. et al. Competências do enfermeiro na prevenção de quedas em crianças à luz do Consenso de Galway. **Textocontexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 4, e03140016, 2017 .

HAYNES, A. B. et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. **BMJ quality & safety**, v. 20, n. 1, p. 102-107, 2011.

HEALEY, F. et al. Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. **Bmj**, v. 342, p. d329, 2011.

HEALEY, F. et al. Slips, trips and falls in hospital. **National Patient Safety Agency**, 2007.

HENDRICH, A. L. Inpatient falls: lessons from the field. **Patient Safety & QualityHealthcare**, 2016.

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, 2003.

HILL, A. M. et al. Fall rates in hospital rehabilitation units after individualised patient and staff education programmes: a pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 385, n. 9987, p. 2592-2599, 2015.

HUNDERFUND, A. N. L. et al. Effect of a multidisciplinary fall risk assessment on falls among neurology inpatients. In: **Mayo Clinic Proceedings**. Elsevier, 2011. p. 19-24.

LAUS, A. M. et al. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, 2014.

LAWTON, R. et al. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. **BMJ Qual Saf**, v. 21, n. 5, p. 369-380, 2012.

LUNSFORD, B.; WILSON, L. D. Assessing your patients' risk for falling. **Am J Nurs**. [Internet], v. 10, n. 7, p. 29-31, 2015.

LUZIA, M. D. F. et al. Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

LUZIA, M. F.; VICTOR, M. A. G.; LUCENA, A. F. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, p. 262-268, 2014.

MARIN, H.; BOURIE, P.; SAFRAN, C.; Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 27-32, 2013.

MATA, L. R. F. et al. Fatores associados ao risco de queda em adultos no pós-operatório: estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-11, 2017.

MENEGUIN, S.; AYRES, J. A.; BUENO, G. H. Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia. **Revista de Enfermagem da UFSM**, p. 784-791, 2014.

MORSE, J. M.; MORSE, R. M.; TYLKO, S. J. Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement**, v. 8, n. 4, p. 366-377, 1989.

OHDE, S. et al. The effectiveness of a multidisciplinary QI activity for accidental fall prevention: Staff compliance is critical. **BMC health services research**, v. 12, n. 1, p. 197, 2012.

OLIVER, D. et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. **Bmj**, v. 315, n. 7115, p. 1049-1053, 1997.

PAIVA, M. H. P. et al. Factors associated with the risk of falls in hospitalized/institutionalized elders: a systematic review of the literature. **Rev Enferm UFPI**. Vol. 05, n. 04, pg. 55-62, 2016.

PASA, T. S.; et al. Avaliação do risco e incidência de quedas em pacientes adultos hospitalizados. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 25 (e2862), 2017.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 23-31.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 12, p. 5297-5304, 2017.

PI, H. Y. et al. Risk factors for in-hospital complications of fall-related fractures among older Chinese: a retrospective study. **Bio Med research international**, v. 2016, 2016.

POE, S. S. et al. An Evidence-based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention, and Management: Lessons Learned. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 20, n. 2, p. 107-116, 2005.

PRATES, C. G. et al. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. **Cienc Cuid Saude**, v.3, n.1, p. 74-81, 2014.

REIS, J. R.; PACÍFICO, U. I. B. Incidência de quedas de pacientes hospitalizados na região Norte do Brasil. Graduação em Enfermagem (**Monografia**) – Centro Universitário São Lucas, 2017.

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

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: Keys concept and terms. **International Journal Quality Health Care**, v. 21, n. 6, p.427-432, 2009.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; VAN DER SCHAAF, T.; SHERMAN, H. & LEWALLE, P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International journal for quality in health care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SAFETY, Australian; COUNCIL, Quality. Preventing falls and harm from falls in older people. **Best practice guidelines for Australian hospitals and residential aged care facilities**, 2009.

SEVERO I. M., et al. Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: a case-control study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 26, 2018.

SEVERO, I. M. et al. Modelo de predição para risco de quedas em adultos hospitalizados. In: Simpósio do Processo de Enfermagem (8: 2017: Porto Alegre, RS) Processo de enfermagem: estratégia para resultados seguros na prática clínica. Porto Alegre: HCPA, 2017.

SEVERO, I. M. et al. Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 540-554, 2014.

SOUSA, K. A. D. S. **Quedas de pacientes adultos em um hospital público de ensino**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2014.

TAYLOR-ADAMS, S; VINCENT, C. **Systems analysis of clinical incidents: the London protocol**. Clinical Risk. 2004.

TEIXEIRA, T. C., CASSIANI, S. H. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. **Acta Paul Enferm** [Internet]. 2014.

TEIXEIRA, T. C. A. **Análise de causa raiz de incidentes relacionados à segurança do paciente na assistência de enfermagem em unidades de internação, de um hospital privado, no interior do Estado de São Paulo**. Tese [Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2012.

TUCKER, S. J. et al. Outcomes and challenges in implementing hourly rounds to reduce falls in orthopedic units. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 9, n. 1, p. 18-29, 2012.

URBANETTO, J. S. et al. Análise da capacidade de predição de risco e validade da Morse Fall Scale versão brasileira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.

URBANETTO, J. 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, 2013.

VON RENTELN-KRUSE, W.; KRAUSE, T. Incidence of In-Hospital Falls in Geriatric Patients Before and After the Introduction of an Interdisciplinary Team–Based Fall-Prevention Intervention. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 12, p. 2068-2074, 2007.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. AMGH Editora, 2013.

WHO. World Health Organization. **WHO global report on falls prevention in older age** [Internet]. Geneva; 2007.

ZHAO, Y. L; & KIM, H. Older adult inpatient falls in acute care hospitals: intrinsic, extrinsic, and environmental factors. **Journal of gerontological nursing**, v. 41, n. 7, p. 29-43, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadores Responsáveis: Alan Cássio Carvalho Coutinho e Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Domingos

Vimos por meio deste documento solicitar a dispensa de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado **“QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO EM SÃO LUÍS, MA.”** proposto por Alan Cássio Carvalho Coutinho.

A dispensa do uso de TCLE se fundamenta: **I)** por ser um estudo descritivo retrospectivo, que empregará apenas informações de prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico; **II)** porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; **III)** porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, e **IV)** porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e consequentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

São Luís, 02 de Maio de 2018

Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Alan Cássio Carvalho Coutinho

Pesquisador responsável

Pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE AUDITORIA DE QUEDAS

Paciente (Iniciais): _____
 Idade: _____ Co-morbidades: _____
 Diagnóstico: _____
 Sexo: _____ Escolaridade: _____
 Situação Conjugal: _____

DADOS DA AUDITORIA

Data da Auditoria: ____/____/____ Auditoria realizada por: _____
 Comissão de Protocolo comunicada: ____ 1(SIM) 2 (NÃO) Data da Notificação: ____/____/____
 Se "Não", a informação foi obtida por: ____ (1) Resumo de alta (2) Evento adverso (8) Outro: _____
 Auditoria feita na unidade com paciente internado: ____ (1) Sim (2) Não
 Auditoria realizada em prontuário após alta: ____ (1) Sim (2) Não

AUDITORIA DO EVENTO DE QUEDA

Paciente caiu () Sim () Não _____ 3) _____
 Paciente com deficit em marcha : () Sim () Não 4) _____ 5) _____
 Data da Queda: ____/____/____ Período de Queda: ____ (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite
 Local da Queda:
 () Quarto () Banheiro () Sala de Exames () Sala de RPA () Sala Cirúrgica
 () Outro local, Qual? _____

A Queda ocorreu: ____ (1) da própria altura (2) do vaso sanitário (3) da poltrona (4) da cadeira (5) da cadeira de rodas
 (6) da cadeira higiênica (7) da cama (8) da meca (9) no chuveiro, da própria altura (10) no chuveiro da cadeira higiênica
 (11) da mesa cirúrgica durante transferência (12) em outro local: Qual? _____

Se de cama, selecione:

() com grades levantadas () sem grades elevadas () com rodas travadas () sem rodas travadas
 () cama baixa () cama elevada

No momento da queda o paciente estava: ____ (1) Sozinho (2) Acompanhado

Se acompanhado assinalar:

() por familiares () por cuidador () pela enfermagem do andar () pela enfermagem do transporte
 () por outro profissional. Qual? _____

Houve dano: (1) SIM (2) NÃO

Avaliação de Risco para Queda:

Risco de Queda realizado? ____ (1) Sim (2) Não Pontos: ____
 Qual o risco? (1) Sem Risco (2) Baixo Risco Data da Queda: ____/____/____
 (3) Risco Moderado (4) Risco Elevado
 Se "SIM", verifique se a avaliação de risco estava atualizada: ____ (1) Sim (2) Não
 Uso da pulseira de identificação? (1) Sim (2) Não
 Leito com placa de identificação: (1) Sim (2) Não (3) Não se Aplica
 Recebeu orientação/folder? (1) Sim (2) Não

Observações: _____

ANEXO B – Morse FallScale versão traduzida para o português do Brasil.

<i>Morse Fall Scale</i> Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

FONTE: URBANETTO, 2013.

ANEXO C – PARECER DO CEP – HSD.

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO DOMINGOS	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: QUEDAS EM PACIENTE HOSPITALIZADOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO EM SÃO LUIS, MA	
Pesquisador: ALAN CASSIO CARVALHO COUTINHO	
Área Temática:	
Versão: 1	
CAAE: 89590218.1.0000.5085	
Instituição Proponente: Hospital São Domingos/ HSD	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 2.697.742	
Apresentação do Projeto:	
Estudo quantitativo, descritivo, de abordagem retrospectiva. O estudo será desenvolvido em um hospital terciário privado em São Luis, Maranhão. Com pacientes admitidos nas clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, oncológica, cardiológica e Unidade de Terapia Intensiva.	
Objetivo da Pesquisa:	
Objetivo geral	
Analisar a ocorrência de quedas em pacientes internados em um hospital terciário de São Luis – MA.	
Avaliação dos Riscos e Benefícios:	
Benefícios da pesquisa	
As informações obtidas a partir deste estudo permitirão caracterizar o processo de queda em pacientes hospitalizados, assim como identificar e intervir previamente nos fatores associados que permeiam esse evento, de modo a proporcionar a formulação e atualização de novos protocolos para prevenção, o que trará impacto direto na redução do tempo de internação e das complicações oriundas deste, assim como fornecerá subsídio para elaboração de ações de educação em saúde	
Endereço: Av. Jerônimo de Albuquerque, nº 540	
Bairro: Bequimão	CEP: 65.060-642
UF: MA	Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)3216-8113	Fax: (98)3236-3395
E-mail: cep@hospitalsaodomingos.com.br	

Página 01 de 03

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO DOMINGOS



Continuação do Parecer: 2.697.742

com foco na redução de quedas em pacientes hospitalizados.

Riscos da pesquisa

Os riscos inerentes a este estudo dizem respeito à possibilidade de extravio de informações confidenciais dos clientes durante o período de coleta de dados, para tal será preservada a identidade destes, fazendo-se uso de abreviação do nome e sobrenome.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A abordagem é relevante. Um dos locais de maior ocorrência de quedas é no ambiente hospitalar. Esses eventos, em geral, agravam os problemas de saúde e as principais consequências são traumas (fraturas, por exemplo); retirada não programada de cateteres, drenos e sondas; medo de cair novamente; alterações de ordem emocional; piora clínica; e até mesmo o óbito. Podem, ainda, aumentar o tempo de internação e o custo do tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de acordo com a RES. 466/12.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, solicitamos que os resultados do estudo sejam multiplicados com a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada e com o CEP- HSD.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Refazer cronograma colocando o mês.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1125306.pdf	14/05/2018 00:36:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	14/05/2018 00:36:05	ALAN CASSIO CARVALHO COUTINHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	04/05/2018 21:51:02	ALAN CASSIO CARVALHO COUTINHO	Aceito
Outros	autorizacao_time_de_queda.pdf	04/05/2018 21:50:49	ALAN CASSIO CARVALHO	Aceito

Endereço: Av. Jerônimo de Albuquerque, nº 540

Bairro: Bequimão

UF: MA

Telefone: (98)3216-8113

Município: SÃO LUIS

Fax: (98)3236-3395

CEP: 65.060-642

E-mail: cep@hospitalsaodomingos.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO DOMINGOS



Continuação do Parecer: 2.697.742

Outros	autorizacao_tme_de_queda.pdf	04/05/2018 21:50:49	COUTINHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_instituicao.pdf	04/05/2018 21:50:19	ALAN CASSIO CARVALHO COUTINHO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	02/05/2018 22:32:47	ALAN CASSIO CARVALHO COUTINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Completo_pdf.pdf	02/05/2018 22:32:03	ALAN CASSIO CARVALHO COUTINHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/05/2018 22:30:46	ALAN CASSIO CARVALHO COUTINHO	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_Completo.doc	02/05/2018 22:30:34	ALAN CASSIO CARVALHO COUTINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 07 de Junho de 2018

Assinado por:

LUCIA MARIA COELHO ARAUHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Jerônimo de Albuquerque, nº 540

Bairro: Bequimão

CEP: 65.060-642

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3216-8113

Fax: (98)3236-3395

E-mail: cep@hospitalsaodomingos.com.br