

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MELISSA DE FREITAS LUZIA

**ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE QUEDAS EM
PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS**

Porto Alegre

2012

MELISSA DE FREITAS LUZIA

**ANÁLISE DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE QUEDAS EM
PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Amália de Fátima Lucena

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Luzia, Melissa de Freitas

Análise do diagnóstico de enfermagem risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados / Melissa de Freitas Luzia. -- 2012.

81 f.

Orientadora: Amália de Fátima Lucena.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Diagnóstico de enfermagem. 2. Acidentes por quedas. 3. Cuidados de enfermagem. I. Lucena, Amália de Fátima , orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Amália de Fátima Lucena, orientadora desta dissertação, pelo carinho e confiança dedicados e pelos inúmeros conhecimentos compartilhados durante toda a trajetória.

Às professoras do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que, através das instigantes disciplinas ministradas, contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento enquanto enfermeira, pesquisadora e aluna.

À chefia de enfermagem e aos colegas de trabalho do Hospital Ernesto Dornelles, pela amizade, incentivo e apoio incondicional, em especial aos enfermeiros do Grupo de Prevenção de Quedas, do qual tenho muito orgulho.

À minha família, pelo carinho e incentivo e pelos momentos de imensa alegria que passamos juntos, os quais me supriam de energia para seguir em frente.

Ao meu querido Rafael, pelo amor, companheirismo, apoio e compreensão, mesmo nos momentos mais difíceis desta caminhada.

RESUMO

Estudo transversal retrospectivo realizado em um hospital universitário de grande porte do sul do Brasil para analisar o Diagnóstico de Enfermagem (DE) Risco de quedas e os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes adultos hospitalizados em unidades clínicas e cirúrgicas no ano de 2011. Especificamente, buscou-se identificar a prevalência do DE, o perfil clínico dos pacientes, os fatores de risco estabelecidos e os cuidados prescritos para esses pacientes, agrupando os últimos de acordo com as intervenções descritas na *Nursing Interventions Classifications* (NIC). A amostra constituiu-se de 174 pacientes, e os dados foram coletados em sistema de prescrição informatizado e prontuário *online*. A análise foi realizada pela estatística descritiva e o agrupamento dos cuidados de enfermagem nas intervenções NIC baseou-se no método de mapeamento cruzado. O estudo foi aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa (nº 110631). Houve prevalência do DE Risco de quedas em 4% das internações estudadas, o perfil dos pacientes com este DE apontou para idosos, sexo masculino (57%), internados nas unidades clínicas (63,2%), com tempo mediano de internação de 20(10-24) dias, portadores de doenças neurológicas (26%), cardiovasculares (74,1%) e várias comorbidades ($3\pm 1,8$). Os fatores de risco mais prevalentes foram alteração neurológica (43,1%), mobilidade prejudicada (35,6%) e extremos de idade (10,3%). Entre os 48 diferentes cuidados de enfermagem prescritos, os mais frequentes foram manter grades no leito (83,2%), orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas (49,4%) e manter campainha ao alcance do paciente (40,8%). O agrupamento dos cuidados nas intervenções NIC apontou Controle do Ambiente: segurança (29,2%), Prevenção de Quedas (20,6%) e Monitoração Neurológica (15%) como as mais prevalentes. A intervenção Prevenção de Quedas compreendeu o maior número de cuidados diferentes. Concluiu-se que a prevalência deste DE ainda é pequena no cenário de estudo, o que talvez possa ser modificado após o início da utilização de instrumento preditor de risco. O perfil dos pacientes com este DE mostra que são em maioria idosos, com doenças neurológicas e cardiovasculares e diversas comorbidades, o que requer cuidados preventivos à multiplicidade desses fatores. A intervenção Prevenção de Quedas mostrou-se realmente prioritária ao DE Risco de quedas, pois suas atividades se direcionam à multifatorialidade do evento. O uso de linguagens padronizadas na prática clínica pode contribuir para a qualificação do cuidado, norteados protocolos de prevenção e de segurança aos pacientes.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Acidentes por quedas. Cuidados de enfermagem.

RESUMEN

Estudio transversal retrospectivo realizado en un hospital universitario de grande porte del sur de Brasil para analizar el Diagnostico de Enfermería (DE) Riesgo de Caídas y los cuidados de la enfermería prescritos para pacientes adultos hospitalizados en unidades clínicas y cirúrgicas durante el año de 2011. Los objetivos específicos fueron: identificar la permanencia del DE Riesgo de caídas; el perfil clínico de los pacientes; los factores de riesgo establecidos y los cuidados prescritos para esos pacientes, además de agrupar de acuerdo con las intervenciones descritas en la Nursing Interventions Classifications (NIC). La muestra se constituyó de 174 pacientes y los datos colectados en sistema informatizado y prontuarios. El análisis fue realizada por la estadística descriptiva y agrupamiento de los cuidados de enfermería en las intervenciones NIC se ha basado en el método de mapeamiento cruzado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (nº 110631). El permanencia del DE Riesgo de caída fue de 4% en las internaciones estudiadas. El perfil de los pacientes puntó para ancianos, sexo masculino (57%), internados en las unidades clínicas (63,2%), con tiempo medio de internación de 20 (10-24) días, portadores de enfermedades neurológicas (26%), cardiovasculares (74,1%) y diversas morbilidades ($3\pm 1,8$). Los factores de riesgo más permanentes fueron: Alteración neurológica (43,1%), Movilidad perjudicada (35,6%) y de los Extremos de edad (10,3%). Se identificaron 48 cuidados de enfermería prescritos siendo los más frecuentes: mantener baranda en las camas (83,2%), orientar paciente/familia en cuanto a los riesgos y prevención de caídas (49,4%) y mantener el timbre al alcance del paciente (40,8%). El agrupamiento de los cuidados en las intervenciones NIC apuntaron Control de Ambiente: seguridad (29,2%). Prevención de Caídas (20,6%) y Monitoreo Neurológico (15%) como las más permanentes. La intervención Prevención de Caídas comprendió el mayor número de diferentes cuidados. Se concluyó que la permanencia de este DE todavía es pequeña en el escenario del estudio, lo que tal vez pueda ser modificado después del inicio de la utilización de instrumento predictor de riesgo. Los pacientes con este DE muestra que son en mayoría ancianos, con enfermedades neurológicas y cardiovasculares y diversas morbilidades, y que requieren cuidados preventivos a la multiplicidad de estos factores. La intervención Prevención de Caídas se mostró realmente prioritaria al DE Riesgo de Caídas, pues sus actividades se direccionan a los diferentes factores del evento. El uso de lenguajes padronizados en la práctica clínica puede contribuir para la cualificación del cuidado norteando protocolos de prevención y de seguridad a los pacientes.

Palabras clave: Diagnóstico de enfermería. Accidentes por caídas. Atención de enfermería.

ABSTRACT

Retrospective cross-sectional study performed in a large university hospital in southern Brazil to analyze the ND Risk for fall and nursing cares prescribed for adult patients hospitalized in clinical and surgical units in 2011. The specific objectives were: identify the prevalence of the ND Risk for fall; the clinical profile of patients; the risk factors established and nursing cares prescribed for these patients, grouping them according to the interventions described in the Nursing Interventions Classification (NIC). The sample consisted of 174 patients and the data were collected in medical records and computerized system. The data analysis was done by the descriptive and analytic statistics and the grouping of nursing cares in the NIC interventions was based on the cross-mapping method. The study was approved by Ethics and Research Committee (number 110631). The results showed a prevalence of the ND Risk for fall in 4% of the hospitalizations studied. The profile of the patients with this ND pointed to elderly, male (57%), hospitalized in clinical units (63.2%), with median time of hospitalizations of 20 (10-24) days, with neurological disorders (26%), cardiovascular (74,1%) and many comorbidities ($3\pm 1,8$). The risk factors most prevalent were: Neurological alteration (43.1%), Impaired mobility (35.6%) and Age extremes (10.3%). Were identified 48 different nursing cares prescribed, being the most frequent Keep the bars in the bed (83.2%), Guide patient/family about the risks and prevention of falls (49.4%) and Keep the bell within reach of the patient (40.8%). The care grouping in the NIC interventions pointed to Environment control: security (29.2%), Prevention of falls (20.6%) and Neurological monitoring (15%) as the most prevalent. The intervention Prevention of falls comprehended the largest number of different cares. It was concluded that the prevalence of this ND is still low in the studied scenario, which may be modified after the beginning of the use of the risk predictor instrument. The profile of patients with this ND shows that they are most elderly, with neurological and cardiovascular diseases and many comorbidities, which requires preventive cares to the multiplicity of these factors. The intervention Prevention of falls proved to be really priority to the ND Risk for fall, because its activities are directed to the multifactorial of the event. The use of standardized language in clinical practice can contribute to qualify the care, guiding prevention and patient's safety protocols.

Keywords: Nursing diagnosis. Accidental falls. Nursing care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos pacientes com DE Risco de quedas nas unidades clínicas e cirúrgicas (n=174). Porto Alegre/RS, 2012	36
Tabela 2 – Fatores de Risco identificados para o DE Risco de quedas (n=174). Porto Alegre/RS, 2012	36
Tabela 3 – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com DE Risco de quedas (n=957). Porto Alegre/RS, 2012	37
Tabela 4 – Cuidados de enfermagem prescritos para o DE Risco de quedas agrupados conforme as intervenções da NIC (n=957). Porto Alegre/RS, 2012	38

LISTA DE SIGLAS

DE	-	Diagnóstico(s) de Enfermagem
NANDA-I	-	NANDA Internacional
NIC	-	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	-	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PE	-	Processo de Enfermagem
POP	-	Procedimento Operacional Padrão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Queda: Definição, Fatores de Risco, Circunstâncias e Prevenção	16
3.2 Processo de Enfermagem e os Sistemas de Classificação NANDA-I, NIC e NOC	20
3.3 Diagnóstico de Enfermagem Risco de quedas: Intervenções e Resultados	24
4 MÉTODO	30
4.1 Tipo de Estudo	30
4.2 Local de Estudo.....	30
4.3 População e Amostra	31
4.4 Coleta de Dados	32
4.5 Análise dos Dados	32
4.6 Considerações Bioéticas	33
5 RESULTADOS.....	35
5.1 Prevalência do DE Risco de quedas	35
5.2 Perfil Clínico dos Pacientes com DE Risco de quedas.....	35
5.3 DE Risco de quedas	36
5.4 Cuidados de Enfermagem Prescritos para os Pacientes com DE Risco de quedas	37
6 DISCUSSÃO	42
7 CONCLUSÕES.....	58
8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E SUGESTÕES	60
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	72
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO MAIOR NO COMITÊ DE ÉTICA (DEZ/2010) E RELATÓRIO DE PESQUISA (JAN/2012)	73
ANEXO B - ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS UTILIZADA NA INSTITUIÇÃO PESQUISADA.....	74
ANEXO C - POP AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS	75
ANEXO D - POP MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	76

ANEXO E - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA.....	77
ANEXO F - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS	78
ANEXO G - FOLDER DE ORIENTAÇÃO A PACIENTE E FAMILIAR	79

1 INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade em saúde e pela excelência na assistência tem sido uma importante preocupação dos profissionais da saúde, em especial das instituições hospitalares, em um momento em que a expansão dos serviços e a competitividade do mercado prestador de saúde são marcadas pelas exigências do usuário, que passa a entender a qualidade como um direito social. Diante dessa realidade, a qualidade não é mais concebida apenas como uma meta gerencial, mas como uma nova postura comportamental baseada em princípios científicos, éticos e morais (MORAIS et al., 2008; ARAUJO et al., 2008; NOGUEIRA, 2008).

A qualidade em saúde está fortemente relacionada às questões de segurança, elemento crítico e princípio fundamental para a qualidade do cuidado do paciente. Essa temática vem sendo discutida dentro das instituições hospitalares e por entidades no mundo inteiro, de forma que iniciativas nacionais e internacionais vêm sendo desenvolvidas para estimular a implementação de políticas e práticas destinadas a garantir uma assistência mais segura para o paciente. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente é uma dessas iniciativas: criada em outubro de 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e lançada em 2005, ela é composta por organizações de diversos países e tem como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais através de programas e ações lançados anualmente (GOMES, 2008; WHO, 2010).

Ainda em 2005, a OMS realizou parceria com a *The Joint Commission*, principal agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos, e seu braço internacional, a *Joint Commission International*, tendo em 2006 sido lançadas as Metas Internacionais de Segurança, as quais têm sido implementadas nos hospitais em processo de acreditação em busca de melhorias nos seus processos assistenciais na área de segurança e qualidade (GOMES, 2008; WHO, 2010).

Em um hospital universitário do sul do Brasil, instituição de grande porte, de atenção múltipla, voltada à educação, pesquisa e assistência em saúde, que representa o cenário do presente estudo, o processo de acreditação pela *Joint Commission International* está em fase de desenvolvimento. A instituição também tem implementado estratégias importantes para melhoria dos seus serviços com vistas a atingir a excelência da qualidade assistencial. Tais estratégias contemplam o uso de instrumentos que possibilitem avaliar sistematicamente as atividades desenvolvidas e fornecem subsídios para um processo de decisão baseado em evidências, de forma a melhorar os seus resultados (MOURA et al., 2009).

Um desses instrumentos são os indicadores de qualidade assistencial, que permitem avaliação e modificação dos processos assistenciais, visando melhorias. Os indicadores são entendidos como unidades de medida de uma atividade que podem ser empregados como um guia para monitorar e avaliar as atividades de um serviço, objetivando aferir a qualidade da assistência (CARNEIRO et al., 2011).

O uso de indicadores é uma prática incorporada à atividade hospitalar, tendo repercussões positivas na gestão dos serviços de enfermagem e na qualidade da assistência. Na instituição pesquisada, os indicadores de qualidade assistencial de enfermagem foram incorporados no ano de 2006, sendo um deles a incidência de quedas (MOURA et al., 2009). Desde então, a ocorrência de quedas vem sendo acompanhada por meio de um sistema de notificação informatizado, inicialmente com monitoramento apenas das quedas do leito e, a partir de janeiro de 2011, de todos os tipos de quedas. A caracterização do evento também passou a ser realizada através de um instrumento de análise, na tentativa de suprir lacunas com relação aos fatores que envolvem as quedas dos pacientes, bem como fornecer subsídios para futuras ações preventivas.

A definição de queda utilizada no hospital estudado é a mesma proposta pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade” (PEREIRA et al., 2001, p.3).

A incidência de quedas (relação entre o número de quedas e o número de pacientes/dia, multiplicado por 1000) é um sensível indicador de qualidade assistencial, sendo considerado um fator importante para o desenvolvimento de estratégias de segurança e de intervenções de enfermagem (TZENG; YIN, 2008). Essas estratégias, preferencialmente guiadas pelo diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de quedas, podem auxiliar a identificar os fatores de risco precocemente e, conseqüentemente, prevenir o evento (NANDA-I, 2013).

No ambiente hospitalar, a incidência de quedas varia de 1,4 a 10,7 quedas para cada 1000 pacientes/dia, dependendo do hospital e da população de pacientes (SHWENDIMANN et al., 2008; CORREA et al., 2012; PAIVA et al., 2010; DYKES et al., 2010). No hospital, cenário deste estudo, é de 1,6 quedas por 1000 pacientes/dia (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012; ALMEIDA et al., 2012).

Estudos sobre eventos adversos no ambiente hospitalar mostram que as quedas representam um dos mais frequentes, assumindo a primeira ou segunda posição dentre os mais prevalentes (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010; NASCIMENTO et al., 2008; CARNEIRO et

al., 2011). A sua ocorrência pode causar danos aos pacientes, aumentando as complicações clínicas, o tempo de internação e os custos hospitalares (SCHWEIDIMANN et al., 2009; TINETTI; KUMAR, 2010).

Entre as pessoas que apresentam quedas, 20% a 30% sofrem lesões moderadas a graves, tais como contusões, fraturas de fêmur e quadril e traumas de crânio. Essas lesões podem ocasionar limitações e incapacidades físicas, além de aumentar o risco de morte (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL, 2011).

Pacientes internados possuem um risco aumentado de quedas devido à situação clínica desfavorável em que se encontram, que pode incluir presença de alterações agudas como delírio, acidente vascular encefálico, infecções sistêmicas, doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas e reações adversas a medicamentos. Também o ambiente desconhecido vivenciado no contexto hospitalar pode aumentar as dificuldades de paciente com demência, incontinência, problemas de equilíbrio, força e visão, o que os expõe ao risco para quedas (HEALEY et al., 2011).

Diante da importância em manter a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes, a enfermagem vem se apropriando de conhecimentos e práticas para a melhoria das suas ações de cuidado. Dessa forma, o Processo de Enfermagem (PE), método de trabalho que direciona e organiza as atividades de acordo com as necessidades dos pacientes (ALMEIDA et al., 2011), é uma importante estratégia a ser empregada no cenário de cuidado a pacientes hospitalizados e em risco para quedas, com vistas a auxiliar na prevenção desse evento adverso.

O PE constitui o principal modelo para sistematizar a prática profissional, bem como para registrá-la. Ele é desenvolvido em cinco etapas dinâmicas e inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação das intervenções e avaliação da assistência (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

O uso e o aprofundamento do conhecimento do PE implicou a padronização das linguagens de enfermagem. Nesse contexto, a *NANDA International* (NANDA-I) desenvolveu uma taxonomia de termos diagnósticos (NANDA-I, 2013).

Os DE, entendidos como interpretações científicas dos dados levantados, são usados para orientar o planejamento e a implementação das intervenções, para a obtenção dos melhores resultados em saúde (LUNNEY, 2013). Apresentam-se como instrumento para uniformização da linguagem entre os enfermeiros e para a melhoria da qualidade assistencial (MARIN et al., 2010), sendo considerados fundamentais para uma assistência de enfermagem

baseada em evidências, considerando as necessidades e a segurança dos pacientes (NANDA-I, 2013).

A taxonomia da NANDA-I descreve pela primeira vez o DE Risco de quedas no ano de 2000, inserido no domínio Segurança/Proteção, na classe Lesão Física. Atualmente, ele é definido como a suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico. Os seus fatores de risco são diversos. A NANDA-I (2013), apresenta uma listagem em que inclui fatores ambientais, cognitivos, fisiológicos e medicamentosos, bem como fatores de risco direcionados de forma específica para adultos e para crianças.

Este DE, por descrever os fatores de risco para queda a que o paciente pode estar exposto, subsidia a enfermeira¹ no planejamento de ações de prevenção. Salienta-se que o papel fundamental da enfermeira frente à problemática das quedas está na avaliação inicial do paciente, ou seja, na execução da primeira etapa do PE, quando se coletam os dados que podem evidenciar a presença do diagnóstico de risco.

No hospital campo deste estudo, o PE foi instituído como método de trabalho no final da década de 1970, com base na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta (HORTA, 1979). Em 2000, iniciou-se a informatização da etapa diagnóstica conforme a terminologia proposta pela NANDA.

Conforme já descrito, a partir de 2006 houve uma maior movimentação no hospital em estudo com vistas a implementar medidas de segurança aos pacientes, evitando e/ou controlando eventos adversos como as quedas, o que mobilizou a enfermagem para ações voltadas à identificação e à prevenção desse evento, que culminou na construção e implantação do indicador de qualidade assistencial incidência de quedas. Aliado a isso, o DE Risco de quedas foi introduzido no sistema informatizado de prescrição de enfermagem em 2008. Nota-se que o indicador incidência de quedas foi instituído antes do DE Risco de quedas, o que provavelmente tenha influenciado na sua implementação.

Na instituição em estudo, o DE Risco de quedas segue a mesma definição proposta pela NANDA-I. Já a relação dos fatores de risco incluídos no sistema informatizado de enfermagem para este DE é mais sucinta em relação ao descrito pela referida classificação, incluindo condições ambientais, alterações neurológicas, mobilidade prejudicada, efeitos adversos de medicação, extremos de idade e alterações fisiológicas. O DE Risco de quedas tem sido utilizado como um norteador para o planejamento de ações de enfermagem para prevenir o evento queda.

¹ Termo utilizado no feminino em razão da predominância deste sexo na profissão.

Em 2010, um grupo de pesquisadores da instituição e da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) iniciou um projeto de desenvolvimento denominado “Implementação de um protocolo de prevenção de quedas e de medidas de acompanhamento deste evento em pacientes internados em um hospital universitário”, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a sistematização, aprimoramento e consolidação das práticas para prevenção de quedas, alinhado às metas internacionais de segurança da *Joint Commission International*. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do hospital em estudo, sob o protocolo nº 100496 (ANEXO A).

No referido projeto, estão descritos diversos procedimentos, atividades e propostas de estudos a serem desenvolvidos com esta temática, sendo um deles sobre a necessidade de investigação e análise do DE Risco de quedas e dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com este DE. Isto, devido à lacuna no conhecimento quanto à prevalência e, principalmente, quanto ao perfil dos pacientes que tiveram o DE Risco de quedas estabelecido na instituição, bem como sobre quais os cuidados de enfermagem prescritos para eles.

Em virtude disso, o presente estudo tem como finalidade contribuir para o aprofundamento do conhecimento do DE Risco de quedas, que orienta e define o planejamento das intervenções à prevenção do evento, de forma a subsidiar a organização das ações de cuidado preventivo e contribuir com a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a presença do DE Risco de quedas e os cuidados de enfermagem prescritos a pacientes adultos hospitalizados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a prevalência do DE Risco de quedas durante o ano de 2011.
- Identificar o perfil clínico dos pacientes com o DE Risco de quedas.
- Identificar os fatores de risco estabelecidos para o DE Risco de quedas e os cuidados de enfermagem prescritos para esses pacientes.
- Agrupar os cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes de acordo com as intervenções descritas na *Nursing Interventions Classification* (NIC).

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura, construída com o intuito de embasar teoricamente o tema em estudo, será apresentada em três partes:

- Queda: definição, fatores de risco, circunstâncias e prevenção
- Processo de Enfermagem e os sistemas de classificação NANDA-I, NIC e NOC
- Diagnóstico de Enfermagem Risco de quedas: Intervenções e Resultados.

3.1 Queda: Definição, Fatores de Risco, Circunstâncias e Prevenção

A definição de queda utilizada nos estudos epidemiológicos e de intervenção apresenta diferenças, visto que ela varia conforme o autor (MASUD; MORRIS, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2008).

Entre as definições mais utilizadas nos estudos nacionais está a da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que descreve a queda como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade” (PEREIRA et al., 2002, p.3).

A maioria das definições estabelece o caráter “súbito”, “inesperado”, “não intencional” de um evento que resulta na ida do paciente ao chão (SCHWENDIMANN et al., 2006; THE JOINT COMMISSION, 2009) ou a um nível mais baixo com relação à posição inicial, ou ainda considerando-se qualquer altura (TINETTI, 2003; ONAGA; D’ELBOUX, 2007).

A *Joint Commission International* (2009) inclui em sua definição de queda a presença ou não de dano. Hitcho (2004) apresenta uma definição de queda dentro do sistema de notificação de evento adverso, conceituando-a como uma descida súbita e inesperada da posição de pé, sentada ou horizontal, incluindo no evento escorregar de uma cadeira para o solo e encontrar o paciente no chão, além das quedas assistidas (HITCHO et al., 2004). Tinetti (2003) não considera como queda deslocamentos não intencionais decorrentes de violência e de causas intrínsecas maiores, como de AVC.

A definição de queda da OMS é “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos” (WHO, 2007, p.9).

Conforme Masud (2001), as variações na definição de queda podem dificultar a comparação dos estudos, havendo a necessidade de se estabelecer uma versão universal e padronizada.

A queda é um evento de grande impacto, por se relacionar a elevado índice de morbidade, mortalidade e incapacidades, em especial na população idosa. É considerada problema de saúde pública mundial (DYKES et al., 2010; GAWRYSZEWSKI, 2010; MACHADO et al., 2009), uma vez que mais de um terço das pessoas acima dos 65 anos de idade caem a cada ano, população que apresenta um risco duas a três vezes maior de novos eventos de quedas (STEVENS; SOGOLOW, 2008).

Nos Estados Unidos, os custos médicos anuais decorrentes de quedas fatais são de cerca de 179 milhões de dólares e os das lesões decorrentes de quedas, em torno de 19 bilhões de dólares (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

A maioria das quedas resulta em lesões leves ou em nenhum tipo de dano, porém em 20% a 30% dos casos ocorrem lesões moderadas ou graves como fraturas de fêmur e quadril e traumas de crânio, que causam limitações e incapacidades físicas, bem como aumentam o risco de morte (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

Além dos danos físicos, as quedas ainda podem ter repercussões de ordem psicológica. A síndrome pós-queda, frequente em idosos e causada pelo impacto psicológico do evento, caracteriza-se pelo medo de cair novamente e pela perda de confiança na capacidade de deambular com segurança, levando a uma diminuição na realização das atividades de vida diária, piora do declínio funcional, depressão e isolamento social (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERONTOLOGIA, 2008; GAMA; CONESA, 2008).

A queda é um evento multicausal, relacionada com fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. No primeiro caso, pode ser ocasionada por alterações fisiológicas, patológicas, psicológicas e reações adversas de medicamentos, enquanto que no segundo, está relacionada a condições do ambiente que podem favorecer o evento (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). O risco de queda aumenta proporcionalmente com o número de fatores presentes, sejam intrínsecos ou extrínsecos (AL-AAMA, 2011).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008), além dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para queda, também aponta o fator comportamental como relacionado ao grau de exposição ao risco para quedas. Ou seja, as pessoas com maior grau de atividade e de inatividade são as mais propensas a cair, seja pela maior exposição das ativas ou pela fragilidade das inativas.

Em recente metanálise, fatores de risco como histórico de quedas, alterações na marcha, necessidade de auxílio para deambular, vertigem, doença de Parkinson e uso de drogas antiepiléticas apresentaram forte relação com a ocorrência de quedas (DEANDREA et al., 2010).

Além de conhecer os fatores de risco para queda, também é importante estar a par das circunstâncias em que o evento ocorre no contexto hospitalar, com vistas a obter subsídios para futuras ações de prevenção.

Investigações que vêm sendo desenvolvidas com esse objetivo têm apresentado dados relevantes sobre a caracterização do evento. Um desses estudos, que analisou as características de 183 pacientes que caíram e a forma como ocorreu o evento, apontou que a maioria das quedas (85%) aconteceu no quarto do paciente, com 79% desses estando sem assistência no momento do evento, e que metade das quedas esteve relacionada às atividades que envolviam as eliminações fisiológicas, no trajeto de ida e volta ao banheiro (HITCHO et al., 2004).

Outro estudo observou que aproximadamente 80% dos pacientes que caíram estavam confusos, tinham alterações na marcha e estavam tentando ir ao banheiro sozinhos (GOWDY; GODFREY, 2003).

As quedas do leito foram as mais frequentes (55%) em uma investigação nacional que caracterizou o evento adverso a partir de boletins de notificação. Em segundo lugar, estavam as quedas da própria altura e da cadeira, com maior prevalência no período noturno (63,7%) e em pacientes do sexo masculino (57,5%) (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Considerando-se a multicausalidade da queda e as suas consequências, é imperativo que intervenções para a sua prevenção sejam objeto de pesquisa, buscando-se evidências que demonstrem a efetividade das ações na redução das taxas de quedas nos diferentes contextos (DYKES et al., 2010; GOWDY; GODFREY, 2003; GATES et al., 2008; BISCHOFF-FERRARI et al., 2009; LIGHTBODY et al., 2002; SCHWEIDIMANN et al., 2006; GAWRYSZEWSKI, 2010; VON RENTELN-KRUSE; KRAUSE, 2007).

Uma revisão sistemática sobre prevenção de quedas em idosos (CAMERON et al., 2010) encontrou evidências de que intervenções multifatoriais direcionadas para os fatores de risco, incluindo exercícios como os de fortalecimento muscular e reforço do equilíbrio, reduzem o risco e a ocorrência de quedas no ambiente hospitalar. A suplementação de vitamina D mostrou ser efetiva no contexto da instituição de cuidados de enfermagem. Outras intervenções benéficas incluem manejo/retirada de medicação psicotrópica, modificações no ambiente e avaliação de risco (GILLESPIE et al, 2008).

Para intervir de forma efetiva, a enfermeira deve considerar os diferentes fatores de risco para queda presentes, realizar a coleta de dados buscando por informações pertinentes à situação clínica do paciente e estabelecer o DE Risco de quedas.

A identificação da presença do risco de queda deve fazer parte da avaliação inicial do paciente, através da utilização de um instrumento preditor de queda. As escalas para estimar a presença desse risco preveem a avaliação de fatores intrínsecos ao paciente com base numa pontuação em que o escore final indica o nível de risco a que ele está exposto (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2007).

Entre as escalas disponíveis, podem-se citar as escalas de Downton, de Hendrich, a STRATIFY Tool e a Escala de Morse. Esta última, uma das mais utilizadas na realidade hospitalar e em instituições de longa permanência, é considerada um instrumento rápido e simples para avaliar a probabilidade de um paciente cair. Ela é composta de seis fatores de avaliação: história de quedas, diagnóstico secundário, auxílio para deambular, terapia intravenosa, marcha e estado mental. Conforme a pontuação total, os pacientes são classificados como de risco “alto”, “médio” ou “baixo” risco para queda (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2007; DUARTE, 2011; MORSE; MORSE; TYLKO, 1989; MORSE, 2009).

É importante ressaltar que a Escala de Morse deve ser ajustada para a realidade de saúde em que se está trabalhando, considerando-se as características da instituição e dos pacientes e as estratégias de prevenção utilizadas para evitar a queda (MORSE, 2009). No hospital campo deste estudo, uma escala preditora de risco de queda começou a ser utilizada no segundo semestre de 2012 (ANEXO B); trata-se de uma tradução livre da Escala de Morse realizada pelo grupo Paraquedas² da instituição. É importante salientar que a Escala de Morse foi recentemente traduzida e adaptada transculturalmente para o português brasileiro por pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (URBANETTO et al., 2009).

Após a aplicação da escala e diante da identificação do risco, a enfermeira poderá, então, estabelecer ou não o DE Risco de quedas (NANDA-I, 2013). O risco, estabelecido com base no escore obtido, é classificado em “Alto risco”: escore ≥ 45 , “Risco Moderado”: escore 25-44 e “Baixo risco: escore 0-24. Identificado o “Alto risco” para queda, recomenda-se o DE Risco de quedas, bem como o uso das intervenções de enfermagem preventivas com auxílio

² Grupo de pesquisadores composto por profissionais da instituição pesquisada e professores da Escola de Enfermagem da UFRGS, responsável pelo projeto “Implementação de um protocolo de prevenção de quedas e de medidas de acompanhamento deste evento em pacientes internados em um hospital universitário”.

da prescrição informatizada de cuidados de enfermagem, de acordo com o descrito pelos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de “Avaliação do risco de quedas” (ANEXO C) e “Medidas de prevenção de quedas” (ANEXO D). Posteriormente, esses dados subsidiarão as enfermeiras na mensuração dos resultados de suas ações. Essas medidas visam aprimorar a segurança do paciente, bem como qualificar o cuidado de enfermagem sistematizado, com foco na prevenção da queda e dos danos dela decorrentes, caracterizando, assim, o uso do método do PE.

3.2 Processo de Enfermagem e os Sistemas de Classificação NANDA-I, NIC e NOC

O Processo de Enfermagem é um método que possibilita a cientificidade e a dinamicidade das ações sistematizadas e inter-relacionadas do cuidado de enfermagem com vistas à identificação, compreensão e descrição das respostas humanas aos problemas de saúde/processo vitais (ALMEIDA et al., 2011).

A metodologia do PE é desenvolvida em cinco etapas: levantamento ou coleta de dados, ou ainda anamnese e exame físico; diagnóstico de enfermagem; planejamento da intervenção ou plano de cuidados ou prescrição de enfermagem; implementação ou execução da intervenção; e avaliação do resultado ou evolução de enfermagem (ALMEIDA; LUCENA, 2011).

Ao longo da evolução histórica do PE se identificam três gerações, cada uma influenciada pelo estado do conhecimento da época. A primeira geração, compreendida entre os anos de 1950 e 1970, se baseava na identificação e resolução de problemas de forma rotinizada, em que o cuidado de enfermagem se concentrava nos processos fisiopatológicos e nos diagnósticos médicos. Nesse período, foi introduzida por Faye Abdellah uma classificação que identificava os 21 problemas de enfermagem do paciente, considerada a primeira classificação de relevância para a enfermagem nos Estados Unidos. Na época, o PE era desenvolvido em quatro etapas, com a ausência do DE (GARCIA, 2009; PESUT; HERMAN, 1999).

Na segunda geração (1970-1990), o PE passou a ser entendido como um processo dinâmico e multifacetado com base no pensamento crítico e raciocínio lógico. O DE foi incluído, passando a ser a segunda etapa do PE, após a coleta de dados. Nesse período, a necessidade de uma padronização de linguagem levou aos estudos dos sistemas de classificação de enfermagem, como a NANDA-I (GARCIA, 2009; NANDA, 2013; PESUT; HERMAN, 1999). A terceira geração (a partir de 1999) apresenta um modelo dinâmico do PE,

através de cinco etapas, e é marcada pela especificação e testagem de resultados do paciente na prática. Nesse período, inicia-se a utilização dos sistemas de classificação na prática, no ensino e na pesquisa, que são valorizados como elementos importantes para o desenvolvimento e qualificação do PE (GARCIA, 2009; PESUT; HERMAN, 1999).

Essa terceira geração do PE é apontada como sendo a última, pois após esta publicação de Pesut e Herman (1999) não há outras que retrate os marcos do desenvolvimento do PE durante os anos 2000 até os dias atuais. Assim, acredita-se que a partir de 2000 já se iniciava uma quarta geração do PE, caracterizada pela busca de evidências na enfermagem, por meio da realização de estudos clínicos e de intervenções com a finalidade de qualificar a prática clínica.

Na realidade brasileira, os sistemas de classificação mais utilizados são as taxonomias da NANDA-I (NANDA, 2013), a *Nursing Interventions Classification* (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (MOORHEAD et al., 2010).

A implementação desses sistemas de classificação traz benefícios para a prática de enfermagem, em virtude da qualificação das informações e do registro, organização e melhora da assistência (FURUYA et al., 2011).

A NANDA-I, criada para atender à necessidade de uma linguagem clara e consistente, por meio de uma taxonomia de termos diagnósticos, foi a primeira das classificações a ser utilizada na prática (LUCENA; ALMEIDA, 2011). Essa classificação apresenta uma estrutura multiaxial, o que permite melhor flexibilidade da nomenclatura, e possui sete eixos, que compreendem o conceito diagnóstico, o sujeito, o julgamento, a localização, a idade, o tempo e a situação do diagnóstico.

Atualmente, a Taxonomia II da NANDA-I organiza os seus 220 DE em 13 domínios e 47 classes, sendo domínio entendido como uma esfera de conhecimento, estudo ou interesse, e classe como uma subdivisão de um grupo mais amplo, uma divisão de indivíduos ou coisas por qualidade, classificação ou grau (NANDA-I, 2013).

Nessa taxonomia, um DE é definido como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Ele constitui a base para a escolha das intervenções de enfermagem com vistas ao alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA-I, 2013).

Com relação ao eixo situação, um DE pode ser classificado como real, de promoção da saúde, de risco e síndrome.

Um diagnóstico de risco, como o “Risco de quedas”, descreve as respostas humanas às condições de saúde/processos vitais que podem se desenvolver em um indivíduo, uma família ou uma comunidade vulnerável. Ele está apoiado em fatores de risco, que contribuem para o aumento da vulnerabilidade de um indivíduo a um determinado evento, como por exemplo a queda (NANDA-I, 2013).

A etapa diagnóstica do PE é fundamental, pois dela dependem os resultados e a escolha das intervenções para prover um cuidado de qualidade; por se basear em evidências, ela confere visibilidade para a prática da enfermagem (ARIAS; AZZOLIN, 2010).

Conforme a NIC, intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico da enfermeira com vistas a melhorar os resultados do paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A classificação de intervenções de enfermagem (NIC) é a mais utilizada na nossa realidade. Foi criada em 1987, quando uma equipe de pesquisadores iniciou um trabalho para elaborar, validar e implementar uma linguagem padronizada para os tratamentos de enfermagem, tendo sua primeira edição publicada em 1992. Essa taxonomia está estruturada em 7 domínios, 30 classes, 542 intervenções e mais de 12 mil atividades, que buscam contemplar aspectos fisiológicos e psicossociais do ser humano, incluindo tratamento, prevenção e promoção da saúde. É considerada uma classificação ampla e que representa todas as áreas da prática da enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; LUCENA; ALMEIDA, 2011).

As intervenções de enfermagem podem incluir assistências diretas e indiretas. As assistências diretas são as realizadas na interação com o paciente, incluindo ações de enfermagem no âmbito fisiológico e psicossocial. As ações indiretas são as desenvolvidas em benefício do paciente, porém à distância deste, incluindo ações direcionadas para o gerenciamento do ambiente do cuidado, bem como colaboração interdisciplinar (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Para cada intervenção é apresentado um título e uma definição, bem como a listagem de uma série de atividades, consideradas como comportamentos ou ações específicas feitas por enfermeiras, para realizar uma intervenção e auxiliar os pacientes a atingirem o resultado idealizado (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Em algumas edições da NIC, observa-se a presença de um capítulo de ligações entre os diagnósticos da NANDA-I e as suas intervenções. Nele, são descritos três diferentes níveis de ligação entre as intervenções e cada DE: o primeiro nível é o das intervenções prioritárias, ou seja, aquelas que têm maior probabilidade de resolver/melhorar o DE; o segundo nível é o

das intervenções sugeridas, as quais têm alguma probabilidade de resolver/melhorar o DE; e o terceiro nível é o das intervenções adicionais optativas, que podem ser utilizadas em alguns casos para resolver/melhorar o DE (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; LUCENA; ALMEIDA, 2011).

Na edição de 2010 da NIC, o capítulo de ligações com os diagnósticos da NANDA-I foi retirado. Todavia, podem-se consultar as ligações descritas na obra *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions* (JOHNSON, et al., 2006; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Após a organização sistemática de intervenções de enfermagem (NIC), em 1991 teve início o desenvolvimento da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), consequência de uma crescente preocupação das enfermeiras de mensurar os resultados de suas ações, a qual teve sua primeira publicação em 1997. A NOC se propõe a auxiliar a identificar quais resultados são sensíveis ao cuidado de enfermagem (ALMEIDA; LUCENA, 2011; MOORHEAD et al., 2010).

As classificações de diagnósticos (NANDA-I), intervenções (NIC) e resultados (NOC) podem ser usadas de forma interligada. A sequência para sua utilização é a seguinte: NANDA-I (estabelecimento do DE), NOC (antes de intervir, se estabelecem as metas a serem atingidas), NIC (prescrição das intervenções de enfermagem) e NOC (avaliação da efetividade das intervenções) (LUCENA; ALMEIDA, 2011).

Assim, os sistemas de classificação dos DE, das intervenções e dos resultados de enfermagem auxiliam na sistematização da assistência, facilitam a comunicação por meio de uma linguagem padronizada e qualificam os registros, aumentando a visibilidade da prática de enfermagem.

Dentre os elementos do PE destaca-se a importância de estudar os DE, como por exemplo o Risco de quedas, elencado como temática deste estudo. A sua identificação se inicia na avaliação inicial do paciente, quando a enfermeira verifica a presença de fatores de risco para o mesmo e, a partir desse julgamento, decide sobre os resultados que espera e, assim, estabelece as intervenções para alcançar seu objetivo, que é o de evitar a queda, bem como as lesões decorrentes dela.

3.3 Diagnóstico de Enfermagem Risco de quedas: Intervenções e Resultados

O DE Risco de quedas pertence ao domínio segurança/proteção da NANDA-I, que representa o estar livre de perigo, lesão física ou dano, proteção da segurança e ausência de perigos; na classe de lesão física. Esse DE é definido na classificação como a suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico. Os seus fatores de risco incluem fatores ambientais, cognitivos, fisiológicos, medicamentos, fatores em adultos e em crianças (NANDA-I, 2013):

- Fatores ambientais: ambiente com móveis e objetos em excesso, ausência de material antiderrapante no banheiro, condições climáticas (pisos molhados, gelo), imobilização, pouca iluminação, quarto não familiar e tapetes espalhados pelo chão.
- Fatores cognitivos: estado mental diminuído.
- Fatores fisiológicos: anemia, artrite, condições pós-operatórias, déficits perceptivos, diarreia, dificuldades na marcha, auditivas, visuais, doença vascular, equilíbrio prejudicado, falta de sono, força diminuída nas extremidades inferiores, hipotensão ortostática, incontinência, mobilidade física prejudicada, mudanças na taxa de açúcar após as refeições, neoplasias, neuropatia, presença de doença aguda, problema nos pés, urgência urinária e vertigem ao estender/virar o pescoço.
- Medicamentos: agentes ansiolíticos, anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos, diuréticos, hipnóticos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, narcóticos/tranquilizantes, tranquilizantes e uso de álcool.
- Fatores em adultos: história de quedas, idade acima de 65 anos, morar sozinho, prótese de membro inferior, uso de cadeira de rodas, uso de dispositivos auxiliares (andador, bengala).
- Fatores em crianças: ausência de equipamento de contenção em automóvel, ausência de portão em escadarias, ausência de proteção em janelas, bebê deixado sem vigilância em superfície elevada (cama, cômoda), cama localizada perto da janela, falta de supervisão dos pais, gênero masculino quando menor de um ano de idade e menor de dois anos de idade.

Conforme já relatado, os fatores de risco para o DE Risco de quedas incluídos no sistema informatizado de enfermagem do hospital em estudo são mais sucintos com relação aos descritos pela NANDA-I, incluindo condições ambientais, alterações neurológicas, mobilidade prejudicada, efeitos adversos de medicação, extremos de idade e alterações fisiológicas.

Na Escala de Morse, os fatores de risco avaliados são história de queda, diagnóstico secundário, auxílio para deambular, terapia intravenosa, marcha e estado mental. Na versão adaptada e utilizada no hospital investigado, o fator terapia intravenosa é denominado Acesso EV (salinizado e/ou terapia); os demais seguem a descrição da Morse (MORSE, 2009).

O grande número de evidências sobre os fatores de risco para quedas e a aplicação de escalas preditivas subsidiam o estabelecimento do DE Risco de quedas (NANDA-I, 2013). Apesar de muito já se conhecer a respeito dos fatores mais associados com o risco de cair, pouco se sabe em relação ao DE Risco de quedas, uma vez que a produção científica de enfermagem ainda é pequena e voltada para investigações com populações específicas, como a de pacientes portadores de algumas patologias específicas e os idosos (VITORI; LOPES; ARAUJO, 2010; COSTA et al., 2010; MORAIS et al., 2012; MARIN et al., 2004). Além desses estudos, observou-se uma investigação sobre a utilização do DE Risco de quedas como ferramenta em protocolos de prevenção e na identificação de fatores relacionados à queda (LASTA et al., 2010), e um trabalho que caracterizou o perfil e os DE de pacientes que sofreram quedas do leito durante a internação em um hospital universitário (COSTA et al., 2011).

Estudo que analisou o DE Risco de quedas em pacientes com angina instável internados em um hospital-escola mostrou que esse DE foi o mais prevalente (87,71%) nessa população, e que a presença de angina instável, hipertensão arterial e uso de medicação anti-hipertensiva apresentou associação com ele, sugerindo que o risco de quedas estava mais relacionado à presença de problemas consequentes à doença cardiovascular do que a outros fatores como idade e sexo (VITORI; LOPES; ARAÚJO, 2010).

Em estudo com indivíduos idosos acometidos por acidente vascular encefálico em serviços de saúde de reabilitação, a prevalência do DE Risco de quedas foi de 100% entre os participantes. Os fatores de risco mais prevalentes foram força diminuída nas extremidades inferiores, mobilidade física prejudicada, dificuldades na marcha e equilíbrio prejudicado (COSTA et al., 2010).

Ao identificar os fatores de risco do DE Risco de quedas de idosos residentes em uma microárea, Marin (2004) encontrou como mais prevalentes a acuidade visual diminuída, sexo feminino, história de quedas, banheiro sem piso antiderrapante. O sexo feminino fazia parte dos fatores de risco para o DE Risco de quedas da NANDA-I até a edição de 2005-2006, tendo sido retirado na edição seguinte (2007-2008).

Outra investigação que avaliou a ocorrência de quedas após a implantação do DE Risco de quedas e da prescrição padrão informatizada de enfermagem em uma instituição hospitalar de São Paulo mostrou redução da incidência do evento, o que demonstra como o PE com o uso de um diagnóstico bem estabelecido e de intervenções adequadas pode favorecer a prevenção desse evento (LASTA et al., 2010).

Verifica-se que os estudos sobre o DE Risco de quedas direcionam-se a populações específicas, consideradas como de risco para quedas, como os idosos, pacientes com acidente vascular cerebral e portadores de doenças cardiovasculares, ou seja, a temática de estudo origina-se do elemento “fator de risco” que norteia a investigação. Existem vários estudos sobre os fatores de risco e as populações específicas mais suscetíveis às quedas, porém em populações gerais ainda se desconhecem esses fatores, bem como o perfil dos pacientes. Assim, identifica-se uma lacuna no conhecimento sobre o DE Risco de quedas em pacientes hospitalizados em unidades clínicas e cirúrgicas.

De posse do conhecimento desses fatores e dos dados apontados pelos estudos, percebe-se que há uma preocupação da enfermagem com relação ao evento queda nos diferentes cenários da prática, bem como em buscar subsídios que permitam realizar intervenções que garantam uma assistência mais qualificada ao paciente.

Para o DE Risco de quedas, a intervenção de enfermagem prioritária é a *Fall Prevention*, traduzida para o português na 4ª edição como Prevenção de quedas e na 5ª edição como Prevenção contra quedas (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Essa intervenção é definida como a instituição de precauções especiais para pacientes em risco de lesão decorrente de queda. Apresenta atividades relacionadas às seguintes questões: identificação e avaliação de fatores de risco no paciente (déficits cognitivos ou físicos, história de quedas) e no ambiente (assoalhos escorregadiços, escadarias externas); auxílio nas questões referentes à deambulação (monitorar a deambulação, providenciar, encorajar e orientar o uso de dispositivos auxiliares); auxílio na higiene; promoção de um ambiente seguro para o paciente; orientação de medidas preventivas para pacientes e familiares (calçados adequados, uso de óculos, adaptações do lar, exercícios físicos

supervisionados, etc.) (DOCHTERMAN; BULECHEK GM, 2008; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

As intervenções sugeridas para este DE são 18 e incluem: Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário; Assistência no autocuidado: transferência; Controle da demência; Controle da demência: banho; Controle da eliminação urinária; Controle de medicamentos; Controle do ambiente: segurança; Promoção da mecânica corporal; Restrição de área; Ensino: segurança da criança; Ensino: segurança do bebê; Monitoração de sinais vitais; Posicionamento; Posicionamento: cadeira de rodas; Prevenção contra convulsão; Promoção da mecânica corporal; Restrição de área; Terapia com exercícios: controle muscular; Terapia com exercícios: equilíbrio e Transporte (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

As intervenções adicionais optativas são seis: Assistência no autocuidado; Controle da dor; Promoção do exercício; Promoção do exercício: alongamento; Promoção do exercício: treino para fortalecimento e Supervisão: segurança (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Os cuidados de enfermagem descritos no sistema de prescrição informatizada para o DE Risco de quedas na instituição pesquisada foram elencados com base na literatura, na prática clínica e, mais recentemente, na NIC (Quadro 1).

Quadro 1 – Cuidados de enfermagem descritos no sistema de prescrição informatizada para o DE Risco de quedas. Porto Alegre/RS, 2012.

<ul style="list-style-type: none"> - Manter grades no leito - Manter campainha ao alcance do paciente - Manter pertences próximos ao paciente - Retirar do ambiente objetos que possam oferecer riscos para o paciente - Implementar medidas preventivas de quedas - Auxiliar paciente a sentar na cadeira - Auxiliar na deambulação - Acompanhar durante a deambulação - Acompanhar paciente em seus deslocamentos - Sentar paciente na cadeira - Oferecer cadeira de rodas - Manter vigilância constante - Oferecer suporte de soro com rodas - Auxiliar paciente a ir ao banheiro - Levar paciente ao chuveiro - Auxiliar no banho de chuveiro - Providenciar equipamento auxiliar para o banho 	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer material educativo - Orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas - Orientar paciente quanto a sinais e sintomas de hipo/hiperglicemia - Explicar responsabilidades ao paciente/família - Orientar a mãe para que ofereça o colo ao recém-nascido somente em companhia de um familiar ou equipe de enfermagem - Orientar a mãe para não dormir com o recém-nascido na cama ou no colo - Manter rodas da incubadora e dos berços travadas - Manter laterais do berço aquecido travadas - Manter portas da incubadora travadas - Transportar recém-nascido em um berço com cinto de segurança travado - Evitar pegar o recém-nascido no colo despido - Usar técnicas lúdicas de banho com as crianças
---	--

<ul style="list-style-type: none"> - Realizar banho de leito - Realizar higiene corporal no chuveiro - Realizar higiene perineal após cada evacuação - Inspeccionar a pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos - Higienizar couro cabeludo - Estimular cuidados de higiene - Implementar cuidados na tricotomia facial - Implementar cuidados com a contenção mecânica - Auxiliar na troca de roupas - Auxiliar na alimentação - Certificar-se de que o paciente/família compreendeu as orientações - Orientar paciente - Orientar paciente/família - Ensinar uso apropriado de muletas, andador, bengala, prótese - Orientar sobre formas de adaptar-se às suas limitações 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar alterações durante a infusão de hemoderivados/medicação - Avaliar a dor usando escala de analgesia - Comunicar alterações durante a infusão de analgesia - Administrar analgesia após avaliação - Avaliar eficácia da analgesia - Comunicar sinais de dor - Monitorar resposta do paciente à medicação - Observar sinais de sedação, lentificação - Avaliar sensório - Vigiar sensório - Comunicar alteração do nível da consciência - Comunicar queixas de alterações visuais - Comunicar sinais e sintomas de hipo/hiperglicemia - Verificar pressão arterial - Verificar sinais vitais - Comunicar alterações de pressão arterial - Curativos
--	--

Fonte: Sistema de prescrição de enfermagem informatizada da instituição pesquisada.

Após estabelecer os resultados a serem atingidos, a enfermeira seleciona da lista os cuidados mais apropriados considerando a avaliação do paciente e o julgamento clínico realizados.

Segundo a NOC, são 36 os resultados sugeridos para o DE Risco de quedas: ambiente domiciliar seguro; autocuidado: uso do banheiro; cognição; comportamento de compensação da visão e de prevenção de quedas; conhecimento: prevenção de quedas e saúde física da criança; controle de convulsões e de riscos; criação de filhos: segurança física do bebê, na primeira e segunda infância; cuidado com o lado afetado; desempenho na transferência; deslocamento seguro; detecção de riscos; equilíbrio; estado neurológico: controle motor central; estado nutricional; função esquelética, sensorial (audição e visão); gravidade de lesão física; locomoção; mobilidade; movimentos coordenados; nível de agitação, de confusão aguda, de dor, de fadiga, de glicemia; ocorrência de evasão; ocorrência de quedas; recuperação pós-procedimento; resistência; resposta à medicação.

Os resultados de enfermagem ainda não são utilizados de forma padronizada na instituição pesquisada, como já acontece com os DE e as intervenções de enfermagem. O

cuidado é avaliado, porém sem o uso de um sistema de classificação; assim, é apontado se a condição do paciente está “piorada”, “melhorada” ou “mantida”. A utilização dos resultados de enfermagem da NOC pela instituição encontra-se em fase de pesquisas, com o objetivo de verificar a sua aplicabilidade na prática clínica de enfermagem.

As classificações NANDA-I, NIC e NOC apresentam os termos para a denominação padronizada dos principais elementos do PE, ou seja, diagnóstico, intervenção e resultado de enfermagem, que são essenciais na prática da enfermeira. No que diz respeito ao evento queda, entende-se que o uso das classificações ajuda a descrever e a fundamentar a prática clínica, bem como contribui para uma assistência de enfermagem de maior qualidade e segurança, tanto para os pacientes como para os profissionais.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Estudo transversal. Esse tipo de estudo, em que a coleta de dados é feita em um determinado momento no tempo, é adequado para a descrição de uma situação, o *status* de um evento ou as suas relações em um ponto fixo. Possui grande relevância, pois fornece informações descritivas sobre prevalência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; HULLEY; NEWMAN; CUMMINGS, 2008).

Estudos desse tipo também se propõem a solucionar problemas ou a responder questões, iniciando-se por algum evento de interesse, explorando as suas dimensões, o modo pelo qual ele se manifesta e os fatores com os quais se relaciona (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido nas unidades de internação clínica e cirúrgica de um hospital universitário, de grande porte, com atenção múltipla, voltada à educação, à pesquisa e à assistência à saúde, que atende em sua maioria pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição possui uma capacidade de 795 leitos, destes 672 destinados às unidades de internação (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012).

As unidades clínicas envolvidas no estudo:

- duas unidades compostas por 45 leitos cada uma, que atendem as especialidades de oncologia, cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, endocrinologia, pneumologia, medicina ocupacional (intoxicação por chumbo), medicina interna, nefrologia, hematologia, neurologia e reumatologia;
- uma unidade composta por 45 leitos, diferente das unidades descritas anteriormente, por apresentar duas enfermarias para internação de pacientes cirúrgicos, cada uma delas com três leitos masculinos e três femininos;
- uma unidade composta por 34 leitos destinados à internação de pacientes portadores de germe multirresistente ou tuberculose pulmonar;

- uma unidade composta por 25 leitos de convênios, um deles destinado a paciente com necessidade de aplicação de iodo;

As unidades cirúrgicas envolvidas no estudo:

- duas unidades compostas por leitos de convênios, para atendimento de pacientes clínicos e cirúrgicos, que atendem todas as especialidades cirúrgicas, uma com 17 leitos e a outra com 22 leitos;
- uma unidade composta por 34 leitos, dos quais 22 são para atendimento de pacientes cirúrgicos conveniados, 2 estão em quartos individuais para pacientes portadores de germes multirresistente ou tuberculose, e os demais destinam-se aos pacientes cirúrgicos do Sistema Único de Saúde;
- duas unidades para atendimento de pacientes cirúrgicos de todas as especialidades, ambas compostas por 45 leitos, tendo uma delas 18 leitos para atendimento de pacientes da ortopedia;
- uma unidade composta por 34 leitos, dos quais 32 são leitos cirúrgicos destinados, preferencialmente, para transplantados de órgãos sólidos (renal, hepático, cardíaco), podendo os leitos restantes ser utilizados para todas as especialidades cirúrgicas.

4.3 População e Amostra

A população do estudo se constituiu da totalidade de internações de pacientes adultos nas unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário de grande porte do sul do Brasil durante o ano de 2011, ou seja, 13.135 internações. A escolha desse período para estudo está relacionada ao início do projeto de implementação do protocolo de prevenção de quedas na instituição, ocasião em que também se iniciou a notificação de todas as ocorrências de quedas de pacientes internados na instituição.

Para o cálculo da amostra, considerou-se estudo prévio realizado na instituição (COSTA et al., 2011), estimando-se em 13% a prevalência do DE Risco de quedas e considerando um intervalo de confiança de 95% com margem de erro de 0,05 ponto. Dessa forma, a amostra foi estabelecida em 174 pacientes internados ao longo do ano de 2011, selecionados de forma aleatória, considerando-se diferentes períodos do ano.

A inclusão dos pacientes no estudo foi fundamentada nos seguintes critérios: ser paciente adulto internado nas unidades clínicas e cirúrgicas do hospital e ter o DE Risco de quedas estabelecido em sistema de prescrição de enfermagem informatizada. Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentaram mais de uma internação no período de estudo.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva em sistema de prescrição de enfermagem informatizada e em prontuário *online* de pacientes da instituição. Ela foi operacionalizada em duas etapas.

Na primeira, os dados referentes à prevalência do DE Risco de quedas e aos cuidados de enfermagem prescritos foram coletados por meio de uma *Query*³, construída com base no sistema de prescrição de enfermagem informatizada, que continha as seguintes informações: data da internação, nº do prontuário, fator de risco para o DE, descrição dos cuidados de enfermagem e data da queda, se ocorrida.

Na segunda etapa, foram coletados por meio de consulta ao prontuário *online* os dados referentes ao perfil e às características clínicas dos pacientes que apresentaram o DE Risco de quedas (idade, sexo, motivo de internação e comorbidades). Para essa coleta, foi elaborado pela autora um instrumento (APÊNDICE A) com os dados necessários para o estudo, os quais foram organizados em planilhas do programa *Excel for Windows*.

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados com o auxílio da estatística descritiva e analítica, empregando média e desvio padrão para as variáveis contínuas simétricas e mediana e percentis para as assimétricas. Para as variáveis categóricas, foi utilizado a frequência absoluta e percentual, com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 (CALLEGARI; SIDIA, 2003).

Para identificar a prevalência do DE Risco de quedas foi utilizado o cálculo:
Prevalência DE Risco de quedas = nº internações de pacientes com DE Risco de quedas/nº total de internações X 100.

³ Resultado de uma pesquisa em banco de dados no qual se utilizam alguns filtros ou limitadores na busca das informações desejadas.

Para o agrupamento dos cuidados de enfermagem em acordo com as intervenções da NIC, utilizou-se a definição de cada intervenção e a lista de atividades descritas em cada uma delas, considerando-se a semelhança entre ambas (LUCENA; BARROS, 2005).

O agrupamento dos cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes de acordo com as intervenções descritas na NIC foi realizado com base em passos do método de mapeamento cruzado, que é entendido como um processo de explicar ou expressar algo por meio de palavras similares ou com o mesmo significado (MOORHEAD; DELANEY, 1997).

Esse método possibilita realizar a comparação de dados de enfermagem não padronizados com sistemas de classificação padronizados, como a NIC (LUCENA; BARROS, 2005).

As normas de utilização desse processo metodológico podem ser definidas durante o seu delineamento, de acordo com as características dos dados do sistema de informação em uso e as particularidades da classificação utilizada (MOORHEAD; DELANEY, 1997).

Dessa forma, para o agrupamento dos cuidados de enfermagem, seguiram-se os seguintes preceitos:

- 1 Selecionar uma intervenção da NIC para cada cuidado de enfermagem prescrito para o DE Risco de quedas, considerando o nível de sua ligação com o DE.
- 2 Realizar a seleção da intervenção NIC com base na semelhança entre o cuidado prescrito, a definição da intervenção e as atividades da NIC.
- 3 Realizar o agrupamento dos cuidados de enfermagem prescritos em acordo com a intervenção da NIC.

4.6 Considerações Bioéticas

No campo da saúde, a pesquisa tem se preocupado, cada vez mais, com a participação de seres humanos como sujeitos de investigação científica, tomando precauções que assegurem a preservação dos direitos de quem é pesquisado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; GOLDIM, 2000).

Atendendo as determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1996), esta pesquisa foi aprovada

pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição campo de estudo (ANEXO E).

Para a coleta de dados, foi utilizado, conforme normas institucionais, um termo de responsabilidade intitulado “Termo de Compromisso para Utilização de Dados” (ANEXO F) que foi assinado pelas pesquisadoras envolvidas, que se comprometeram a utilizar as informações obtidas pelo extrator de dados do sistema de prescrição de enfermagem apenas para a elaboração da pesquisa, respeitando os princípios de confidencialidade e anonimato (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1996).

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em quatro seções, seguindo a lógica dos objetivos propostos para o estudo .

5.1 Prevalência do DE Risco de quedas

No ano de 2011, houve 13.135 internações de pacientes nas unidades clínicas e cirúrgicas sendo 521 de pacientes que tiveram estabelecido o DE Risco de quedas, conforme informação obtida através do sistema de informações gerenciais (IG) e de sistema de registro de prescrição de enfermagem da instituição pesquisada. A partir desses dados calculou-se a prevalência do DE Risco de quedas, que foi de 4%.

A partir desse dado preliminar e considerando o cálculo amostral para este estudo, passou-se à análise de outras informações coletadas por meio de uma *Query* construída com base no sistema informatizado de prescrição de enfermagem e no prontuário eletrônico de cada paciente com o DE Risco de quedas.

A amostra constou de 174 pacientes com o DE Risco de quedas internados nas unidades clínicas e cirúrgicas no ano de 2011, que foram incluídos no estudo. Entre esses pacientes se verificou a ocorrência de 23 quedas, o que representa uma taxa de incidência de 13,21 quedas/100 pacientes.

5.2 Perfil Clínico dos Pacientes com DE Risco de quedas

O perfil clínico dos pacientes estudados (Tabela 1) apontou como dados principais a média de idade de $68 \pm 13,7$ anos, predomínio do sexo masculino, 99(56,9%) casos, tempo mediano de internação de 20(10–24) dias, na maioria das vezes nas unidades clínicas, 110(63,2%) casos. Os principais motivos de internação foram as doenças neurológicas, 45(25,9%) casos, neoplasias, 26(14,9%) casos, doenças cardiovasculares, 24(13,8%) casos, e respiratórias, 22(12,6%) casos. As comorbidades mais frequentes foram as doenças cardiovasculares com 129 (74,1%) ocorrências, as endócrinas com 81 (46,5%) ocorrências e as neurológicas com 49 (28,1%) ocorrências. A presença de mais de uma comorbidade foi observada em 132 pacientes, sendo que a média de comorbidades por paciente foi de $3 \pm 1,8$.

Tabela 1 – Características e comorbidades dos pacientes com DE Risco de quedas nas unidades clínicas e cirúrgicas (n=174). Porto Alegre/RS, 2012.

Variáveis	f (%)
Idade (anos)*	68,5 ± 13,7
Sexo (masculino)	99 (56,9)
Tempo de internação (dias) [§]	20 (10–24)
Unidade clínica	110 (63,2)
Doenças cardiovasculares	129 (74,1)
Doenças endócrinas	81 (46,5)
Doenças neurológicas	49 (28,1)
Doenças neoplásicas	28 (16,1)
Doenças renais/urinárias	27 (15,5)
Tabagismo	22 (12,6)
Doenças do trato gastrointestinal	17 (9,8)
Doenças respiratórias	15 (8,6)
Doenças reumatológicas	13 (7,5)
Doenças infectocontagiosas	13 (7,5)
Vasculopatias	9 (5,2)
Etilismo	6 (3,4)

F = frequência absoluta

(%) = percentil

*média ± desvio padrão

[§]mediana e percentis 25% e 75%

5.3 DE Risco de quedas

Embora os seis diferentes fatores de risco existentes no sistema informatizado de prescrição de enfermagem tenham sido utilizados para o estabelecimento do DE Risco de quedas, o mais frequente deles foi *Alteração neurológica* (Tabela 2).

Tabela 2 – Fatores de risco identificados para o DE Risco de quedas (n=174). Porto Alegre/RS, 2012.

Fatores de Risco do DE Risco de quedas	F	(%)
Alteração neurológica	75	43,1
Mobilidade prejudicada	62	35,6
Extremos de idade	18	10,3
Alterações fisiológicas	11	6,3
Efeitos adversos da medicação	4	2,3
Condições ambientais	4	2,3
Total	174	100

F = frequência absoluta

(%) = percentil

5.4 Cuidados de Enfermagem Prescritos para os Pacientes com DE Risco de quedas

Foram prescritos 957 cuidados de enfermagem para os pacientes com o DE Risco de quedas, incluindo 48 diferentes tipos (Tabela 3). A média de cuidados prescritos por paciente foi de $4,8 \pm 3$.

Tabela 3 – Cuidados de enfermagem prescritos para pacientes com DE Risco de quedas (n=957). Porto Alegre/RS, 2012.

Cuidados de Enfermagem	F	(%)
Manter grades no leito	145	15,1
Orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas	86	9,0
Manter campainha ao alcance do paciente	71	7,5
Manter pertences próximos ao paciente	56	5,9
Verificar sinais vitais	52	5,4
Auxiliar no banho de chuveiro	41	4,3
Avaliar sensório	40	4,2
Acompanhar durante a deambulação	36	3,8
Vigiar sensório	33	3,4
Comunicar alteração do nível de consciência	33	3,4
Implementar cuidados com a contenção mecânica	32	3,3
Auxiliar paciente a sentar na cadeira	27	2,8
Avaliar alteração do nível de consciência	25	2,6
Manter vigilância constante	24	2,5
Auxiliar na deambulação	22	2,3
Auxiliar paciente a ir no banheiro	19	1,9
Comunicar sinais de dor	17	1,8
Realizar banho de leito	15	1,5
Inspecionar pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos	14	1,4
Sentar paciente na cadeira	14	1,4
Certificar que paciente/família compreendeu as orientações	14	1,4
Higienizar couro cabeludo	11	1,1
Auxiliar na troca de roupas	10	1,0
Implementar cuidados na tricotomia facial	9	0,9
Orientar paciente/família	9	0,9
Ensinar uso apropriado de muletas, andador, bengala, prótese	9	0,9
Avaliar dor utilizando escala de intensidade	9	0,9
Retirar do ambiente objetos que possam oferecer riscos para os pacientes	8	0,8
Acompanhar paciente em seus deslocamentos	8	0,8
Realizar higiene perineal após cada evacuação	8	0,8
Comunicar queixas de alterações visuais	7	0,7
Estimular cuidados de higiene	7	0,7
Observar sinais de sedação, lentificação	5	0,5
Orientar formas de adaptar-se às suas limitações	5	0,5
Auxiliar na alimentação	5	0,5
Levar paciente ao chuveiro	4	0,4

Auxiliar movimentos ativos	3	0,3
Oferecer cadeira de rodas	3	0,3
Realizar higiene corporal no chuveiro	3	0,3
Comunicar alterações da pressão arterial	3	0,3
Avaliar intensidade da dor	3	0,3
Administrar analgesia após avaliação	3	0,3
Oferecer suporte de soro com rodas	2	0,2
Avaliar eficácia da analgesia	2	0,2
Comunicar alteração durante a infusão de analgesia	2	0,2
Orientar paciente	1	0,1
Explicar responsabilidades ao paciente/família	1	0,1
Monitorar resposta do paciente à medicação	1	0,1
Total	957	100

F = frequência absoluta

(%) = percentil

Após a identificação dos 48 diferentes cuidados considerando-se as intervenções descritas pela NIC, realizou-se o seu agrupamento com base na semelhança entre o item prescrito e a definição da intervenção da NIC e as atividades a ela relacionadas. Assim, identificaram-se 13 diferentes intervenções para os 48 cuidados prescritos (Tabela 4).

Tabela 4 - Cuidados de enfermagem prescritos para o DE Risco de quedas agrupados conforme as intervenções da NIC (n=957). Porto Alegre/RS, 2012.

Título da Intervenção NIC e sua Definição	Nível de Ligação da Intervenção NIC e DE	Nº de Diferentes Cuidados Prescritos	Tipo de Cuidado	Nº total de Cuidados Prescritos (%)
Controle do Ambiente: Segurança: Monitoramento e manipulação do ambiente físico para promoção da segurança	Sugerida	4	- Manter grades no leito* - Manter campainha ao alcance do paciente* - Manter pertences próximos a paciente* - Retirar do ambiente objetos que possam oferecer riscos para os pacientes* [§]	280(29,2)

Prevenção de Quedas: Instituição de precauções especiais para paciente com risco de lesão em decorrência de quedas	Prioritária	12	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas - Certificar-se que paciente/família compreendeu as orientações - Orientar paciente/família - Ensinar uso apropriado de muletas, andador, bengala, prótese - Orientar paciente - Orientar formas de adaptar-se às suas limitações - Explicar responsabilidades ao paciente/família - Auxiliar na deambulação - Acompanhar durante a deambulação - Oferecer cadeira de rodas - Acompanhar paciente em seus deslocamentos - Auxiliar movimentos ativos 	197(20,6)
Monitoração Neurológica: Coleta e análise de dados do paciente para prevenir ou minimizar complicações neurológicas	Sem ligação	6	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sensório* § - Vigiar sensório* § - Comunicar alteração do nível de consciência* § - Avaliar alteração do nível de consciência* § - Comunicar queixas de alterações visuais* § - Observar sinais de sedação, lentificação* § 	143(15)
Banho: Limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento	Sem ligação	7	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar no banho de chuveiro - Realizar higiene corporal no chuveiro - Realizar banho de leito* - Levar paciente ao chuveiro - Higienizar couro cabeludo* - Implementar cuidados na tricotomia facial* - Inspeccionar pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos* 	97(10,1)

Assistência no Autocuidado: -Banho/Higiene: Assistência a paciente para que faça a higiene pessoal	Sem ligação	1	- Estimular cuidados de higiene ⁺ ✖	92(9,6)
Assistência no Autocuidado: Uso do vaso sanitário: Auxílio a outra pessoa nas eliminações	Sugerida	2	- Auxiliar paciente a ir ao banheiro - Realizar higiene perineal após cada evacuação*	
Assistência no Autocuidado: Vestir-se/Arrumar-se: Auxílio a paciente com relação às roupas e à aparência	Sem ligação	1	- Auxiliar na troca de roupas	
Assistência no Autocuidado: Alimentação: Auxílio ao paciente para alimentar-se	Sem ligação	1	- Auxiliar na alimentação✖	
Assistência no Autocuidado: Transferência: Assistência a paciente com limitações nos movimentos independentes para aprender a mudar a localização do corpo	Sugerida	2	- Auxiliar paciente a sentar na cadeira* - Sentar paciente na cadeira* - Oferecer suporte de soro com rodas	
Monitorização de Sinais Vitais: Verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações	Sugerida	2	- Verificar sinais vitais - Comunicar alterações da pressão arterial	55(5,7)
Controle da Dor: Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente	Adicional Optativa	7	- Avaliar intensidade da dor - Administrar analgesia após avaliação - Comunicar sinais de dor - Avaliar eficácia da analgesia - Monitorar resposta do paciente à medicação* - Comunicar alteração durante a infusão de analgesia* - Avaliar dor utilizando escala de intensidade	37(3,9)
Contenção Física: Aplicação, monitoração e remoção de dispositivos de contenção mecânica ou contenção manual utilizados para limitar a mobilidade física do paciente	Sem ligação	1	- Implementar cuidados com a contenção mecânica	32(3,3)

Supervisão: Segurança: Coleta e análise proposital e contínua de informações sobre o paciente e ambiente para uso na promoção e manutenção da segurança do paciente	Adicional Optativa	2	- Manter vigilância constante	24(2,5)
---	---------------------------	---	-------------------------------	---------

Total	957(100)
--------------	-----------------

N = número absoluto

(%) = percentil

* Este cuidado também está incluído na intervenção *Prevenção de Quedas*

§ Este cuidado também está incluído na intervenção *Supervisão: segurança*

✖ Cuidado não relacionado à prevenção de quedas

6 DISCUSSÃO

Evidenciou-se no estudo uma baixa prevalência (4%) do estabelecimento do DE Risco de quedas nos pacientes hospitalizados no ano de 2011 nas unidades de internação clínica e cirúrgica do hospital. Todavia, em outro estudo realizado na instituição com os pacientes que sofreram quedas (COSTA et al., 2011), a prevalência do DE foi de 13%. É possível que esta diferença esteja relacionada ao fato de que os pacientes que caíram apresentassem maior número de fatores de risco para quedas, dado que não pôde ser confirmado com os presentes achados. De maneira bastante diferente, o DE Risco de quedas teve prevalência de 46,7% em um hospital privado de São Paulo (SP), acreditado pela *Joint Commission International* (LASTA et al., 2010). Cabe destacar que o estudo foi realizado em um período de quatro meses após a introdução de um protocolo que implementou este DE e a prescrição padronizada de enfermagem nesse hospital, e depois da realização de treinamento prévio com todos os enfermeiros da instituição.

Os estudos mostram, portanto, dois contextos institucionais diferentes: o primeiro, relativo a um hospital em fase de pré e trans-acreditação, e o segundo, uma instituição já acreditada internacionalmente. Nota-se que o processo de avaliação pode ter influenciado na realidade assistencial e na gestão de enfermagem, uma vez que se verificou uma maior prevalência do DE Risco de quedas após implantação de medidas sistematizadas de prevenção de quedas no hospital acreditado. Esse achado está relacionado, provavelmente, às atividades de capacitação da equipe e à implantação de protocolo de prevenção de quedas, o que resultou em maior conhecimento com relação à avaliação e identificação do risco de quedas nos pacientes e, portanto, em maiores subsídios para o estabelecimento do DE.

Essa inferência pode ser corroborada por estudo que ressaltou a influência da acreditação nas ações referentes ao evento queda (CORREA et al., 2012). Nesse estudo, ficou evidenciado que o processo de avaliação direcionou a efetivação das ações preventivas e norteou o acompanhamento do indicador de qualidade (incidência de queda) no hospital.

Diante disso, é importante que, ao analisar os resultados dos estudos sobre o DE Risco de quedas, se considere o contexto e as características das instituições em que as investigações foram realizadas para poder avaliar e discutir com mais fidedignidade sobre os dados encontrados, já que eles podem apresentar diferenças relacionadas ao cenário institucional vigente, como, por exemplo, o processo de acreditação.

Percebe-se que o envolvimento das instituições hospitalares na busca pela certificação em saúde estimula discussões sobre as questões de segurança e direciona o desenvolvimento

de estratégias que permitam aos profissionais identificar e reduzir os riscos a que os pacientes estão expostos durante a internação, o que se reflete em uma assistência de maior qualidade.

Essas questões retratam a importância da interdependência entre qualidade, segurança e as intervenções dos profissionais de saúde, em especial da enfermeira, que, além das ações assistenciais, tem papel fundamental na implantação e aperfeiçoamento de medidas gerenciais, através de análise e discussão dos processos de trabalho e do desenvolvimento de estratégias de melhorias.

Na instituição pesquisada, esse fenômeno também foi observado, pois as questões referentes às quedas passaram a ser discutidas com maior ênfase, levando-se em conta a necessidade de qualificação da assistência e das intervenções de enfermagem desenvolvidas. Inicialmente, esse movimento aconteceu devido ao avanço do conhecimento e, depois, orientou-se pelas ações necessárias ao processo de acreditação, todas direcionadas à meta internacional de segurança da *Joint Commission Internacional*: “reduzir o risco de dano/lesão ao paciente vítima de queda”. Assim, conforme já exposto, a partir de janeiro de 2011, iniciou-se o projeto denominado “Implementação de um protocolo de prevenção de quedas e de medidas de acompanhamento deste evento em pacientes internados em um hospital universitário”, que levou à realização de uma série de atividades e subprojetos destinados a suprir lacunas relacionadas aos fatores que envolvem as quedas dos pacientes, todos visando fornecer subsídios para futuras ações preventivas. O indicador assistencial adotado na instituição passou a considerar todas as quedas e não somente as do leito, bem como implementou um instrumento para analisar o evento toda vez que ele ocorre. Assim, verificou-se que o ano de 2011 representou um momento de mudanças com relação às ações relacionadas ao evento queda na instituição.

A exemplo do que foi relatado em pesquisa realizada em hospital de São Paulo, os enfermeiros da instituição aqui pesquisada também foram sensibilizados e capacitados para desenvolver as atividades propostas a partir de um protocolo de prevenção de quedas. Além da capacitação das equipes, outras ações foram desenvolvidas, como a confecção do folder educativo (ANEXO G), a construção dos POP, a implantação do uso de pulseiras para sinalização do risco de queda e a utilização da escala de avaliação de risco.

É provável que, a partir do segundo semestre de 2012, a prevalência do DE Risco de quedas passe a ser maior, uma vez que a equipe está mais capacitada para identificar os fatores de risco para o evento queda, porque subsidiada pela utilização de escala de avaliação do risco de quedas na instituição.

Além do cenário institucional em que o estudo foi desenvolvido, outra questão importante a ser considerada são as características da população estudada, visto que as prevalências do DE Risco de quedas observadas em investigações com populações específicas, como pacientes portadores de angina instável e idosos com acidente vascular cerebral, foram, respectivamente, de 87,71% e 100%, muito superiores ao dado encontrado neste estudo (VITORI; LOPES; ARAÚJO, 2010; MORAIS et al., 2012). É provável que a maior prevalência do DE Risco de quedas verificada nessas investigações esteja relacionada ao fato de as referidas populações apresentarem características específicas e fatores de risco que as tornam mais suscetíveis à ocorrência da queda.

As doenças cardiovasculares, dentre elas a angina, estão relacionadas intrinsecamente a um risco aumentado de queda e, indiretamente, pelo uso de medicamentos como anti-hipertensivos (inibidores da enzima conversora de angiotensina e diuréticos) que também podem estar associados aos fatores de risco para quedas (VITORI; LOPES; ARAÚJO, 2010). No sistema informatizado de prescrição de enfermagem do hospital pesquisado e também na NANDA-I, as alterações decorrentes dos problemas cardiovasculares estão incluídas no fator de risco para o DE Risco de queda denominado *Alterações fisiológicas*. A NANDA-I considera a presença de doença vascular, hipotensão ortostática, presença de doença aguda e vertigem como fatores de risco.

Pacientes idosos com acidente vascular cerebral apresentam, na maioria das vezes, alterações sensoriais, parestias e/ou plegias, as quais interferem na mobilidade física, na marcha e no equilíbrio, além de alterações visuais, todas fatores de risco para quedas (MORAIS et al., 2012). No presente estudo, a alteração neurológica, presente em 43,1% dos pacientes analisados, aparece como fator importante para o estabelecimento do DE Risco de quedas.

Outro estudo realizado na instituição pesquisada aponta que o DE mais prevalente entre os pacientes que caíram foi o Déficit no autocuidado (COSTA et al., 2011), o que mostra que esses pacientes apresentavam fatores de risco para queda. Destaca-se que o DE Déficit no autocuidado apresenta, dentre os seus fatores relacionados, prejuízo cognitivo, musculoesquelético, neuromuscular e perceptivo, barreiras ambientais, estado de mobilidade prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, todos também fatores de risco para o DE Risco de quedas. Assim, a enfermeira também precisa estar atenta ao perfil dos pacientes, pois muitas de suas características clínicas estão associadas com o risco de cair.

Com relação à ocorrência de quedas entre os pacientes que compuseram a amostra do presente estudo, verificou-se a presença de 23 eventos (13,2%). Esse número segue a

tendência da baixa prevalência do DE Risco de quedas encontrada nesta investigação, o que permite inferir que as enfermeiras não identificam os fatores de risco para o DE e, portanto, não o estabelecem. Isso aponta para a importância da utilização de um instrumento de avaliação de risco nos pacientes internados.

Salienta-se que, no ano de 2011, o número total de quedas na instituição foi de 415, uma incidência de 1,6 quedas para cada 1000 pacientes/dia. Esse dado corresponde ao número total de quedas na instituição, considerando-se todas as demais unidades, e não apenas as unidades clínicas e cirúrgicas aqui investigadas. Esperava-se que o número de quedas entre os pacientes com DE de risco fosse maior, já que o indicador assistencial aponta que a maioria desses 415 eventos aconteceu nas unidades clínicas. Por outro lado, é possível que os pacientes com DE Risco de quedas, apesar de serem poucos, tenham recebido intervenções que foram efetivas na redução da ocorrência do evento, justificando-se, assim, a baixa taxa de queda nesses indivíduos (ALMEIDA et al., 2012).

Outra questão a ser discutida sobre a prevalência de quedas é a possibilidade de subnotificação desses eventos na instituição, fato que tem sido descrito em estudos que analisaram notificações de eventos adversos em hospitais. Tal subnotificação tem sido justificada pela falta de uma metodologia adequada e de estímulo para a comunicação dessas ocorrências entre os profissionais, bem como pela presença do estigma da punição diante do erro (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010; BEZERRA et al., 2009).

Quanto às atuais políticas relacionadas à prevenção de danos, elas priorizam cada vez mais as atitudes pró-ativas, que visam antecipar os acidentes futuros, ao invés de fazer uso de condutas punitivas. Procura-se desenvolver uma cultura de segurança dentro das instituições, instigar nos profissionais a concepção de que os eventos adversos acontecem, de que eles precisam ser identificados, notificados e analisados, para que estratégias educativas e de prevenção possam ser realizadas.

A taxa de quedas no hospital estudado está dentro da descrita na literatura, que aponta uma incidência de 1,4 a 10,7 quedas para cada 1000 pacientes/dia, sendo a variabilidade justificada pelas características dos pacientes e do tipo de instituição. A maioria das pesquisas sobre quedas é de origem internacional, refere-se a trabalhos realizados em países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de mais estudos em âmbito nacional e em países em desenvolvimento, uma vez que os contextos parecem ser bastante diferentes. Porém, todos os estudos sobre quedas são unânimes em salientar a necessidade de identificar fatores de risco e de buscar intervenções efetivas para prevenir esse evento (CORREA et al., 2012;

SCHWENDIMANN et al., 2008; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010; DYKES et al., 2010; HEALEY et al., 2008).

Com relação ao perfil dos pacientes com DE Risco de quedas, verificou-se que eles são majoritariamente idosos, do sexo masculino, internados em unidades clínicas e portadores de doenças neurológicas e cardiovasculares com elevado tempo de internação, ou seja, 20(10–24) dias.

A proporção de idosos (pessoas maiores de 60 anos de idade conforme legislação brasileira (BRASIL, 1994)) vem crescendo no país e em todo o mundo em razão dos menores níveis de fecundidade e do aumento da esperança de vida ao nascer. As maiores taxas de idosos são encontradas nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste. No Rio Grande do Sul, 13% da população é idosa, na sua maioria mulheres (BRASIL, 2009).

A idade avançada é considerada fator de risco para queda e para lesões decorrentes do evento, fato evidenciado pela sua associação com as alterações do processo fisiológico do envelhecimento que são preditoras de quedas, tais como problemas na mobilidade física, incluindo instabilidade postural e alteração da marcha e diminuição da capacidade funcional, cognitiva e visual. Além disso, as doenças crônico-degenerativas e o uso concomitante de vários medicamentos são condições comuns nos idosos, o que também pode aumentar o risco de cair (DYKES et al., 2010; ALVARES; LIMA; SILVA, 2010; COSTA et al., 2010; COSTA et al., 2011; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010; PINHEIRO et al., 2010; CORREA et al., 2012; LAKATOS et al., 2009; SHUTO et al., 2010; SCHWENDIMANN et al., 2008; KRAUSS et al., 2007).

Reforçando a associação entre idade avançada e risco de queda, encontra-se o fator de risco descrito como “idade acima de 65 anos”, apresentado na classificação NANDA-I, e *Extremos de idade*, fator apresentado pelo sistema de prescrição de enfermagem do hospital campo de estudo para o DE Risco de quedas. Todavia, algumas escalas preditoras do risco de queda como a Escala de Morse não incluem a idade como fator de risco, o que constitui uma lacuna na utilização destes instrumentos. Assim, os pacientes idosos precisam receber atenção especial durante a avaliação do enfermeiro, que deve buscar informações a respeito das alterações decorrentes do envelhecimento, sobre doenças prévias e uso de medicamentos relacionados ao risco aumentado de quedas.

Outra característica dos pacientes com o DE Risco de quedas que o estudo evidenciou foi a maior prevalência do sexo masculino. Entretanto, ainda não existe um consenso sobre qual sexo estaria mais associado com o risco de queda e nem se este é um fator a ser considerado, visto que alguns estudos apresentam maior incidência de quedas em homens

(HEALEY et al., 2008; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010; COSTA et al., 2011; LAKATOS et al., 2009; SHUTO et al., 2010) e outros em mulheres (KRAUSSN et al., 2007; SCHWENDIMANN et al., 2008; PINHEIRO et al., 2010; ALVARES; LIMA; SILVA, 2010).

Em estudos realizados na comunidade, o sexo que aparece mais frequentemente como preditor de quedas é o feminino, enquanto que em hospitais os resultados são variados com relação à maior prevalência de quedas entre os sexos. Os estudos que apontam para o sexo masculino vão ao encontro das questões culturais, em que os homens solicitam menos auxílio para a realização das atividades de vida diária (COSTA et al., 2011); além disso, o predomínio do sexo feminino no serviço de enfermagem poderia interferir na decisão do paciente masculino de não solicitar auxílio (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

As considerações que relacionam o sexo feminino com uma maior suscetibilidade às quedas se reportam a uma série de questões: maior prevalência de osteoartrose nas mulheres, diminuição de força de massa muscular, seu maior vínculo com as atividades domésticas, alterações hormonais como a redução do estrógeno com consequente perda de massa óssea. Além disso, a população de mulheres é maior do que a de homens no Brasil, sua esperança de vida é elevada e, portanto, ela sofre mais com as alterações decorrentes do envelhecimento (ALVARES; LIMA; SILVA, 2010; LEBRÃO; LAURENTI, 2005; MORAIS et al., 2012).

Até a edição de 2005-2006 da NANDA-I, o sexo feminino era considerado fator de risco em adultos para o DE Risco de quedas; porém, a diversidade dos achados com relação a gênero e queda na literatura deve ter influenciado na retirada do fator sexo feminino da edição seguinte do livro (2007-2008). Por se tratar de uma questão ampla, dependente do contexto social e cultural e do tipo de população em estudo, não parece adequado considerar o gênero como fator de risco para queda de forma isolada.

Neste estudo, a maioria dos pacientes com DE Risco de quedas se encontrava internada nas unidades clínicas, de forma semelhante aos achados de outros estudos, que apontaram os maiores índices de queda nesses locais (SCHWENDIMANN et al., 2008; SHUTO et al., 2010; COSTA et al., 2011; CORREA et al., 2012). Em um único estudo, os maiores índices de quedas foram observados entre os pacientes de unidades cirúrgicas (LAKATOS et al., 2009).

Os pacientes das unidades de internação clínica, quando comparados aos das unidades cirúrgicas, apresentam tempo maior de internação, maior número de comorbidades, além de idade avançada, características que podem aumentar o risco de quedas em tais unidades (CORREA et al., 2012). Esses fatores também foram evidenciados no presente estudo, no qual a maior parte dos pacientes com DE Risco de quedas estava em unidades clínicas, era de

idosos, $68,5 \pm 13,7$ anos, apresentava doenças neurológicas e cardiovasculares e tinha uma média de três comorbidades.

Sabe-se que as doenças neurológicas, como Parkinson, acidente vascular cerebral e epilepsia, e as cardiovasculares, como arritmias e insuficiência cardíaca, provocam alterações nos pacientes relacionadas ao seu processo fisiopatológico e tratamento, alterações muitas vezes associadas às quedas (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Pacientes da neurologia, geralmente, apresentam vários fatores de risco para queda, como alterações do nível de consciência, mobilidade prejudicada, alterações sensoriais, hipotensão ortostática, história prévia de quedas e alterações vesicais ou intestinais, fatores que tornam esses pacientes mais suscetíveis às quedas do que os das outras especialidades médicas (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

Os distúrbios cardiovasculares apresentam relação direta e indireta com o risco de cair. A redução do débito cardíaco gerada por uma disfunção cardíaca pode levar a uma diminuição do fluxo cerebral, com conseqüente declínio cognitivo, considerado fator de risco para queda. Outros sintomas característicos das doenças cardiovasculares, como tontura, vertigem, dispnéia e náuseas, também podem aumentar a suscetibilidade da ocorrência do evento. Essas questões foram verificadas em estudo que encontrou associação entre risco de queda e presença de angina instável, hipertensão arterial, uso de medicação anti-hipertensiva e doença vascular. (SANTOS, 2007; VITORI; LOPES; ARAÚJO, 2010).

Os medicamentos frequentemente utilizados em pacientes com doenças neurológicas e cardiovasculares (anti-hipertensivos, antiparkinsonianos, ansiolíticos e agentes hipnóticos) também apresentam efeitos que foram associados significativamente com risco aumentado para quedas em ambiente hospitalar (SHUTO et al., 2010). Com exceção dos antiparkinsonianos, os referidos medicamentos estão descritos na NANDA-I como fatores de risco para o DE Risco de quedas (NANDA-I, 2013).

De acordo com a discussão realizada até aqui, salienta-se que os principais fatores de risco relacionados ao DE Risco de quedas evidenciados no presente estudo foram *Alteração neurológica* (43,1%), *Mobilidade prejudicada* (35,6%) e *Extremos de idade* (10,3%). Tais fatores de risco foram ao encontro do perfil dos pacientes: idosos (média de idade de $68,5 \pm 13,7$ anos) e portadores de doenças neurológicas (principal motivo de internação) e cardiovasculares (principal comorbidade) e com várias comorbidades presentes.

Resultados semelhantes também estão descritos na literatura, que considera os seguintes fatores de risco de queda como os mais prevalentes: equilíbrio prejudicado, dificuldades na marcha, mobilidade física prejudicada, idade maior de 60 anos, déficit

proprioceptivo, estado mental diminuído e medicamentos que alteram o sistema nervoso central (MORAIS et al., 2012; CORREA et al., 2012; COSTA et al., 2011).

Com relação ao fator de risco alteração neurológica, o declínio cognitivo é apontado como forte preditor de queda, em especial nos idosos, grupo em que ele leva a dificuldades na execução das atividades de vida diária, a desorientação no espaço, bem como a alterações da marcha e da estabilidade postural (MORAIS et al., 2012).

Também se observou que os fatores de risco, muitas vezes, apresentam-se de forma concomitante nos pacientes, ou seja, eles são múltiplos. Muitos pacientes que apresentavam alteração neurológica também apresentavam prejuízo na mobilidade (mobilidade prejudicada), e eram idosos (extremos de idade).

Considerar os fatores de risco de um paciente de forma a avaliar a sua suscetibilidade para cair é um processo complexo, pois a queda é um evento de caráter multifatorial. Quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior a chance de o indivíduo cair. Todavia, a presença de apenas um fator, mas com alto grau de comprometimento, também pode elevar o risco (PAULA et al., 2010). Estas questões não estão pontuadas nas escalas de avaliação de risco de queda, mostrando que estes instrumentos ainda não consideram todas as variáveis envolvidas no risco do paciente cair.

A maioria das quedas nos hospitais ocorre mais em virtude das doenças e das características do paciente do que pelos riscos relacionados ao ambiente hospitalar; entretanto, argumenta-se que a falha das instituições em não antecipar e preveni-las é uma importante lacuna na prevenção efetiva desse evento adverso (WHO, 2008).

Nesse cenário, a avaliação do paciente realizada pela enfermeira é uma etapa fundamental na prevenção da queda, pois mediante coleta de dados e aplicação de uma escala preditiva é possível identificar a presença de fatores de risco para esse evento e, a partir disso, estabelecer um DE acurado e intervenções preventivas apropriadas. Na anamnese, a enfermeira obtém dados sobre a história clínica do paciente, bem como estabelece um vínculo com ele, facilitando, dessa forma, o engajamento e a participação dele nas ações de cuidado. No exame físico, a enfermeira detecta sinais, sintomas e fatores de risco que também a subsidiam para levantar algumas hipóteses diagnósticas (SILVA; ALITI, 2011).

Os achados deste estudo mostraram que as enfermeiras, após avaliação inicial dos pacientes, identificaram principalmente os fatores de risco *Alteração neurológica*, *Mobilidade prejudicada* e *Extremos de idade* para o DE Risco de quedas, todos eles intrínsecos aos pacientes, o que demandou a prescrição do maior número de cuidados. Entre os 48 tipos de cuidados prescritos, 42 estavam relacionados diretamente ao paciente. Somado a isso,

observou-se que, em termos de frequência, o maior número de prescrições foi do cuidado manter grades no leito, que está direcionado para uma condição ambiental que favorece a segurança do paciente. O fator de risco *Condições ambientais* foi o menos prevalente (2,3%), retratando o seu pouco uso no ambiente hospitalar. Talvez este seja um fator de risco mais aplicado ao ambiente domiciliar, visto que conforme a NANDA-I (2013) todos os itens desse fator, com exceção da imobilização e quarto não familiar, que também podem ser identificados no ambiente hospitalar, estão mais relacionados ao cenário da comunidade: ambiente com móveis e objetos em excesso, ausência de material antiderrapante na banheira e no box do chuveiro, condições climáticas, pouca iluminação e tapetes espalhados pelo chão.

Apesar de o fator de risco *Condições ambientais* ter sido pouco utilizado, os cuidados de enfermagem relacionados à intervenção *Controle do Ambiente: Segurança*, definida como monitoramento e manipulação do ambiente físico para promoção da segurança (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010), foram os mais frequentes (manter grades no leito, campainha e pertences ao alcance do paciente e retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco), visto que, além de serem ações importantes na prevenção de quedas, esses cuidados também são utilizados para muitos pacientes hospitalizados, em especial os idosos e pacientes com alguma limitação física ou cognitiva.

Este achado difere do estudo de Shever et al. (2007), que identificou a intervenção *Supervisão*, definida como aquisição, interpretação e síntese contínuas com vistas à obtenção de dados do paciente, para a tomada de decisão clínica (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010), como a mais frequentemente prescrita para um grupo de pacientes idosos hospitalizados com risco de quedas. No estudo aqui relatado, a intervenção *Supervisão: Segurança*, definida como a coleta e análise proposital e contínua de informações sobre o paciente e o ambiente para uso na promoção e manutenção da segurança do paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010), foi utilizada com menor frequência para os pacientes com DE Risco de quedas, o que mostra que os cuidados de enfermagem variam nos diferentes contextos institucionais e se direcionam aos problemas específicos e às características dos pacientes. Essa intervenção constou do cuidado que foi manter vigilância constante, além de outros cuidados agrupados à intervenções mais específicas, como retirar do ambiente objetos que possam oferecer riscos para os pacientes (*Controle do Ambiente: Segurança*), avaliar e vigiar sensório, avaliar e comunicar alteração do nível de consciência, comunicar queixas de alterações visuais e observar sinais de sedação, lentificação (*Monitoração Neurológica*). Estes cuidados também puderam ser incluídos na intervenção *Supervisão: Segurança* devido a sua semelhança com as atividades descritas na NIC, em

especial a “Monitorar o paciente quanto a alterações no funcionamento físico ou cognitivo capazes de conduzir a comportamento de risco” e “Monitorar o ambiente em relação a potenciais riscos à segurança” (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Analisando-se as definições das intervenções *Supervisão e Supervisão: Segurança*, percebe-se que elas retratam muito da prática clínica da enfermeira, que na maioria das vezes atua “supervisionando”, ou seja, obtendo e analisando informações para definir a melhor conduta, tanto para melhorar a condição clínica do paciente como para promover a segurança dele, identificando e controlando os riscos a que os pacientes estão expostos.

A intervenção *Supervisão: Segurança* está descrita na NIC de forma ampla. Ela compreende sete atividades, que incluem a monitoração do paciente quanto a alterações físicas/cognitivas capazes de desencadear um comportamento inseguro, a monitoração dos riscos do ambiente, a determinação do grau de vigilância necessário ao paciente, a colocação do paciente em ambiente o menos restritivo possível, o início e a manutenção do estado de precaução e a comunicação do risco do paciente às outras enfermeiras (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

As atividades relacionadas às alterações físicas/cognitivas e à segurança do ambiente também puderam ser identificadas nas intervenções *Prevenção de Quedas e Monitoração Neurológica*, nas quais, no entanto, as atividades são descritas de forma mais específica e detalhada. Assim, neste estudo, percebe-se que as enfermeiras prescrevem os cuidados de forma mais específica, porém atuam muito conforme o significado da intervenção de supervisão da promoção da segurança do paciente.

No cenário deste estudo, conforme já se disse, os cuidados relacionados à segurança do ambiente foram os mais frequentemente prescritos para os pacientes com DE Risco de quedas. A literatura ressalta a importância dos fatores ambientais tanto na avaliação de risco quanto na prevenção de quedas, o que se verifica nos apontamentos de Dykes (2010) e Vitori, Lopes e Araújo (2010), que relatam que a hospitalização está relacionada com risco aumentado para quedas não só pela presença de doenças agudas e seus tratamentos, mas também por questões ambientais, como altura da cama do paciente, inadequação das grades do leito, ausência de equipamentos de apoio e ambiente não familiar.

Segundo Morse (2009), existem três tipos de quedas que ocorrem no ambiente hospitalar: as acidentais, responsáveis por 14% dos eventos (causadas por escorregão, tropeço, ou algum outro incidente, na maioria das vezes por fatores ambientais como água derramada, urina no chão, travamento do suporte de soro na porta ou cortina, etc.), as fisiológicas esperadas, responsáveis por 78% dos eventos (quando o paciente exibe sinais que indicam a

probabilidade de cair) e as fisiológicas inesperadas, que compreendem 8% dos eventos (por causas fisiológicas que não podem ser previstas, como convulsões e desmaios), cada tipo de queda necessitando diferentes estratégias para sua prevenção (MORSE, 2009).

As quedas acidentais são prevenidas garantindo um ambiente seguro para o paciente, incluindo fornecimento de orientação sobre como usar dispositivos auxiliares de deambulação e sobre o método correto de transferência para a cadeira de rodas, além da correção dos riscos ambientais através de verificação periódica de todos os equipamentos, como camas, incluindo grades e travas, cadeiras de rodas, corrimãos, barras de apoio, etc (MORSE, 2009).

Problemas relacionados ao ambiente hospitalar, como camas altas e sem grades, bem como falhas de processo, como grades que permaneceram abaixadas e a não solicitação da enfermagem, foram identificados em um estudo que avaliou os fatores de risco e a incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos durante o pré e o pós-operatório. Os autores concluíram que as quedas nesses pacientes poderiam ter sido evitadas com uma melhor estrutura hospitalar e com o desenvolvimento de um programa de prevenção de quedas na instituição (DICCINI; GOMES; OLIVEIRA, 2008).

Assim, é essencial para um programa de prevenção de quedas que se investiguem os fatores de risco ambientais nas instituições hospitalares. A identificação de pisos escorregadios, vazamentos, locais com iluminação insuficiente, alterações no piso, condições das camas, entre outros, permite que os membros da equipe de prevenção de quedas possam levantar as necessidades prioritárias e traçar estratégias para reduzir os riscos relacionados ao ambiente (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2007).

Segundo Rubenstein (2006), realizar intervenções efetivas para a prevenção de quedas é um desafio, por conta da natureza complexa das quedas. Abordagens ideais envolvem colaboração interdisciplinar, atenção para as condições médicas coexistentes, fiscalização ambiental e redução de riscos, ou seja, consideram os fatores relacionados diretamente ao paciente e os extrínsecos a ele (RUBENSTEIN, 2006).

Entre os fatores intrínsecos ao paciente e associados com o risco de quedas estão as alterações neurológicas, o que vai ao encontro do principal fator de risco identificado pelas enfermeiras para o DE Risco de quedas na amostra estudada e da intervenção *Monitoração Neurológica*, que constituiu o terceiro agrupamento de cuidados mais prevalentes prescritos para os pacientes com o DE Risco de quedas: avaliar e vigiar sensório, avaliar e comunicar alterações do nível de consciência, comunicar queixas de alterações visuais e observar sinais de sedação e lentificação. Esses cuidados estão de acordo com o perfil da maioria dos pacientes analisados, uma vez que a alteração do estado mental, caracterizada por uma

limitação da função cognitiva, é um importante problema nos idosos, muitas vezes relacionado a problemas neurológicos e comprometimentos físicos que, juntos, aumentam o risco de queda (MORAIS et al., 2012).

A atenção, a orientação e a memória estão entre as principais funções cognitivas responsáveis pelo equilíbrio e postura; quando limitadas por alguma alteração neurológica ou pelo próprio envelhecimento, elas comprometem a adaptação ao ambiente, o julgamento e a realização de atividades que possam oferecer risco de queda (FERREIRA, 2010; SANTOS, 2005). Diante disso, a avaliação neurológica dos pacientes é fundamental para identificar as alterações relacionadas ao risco aumentado de queda e estabelecer as medidas de prevenção mais adequadas à condição de cada um.

Pacientes com doenças neurológicas podem desenvolver quadros de agitação psicomotora e agressividade, muitas vezes desencadeadas durante a hospitalização, o que leva à necessidade de instalar medidas que os impessam de provocar algum dano a si mesmo e a equipe profissional (ARAUJO et al., 2010).

A contenção física é uma prática utilizada na clínica, na unidade de terapia intensiva, psiquiatria, pacientes com alteração do estado mental e com alto risco de violência (COREN, 2009). A sua utilização é discutida entre os profissionais de saúde e questionada pelos familiares. Questões como a dignidade do paciente e o impacto psicológico da contenção são frequentemente abordadas pelos mesmos, visto que não existem estudos consistentes que mostrem os reais benefícios e riscos desta medida, havendo a necessidade de ser melhor explorada em investigações que avaliem a sua segurança e eficácia (ARAUJO et al., 2010).

O uso desta técnica de restrição física do paciente não deve ser uma prática de uso isolado no manejo do paciente com agitação psicomotora, e sim permitir que se realize uma abordagem verbal de maneira segura. Ainda, é importante que seja prescrita e aplicada conforme protocolo de cada instituição hospitalar (COREN, 2009).

Corroborando com estes apontamentos, no presente estudo, a intervenção *Contenção Física* que incluiu o cuidado “implementar cuidados com a contenção mecânica”, teve uma baixa prevalência com 32 prescrições (3,3%).

Em um momento que se prioriza o direito do paciente a uma assistência humanizada e um cuidado mais seguro, precisa-se encontrar alternativas menos restritivas para o paciente agitado. Enquanto isso não ocorre, parece que realizar a contenção física seguindo as recomendações da literatura, é uma medida capaz de garantir a integridade física e a segurança do paciente quando outros recursos utilizados não tiveram êxito.

Os cuidados agrupados na intervenção *Monitoração Neurológica* também foram incluídos, porém de forma menos detalhada, nas intervenções *Prevenção de Quedas* e *Supervisão: Segurança*, o que reforça a importância desses cuidados nas questões de segurança do paciente, em especial na prevenção do evento queda.

Os cuidados agrupados na intervenção *Monitorização de Sinais Vitais: Verificar sinais vitais* e *Comunicar alterações da pressão arterial* são atividades importantes na prevenção de quedas, visto que as alterações da pressão arterial, principalmente a hipotensão, estão relacionadas a um risco aumentado de cair. Como já descrito anteriormente, nos casos de pacientes com doenças cardiovasculares, as oscilações dos sinais vitais decorrem de processos fisiológicos da doença e do uso de medicamentos, principalmente os anti-hipertensivos. Os cuidados relacionados com a monitoração dos sinais vitais podem ser utilizados para a prevenção dos efeitos das condições citadas, além de outros fatores de risco citados pela NANDA-I, incluindo condições pós-operatórias, diarreia, presença de doença aguda e uso de medicamentos como ansiolíticos, antidepressivos e opiáceos.

Além dos medicamentos específicos às patologias neurológicas e cardiovasculares, a utilização de analgésicos também se relaciona ao risco de quedas, fato verificado nos cuidados prescritos e agrupados na intervenção *Controle da Dor*. Os analgésicos podem provocar reações adversas como sonolência e alterações das habilidades físicas e cognitivas do paciente, que sem supervisão adequada pode cair. No estudo de Shever et al. (2007), a intervenção *Controle da Dor* foi uma das mais utilizadas para os pacientes idosos hospitalizados com risco de quedas num período de seis dias, o que corrobora este achado.

Identifica-se também na intervenção *Prevenção de Quedas* uma atividade semelhante aos cuidados com medicamentos e sinais vitais: colaborar com os demais membros da equipe de saúde para minimizar os efeitos secundários dos medicamentos que contribuam para quedas (p.ex., hipotensão ortostática e modo de andar instável), o que ressalta a importância dessas medidas na prevenção de quedas, uma vez que aparecem em várias intervenções.

Além dessas ações, a intervenção *Prevenção de Quedas* também apresenta atividades mais específicas, contemplando as diferentes necessidades dos pacientes em risco para este evento. Prova disso foi o número expressivo de cuidados agrupados nessa intervenção. Ela pode ser considerada como multifatorial, visto que compreende atividades voltadas para os diferentes fatores de risco, como avaliação do paciente, auxílio nas mobilizações e deambulação, sinalização do risco de queda, modificações no ambiente para aumentar a segurança, orientação do paciente e família, entre outras. A enfermeira poderá identificar e

combinar as atividades conforme avaliação do paciente e então implementar seu plano de cuidados.

As intervenções multifatoriais têm sido apontadas pela literatura como fundamentais para a redução do risco de quedas; uma vez que o evento tem caráter multicausal, ele necessita de ações direcionadas aos diferentes fatores de risco identificados no paciente. Assim, uma intervenção isolada, referente a um único fator causal, possivelmente, não será tão eficaz quanto uma multifatorial.

Intervenções multifatoriais implicam a utilização de mais de um tipo de intervenção. Nem todos os pacientes recebem a mesma combinação de cuidados, isto é, cada indivíduo recebe as intervenções de acordo com a avaliação individual dos fatores de risco. Exercícios, manejo de medicamentos, métodos baseados no conhecimento e orientação, são exemplos de estratégias multifatoriais capazes de reduzir as quedas e o risco de quedas em hospitais (CAMERON et al., 2010). Em estudo realizado em unidades de internação geriátrica com cuidado multidisciplinar, também se observou redução significativa na incidência de quedas nos pacientes mediante implementação de um programa de prevenção de quedas baseado em intervenções estruturadas. Essas incluíram a avaliação do risco de queda na admissão, reavaliação pós-queda, alerta de risco, supervisão e assistência adicional na transferência dos pacientes e no uso de vaso sanitário, fornecimento de folheto informativo, estímulo ao uso adequado de óculos, aparelhos auditivos, calçados e dispositivos auxiliares de deambulação, e educação pessoal (VON RENTELN-KRUSE; KRAUSE, 2007).

Verificou-se que as intervenções baseadas no conhecimento e na orientação estavam incluídas nas estratégias de prevenção dos estudos citados acima. Na intervenção *Prevenção de Quedas* (NIC, 2010), verifica-se a presença de dez atividades direcionadas à orientação e ensino do paciente/família referentes às questões de prevenção do evento, o que também se identificou na prescrição dos cuidados para os pacientes com o DE Risco de quedas. O cuidado orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas foi o segundo mais frequentemente prescrito para os pacientes. Outros cuidados relacionados à orientação e ensino do paciente/família foram: certificar que paciente/família compreendeu as orientações, orientar paciente/família, ensinar uso apropriado de muletas, andador, bengala e prótese, orientar paciente, orientar formas de adaptar-se às suas limitações, explicar responsabilidades ao paciente/família.

Messias e Neves (2009) ressaltam que orientar o paciente com o objetivo de modificar os comportamentos de risco para proporcionar-lhe movimentos e locomoções seguros é uma das ações primordiais para a prevenção de quedas. Fabrício, Rodrigues e Junior (2004)

acrescentam, ainda, a importância de estimular a conscientização do autocuidado, bem como de orientar a família para que esteja engajada nas ações preventivas, já que a responsabilidade da prevenção de quedas é não só dos profissionais de saúde, mas também dos cuidadores e familiares (MESSIAS; NEVES, 2009; FABRICIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

Apesar de os cuidados relacionados à segurança do ambiente responderem pelo maior número de prescrições, verificou-se que a maior diversidade de cuidados está na intervenção *Prevenção de Quedas*. Dos 48 diferentes cuidados prescritos para os pacientes com DE Risco de quedas, 12 foram agrupados nessa intervenção, sendo 7 direcionados à orientação do paciente/família e 5 ao auxílio na mobilização e deambulação. Além desses, 13 cuidados que foram agrupados em outras intervenções também estavam incluídos na referida intervenção, bem como estavam presentes na lista de atividades das intervenções referentes ao *Controle do Ambiente: Segurança, Monitoração Neurológica, Uso do Vaso Sanitário e Assistência no Autocuidado: Transferência*. Isso demonstra que a intervenção abrange uma diversidade de atividades relacionadas ao paciente e ao ambiente (fatores intrínsecos e extrínsecos) na prevenção de quedas.

Diante disso, a intervenção *Prevenção de Quedas* evidenciou-se realmente prioritária para o DE Risco de quedas, pois suas atividades direcionam-se aos diferentes fatores de risco, consideram a multifatorialidade do evento e possibilitam à enfermeira selecioná-las de acordo com as necessidades identificadas na avaliação do paciente.

Assim, a diversidade de cuidados prescritos, na prática clínica das enfermeiras da instituição pesquisada, para os pacientes com DE Risco de quedas é corroborada pelo referencial da NIC, na medida em que esta classificação recomenda intervenções multifatoriais na prevenção de quedas.

Dentre os cuidados prescritos, incluídos no sistema informatizado de prescrição de enfermagem do hospital estudado para o DE Risco de quedas, identificaram-se alguns passíveis de questionamentos, como os agrupados na intervenção *Prevenção de Quedas* relacionados à orientação do paciente/família. Verificou-se a presença de cuidados repetitivos e muito amplos como “orientar paciente/família” e “orientar paciente”, não adequados à prescrição sem o uso de um complemento. Esses cuidados não indicam o sentido de continuidade da ação. Orientar paciente/família com relação a quê? Orientar paciente sobre o quê? Atualmente, já existe uma ferramenta desenvolvida durante o processo contínuo de refinamento do sistema informatizado da instituição pesquisada que obriga a complementação de alguns cuidados que estão descritos de forma mais ampla, o que contribuirá para melhorar a implementação dos cuidados de enfermagem.

Também foram identificados como passíveis de questionamento os cuidados agrupados nas intervenções *Banho* (realizar banho de leito, higienizar couro cabeludo, implementar cuidados na tricotomia facial e inspecionar pele em busca de pontos hiperemiados ou isquêmicos), *Assistência no Autocuidado: Banho/Higiene* (estimular cuidados de higiene) e *Assistência no Autocuidado: Alimentação* (auxiliar na alimentação). Os questionamentos referentes a esses cuidados se devem ao fato de eles não se relacionarem diretamente à prevenção de quedas, além de não estarem descritos na intervenção prioritária para o DE Risco de quedas *Prevenção de Quedas*, nem nas intervenções sugeridas e adicionais optativas indicadas pela NIC (2008).

Inferese que esses cuidados foram prescritos mais pelas necessidades do paciente com perfil idoso, portador de doença neurológica e cardiovascular, com várias comorbidades, portanto com nível de dependência maior, a exigir da enfermagem atividades voltadas para as questões de banho/higiene e autocuidado, do que pelas necessidades relacionadas especificamente ao DE Risco de quedas. Esses questionamentos apontam para a necessidade de uma revisão dos cuidados incluídos no sistema informatizado para o DE Risco de quedas, o que poderá qualificar o seu uso na etapa diagnóstica, com reflexos positivos na prática clínica.

7 CONCLUSÕES

O DE Risco de quedas apresentou baixa prevalência nas unidades de internação clínicas e cirúrgicas do hospital pesquisado no ano de 2011, provavelmente pelo fato de os enfermeiros não terem identificado os fatores de risco para o DE e, portanto, não o terem estabelecido. A não utilização de um instrumento de avaliação do risco de queda na instituição durante o período pesquisado também pode ter influenciado na baixa prevalência do DE.

O perfil dos pacientes com o DE Risco de quedas apontou para idosos, do sexo masculino, internados nas unidades clínicas, com internação prolongada, portadores de doenças neurológicas, cardiovasculares e com várias comorbidades, o que ficou corroborado também pelos principais fatores de risco identificados para o DE Risco de quedas: *Alteração neurológica*, *Mobilidade prejudicada* e *Extremos de idade*. Esses achados foram coerentes com o perfil dos pacientes e assemelham-se com os dados da literatura.

Dentre os 48 diferentes cuidados de enfermagem prescritos para os pacientes com o DE Risco de quedas, os mais prevalentes foram: manter grades no leito, orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas, manter campainha ao alcance do paciente e manter pertences próximos ao paciente, encontrados nas intervenções *Controle do Ambiente: Segurança e Prevenção de Quedas*.

As intervenções mais prevalentes para o DE Risco de quedas conforme a NIC foram *Controle do Ambiente: Segurança, Prevenção de Quedas e Monitoração Neurológica*.

Entre as referidas, destaca-se a intervenção *Prevenção de Quedas*, que compreendeu a maior diversidade de cuidados, incluindo as questões de orientação do paciente/família, mobilização/deambulação, segurança do ambiente e monitoramento de alterações neurológicas. A intervenção *Prevenção de Quedas* mostrou-se realmente prioritária para o DE Risco de quedas, pois suas atividades contemplam a multifatorialidade do evento, corroborada pela NIC, demais literatura e pela prática clínica.

Os achados do presente estudo apontam para a importância da avaliação e identificação do risco de queda nos pacientes internados. O DE Risco de quedas é uma importante ferramenta que orienta e define o planejamento de intervenções efetivas à prevenção do evento e à promoção da segurança do paciente. O processo de enfermagem e o uso de linguagens padronizadas contribuem para qualificar o cuidado ao paciente com risco de quedas, norteando os protocolos de prevenção e contribuindo para as questões de segurança dos pacientes internados.

Como fatores limitantes deste estudo, cita-se o cenário institucional (pré-acreditação hospitalar) em que foi desenvolvida a pesquisa, onde alguns dos projetos direcionados à sistematização das ações de prevenção de quedas ainda não tinham sido implementados, como a aplicação da Escala de Morse, importante instrumento na identificação dos riscos de queda nos pacientes e no estabelecimento do DE. Porém, acredita-se que este estudo irá servir de base para próximas investigações que analisarem os efeitos destas ações de prevenção de quedas realizadas na instituição. Também salienta-se a possibilidade do agrupamento dos cuidados de enfermagem prescritos nas intervenções NIC não contemplarem todas as que esta classificação apresenta, visto que possui mais de 500 intervenções e mais de 12.000 atividades, o que torna o processo de mapeamento bastante trabalhoso. Todavia, o rigor metodológico empregado assegura que os dados aqui apresentados contemplam a maioria delas, considerando-se o cenário específico de cuidado a pacientes com o DE Risco de quedas.

8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E SUGESTÕES

Este estudo contribuiu para o aprofundamento do conhecimento do DE Risco de quedas em pacientes hospitalizados: ele identificou o perfil clínico desses pacientes, os principais fatores de risco a ele relacionados e os cuidados de enfermagem prescritos pelas enfermeiras, o que tem implicações positivas na prática assistencial. A partir desses achados, espera-se que a enfermeira possa realizar o processo de enfermagem direcionado ao paciente com risco de queda com mais subsídios. Assim, ela poderá avaliar e planejar de forma mais efetiva as ações de cuidado necessárias e tomar decisões que ajudem a reduzir a ocorrência do evento e das lesões decorrentes dele.

Os resultados também apontam para a importância de a enfermeira realizar avaliação do risco de queda nos pacientes mediante instrumento adaptado à realidade institucional, o que pode favorecer a acurácia do DE Risco de quedas e, a partir dele, a implementação de um plano de cuidados alicerçado na avaliação realizada, ou seja, nos fatores de risco e nas características do paciente.

Ainda quanto às implicações para a prática clínica, verificou-se que os cuidados de enfermagem para o DE Risco de quedas presentes no sistema informatizado da instituição campo de estudo, apesar de estarem contemplados nas intervenções NIC, ainda podem ser refinados, visto que alguns deles possuem sentido repetido e outros não estão relacionados diretamente à prevenção de quedas. Em relação ao fator de risco *Alterações fisiológicas*, observou-se que ele é muito amplo, podendo não contemplar as informações referentes às alterações fisiológicas relacionadas com o risco de queda.

Outra implicação deste estudo está no fato de se inferir que a utilização de um instrumento preditor do risco de queda pode ser importante para a enfermeira estabelecer de forma acurada o DE Risco de quedas; sendo assim, pensa-se que a NANDA-I deva incluir no DE Risco de quedas a recomendação do uso de um instrumento para avaliação de risco, de modo semelhante ao que ela descreve no DE Risco de integridade da pele prejudicada.

Para a NIC, sugere-se a inclusão da intervenção *Monitoração Neurológica* dentre as sugeridas para resolver/melhorar o DE Risco de quedas, visto que o perfil dos pacientes com este DE apontou grande número de portadores de doenças neurológicas, tendo como principal fator de risco identificado a *Alteração neurológica*. *Este dado também corrobora* achados de outros estudos que apontam os problemas neurológicos como principais fatores de risco para queda.

Esta pesquisa também possui implicações no ensino, uma vez que contribui com a base de conhecimento de enfermagem sobre o DE Risco de quedas em pacientes internados, o que pode facilitar o aprendizado sobre esta temática, bem como a aproximação entre teoria e prática.

Sugere-se, a partir dos resultados apresentados, a realização de outros estudos no mesmo cenário clínico, no sentido de comparar o que foi encontrado nesta investigação com outros dados advindos do período pós-acreditação hospitalar pela *Joint Commission International* e da implementação de protocolo de prevenção de quedas e de medidas de acompanhamento deste evento, o que envolveu o uso da escala de Morse. Este novo estudo poderia investigar e avaliar se as medidas e atividades implementadas tiveram alguma influência na prevalência do DE Risco de quedas e na taxa de queda entre os pacientes internados.

Recomenda-se, ainda, o desenvolvimento de um protocolo para sistematizar a assistência do paciente após a ocorrência da queda, de modo que as ações sejam padronizadas. Isso poderia melhorar o planejamento de enfermagem e o atendimento ao paciente, minimizando as injúrias, quando presentes.

Assim, acredita-se que o presente estudo pode servir como base para outros investigarem as questões referentes às quedas, incluindo o diagnóstico de risco e as melhores intervenções para prevenir a ocorrência deste evento nos diferentes cenários clínicos.

REFERÊNCIAS

AL-AAMA, T. Falls in the elderly: spectrum and prevention. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v.57, n.7, p. 771-6, 2011. Disponível em: <<http://www.cfp.ca/content/57/7/771.full.pdf+html>>. Acesso em: 13 out. 2012.

ALMEIDA, M.A. et al. Prevenção de quedas em um hospital universitário. In: SEMANA DE ENFERMAGEM, 23, 2012, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: HCPA, 2012.

ALMEIDA, M.A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ALMEIDA, M.A.A.; LUCENA A.F. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: ALMEIDA, M.A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 23-40.

ALVARES, L.M.; LIMA, R.C.; SILVA, R.A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.31-40, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 out. 2012.

ARAÚJO, E.M. et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.2, p.94-8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n2/a03v59n2.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2012.

ARAÚJO, M.A.P. et al. Qualidade na atenção hospitalar: análise da percepção dos trabalhadores de saúde de um hospital do norte cearense. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.10, n.39, p. 73-8, 2008.

ARIAS, V; AZZOLIN, G.M.C. Diagnóstico de Enfermagem: ferramenta importante para conduzir o cuidado. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 10., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEn; 2010. p.287-91.

BEZERRA, A.L.Q. et al. Eventos adversos em um hospital sentinela. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 467-72, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2012.

BISCHOFF-FERRARI, H. et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. **British Medical Journal**, London, v.339, p. b3692, 2009. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/339/bmj.b3692.pdf%2Bhtml>>. Acesso em: 23 out. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de Saúde. Indicadores Demográficos. Proporção de Idosos na População. (texto/página da internet). Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 out. 2012.

BULECHEK, G.M; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CALLEGARI, J.; SIDIA, M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMERON, I.D. et al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. **Cochrane Database Systematic Reviews**, Chichester, v.20, n.1, CD005465, 2010. Disponível em: <<http://ebm.cgh.org.tw/gongzuofang/revman-material/Fall%20Prevention%20-Cochrane%20J%20Club%20CD005465-full.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2012.

CARNEIRO, F.S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.204-11, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Injury Prevention and Control. **Falls among older adults: an overview**. Atlanta: CDC, 2011. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html>>, Acesso em: 23 out. 2012.

COREN. **Parecer Técnico Cofen- CTA Nº 03/2009. Contenção Mecânica**. Distrito Federal, 2009. Disponível em: <http://www.coren-df.org.br/portal/index.php/pareceres/80-pareceres-cofen/688-parecer-de-relatora-no-0322009>, Acesso em: 27 dez. 2012.

CORREA, A.D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.46, n.1, p.67-74, 2012.

COSTA, A.G.S. et al. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 684-89, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a05.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2012.

COSTA, S.G.R.F. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.4, p. 676-81, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18753/14441>>. Acesso em: 10 out. 2012.

DEANDREA, S. et al. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. **Epidemiology**, Baltimore, v.21, n.5, p.658-68, 2010.

DICCINI, Solange; PINHO, Priscila Gomes de; SILVA, Fabiana Oliveira da. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.4, p.752-57, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_16.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUARTE, M.C.F.N.C. **Caracterização e impacto das quedas de doentes, como indicador de qualidade, num hospital E.P.E.** 2011.81f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2011.

DYKES, P.C. et al. Fall preventiom in acute care hospitals. **JAMA**, Chicago, v.304, n.17, p.1912-18, 2010. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186836>>. Acesso em: 24 out. 2012.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JUNIOR, M.L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p. 93-9, 2004.

FERREIRA, Yoshitome. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.6, p.991-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>>. Acesso em 10 set. 2012.

FURUYA, R.K. et al. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência:

revisão integrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.1, p.167-75, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/15377/12411>>. Acesso em 05 out. 2012.

GAMA, Z.A.S.; CONESA, A.G. Factores de riesgo de caídas em ancianos: revisión sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.5, p. 946-56, 2008.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 188-93, 2009.

GATES, S. et al. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal**, London, v.336, n.7636, p.130–33, 2008. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/336/7636/130.pdf%2Bhtml>>. Acesso em 10 set. 2012.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.56, n.2, p. 162-7, 2010.

GILLESPIE, L.D. et al. **Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas**. Oxford: Wiley, 2008.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação de pesquisa em saúde**. Porto Alegre: DaCasa, 2000.

GOMES, A.Q.F. **Iniciativas para a segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais**. 2008. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

GOWDY, M.; GODFREY, S. Using tools to assess and prevent inpatient falls. **Joint Commission Journal on Quality and Safety**, Oakbrook, v.29, n.7, p.363-8, 2003.

HEALEY, F. et al. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on retrospective analysis of 12 months of patient safety incident reports. **Quality and Safety in Health Care**, London, v.17, n.6, p. 424-30, 2008. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/17/6/424>>. Acesso em: 23 out. 2012.

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

HILL, A.M., et al. Evaluation of the effect of patient education on rates of falls in older hospital patients: description of a randomized controlled trial. **BMC Geriatrics**, Atlanta, v.9, p.14, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2688498/pdf/1471-2318-9-14.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

HITCHO, E.B. et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v.19, n.7, p. 732-9, 2004.
HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Portal Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre. Porto Alegre: HCPA, 2012. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

_____. Grupo de pesquisa e pós-graduação. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Porto Alegre: GSIS / HCPA, 1996.

HULLEY, S.B.; NEWMAN, T.B.; CUMMINGS, S.R. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JOHNSON, M et al. **NANDA, NOC, and NIC linkages: nursing diagnoses, outcomes, & interventions**. St. Louis: Mosby Elsevier, 2006.

JOINT COMMISSION RESOURCES. **Good practices in preventing patient falls: a collection of case studies**. Oakbrook: Joint Commission Resources, 2007. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Quality-and-Safety-Risk-Areas/Patient-Safety/>>. Acesso em: 27 out. 2012.

KRAUSS, M.J. et al. Circumstances of patient falls and injuries in 9 hospitals in Midwestern healthcare system. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Chicago, v. 28, n. 5, p. 544-50, 2007.

LAKATOS, B.E. et al. Falls in the general hospital: association with delirium advanced age, and specific surgical procedures. **Psychosomatics**, Oxford, v.50, n.3, p. 218-26, 2009.

LASTA, N.S. et al. Diagnóstico de enfermagem risco de queda: ferramenta facilitadora na implantação do protocolo de queda. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 10., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEn,2010. p.430-3.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.8, p.127-41, 2005.

LIGHTBODY, E. et al. Evaluation of a nurse-led falls prevention programme versus usual care: a randomized controlled trial. **Age and Ageing**, Oxford, v.31, n.3, p.203-10, 2002.

LUCENA, A.F.; ALMEIDA, M.A.A. Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC e NOC no processo de enfermagem. In: RABELO, E.R. et al. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 35-53.

LUCENA, A.F.; BARROS, A.L.B.L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.1, p.82-8, 2005.

LUNNEY, Margaret. Coleta de dados, julgamento clínico e diagnóstico de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012 – 2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p.

MACHADO, T.R. et al. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.11, n.1, p. 32-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

MARIN, M.J.R. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.1, p. 47-52, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/165.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

MARIN, M.J.S. et al. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” entre idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.5, p. 560-4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a09v57n5.pdf>> Acesso em: 20 out. 2012.

MASUD, T.; MORRIS, R.O. Epidemiology of falls. **Age and Ageing**, Oxford, v.30-suppl. 4, p. 3-7, 2001. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/30/suppl_4/3.full.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

MESSIAS, M.G.; NEVES, R.F. Fatores extrínsecos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.275-82, 2009.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**.4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC): process and rules. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v.8, n.4, p.137-44, 1997.

MORAIS, A.S. et al. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de Enfermagem nas últimas duas décadas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 404-9, 2008.

MORAIS, H.C.C. et al. Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” em idosos com acidente vascular cerebral”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.117-24, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20217/19501>>. Acesso em 10 out. 2012.

MORSE J.M.; MORSE, R.M.; TYLKO, S.J. Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging**, Cambridge, v.8, n.4, p 366-77, 1989. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/S0714980800008576>>. Acesso em: 07 nov. 2012.

MORSE, Janice M. **Preventing patient falls: establishing a fall intervention program**. New York: Springer Publishing Company, 2009.

MOURA, G.M.S.S. et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.1, p.136-40, 2009.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 – 2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NASCIMENTO, C.C. et al. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.4, p.746–51, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/15.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

NOGUEIRA, L.C.L. **Gerenciando pela qualidade total na Saúde**. 3.ed. Nova Lima: INDG, 2008.

ONAGA, Jahana K; D’ELBOUX, Diogo M.J. Quedas em idosos: principais causas e

consequências. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.17, p.4148-53, 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84201704>>. Acesso em: 8 nov. 2012.

PAIVA, M.C.M.S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.1, p.134-8, 2010.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.2, p.287-94, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>> Acesso em: 30 out. 2012.

PAULA, F.L. et al. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.4, p. 587-95, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/04.pdf>>. Acesso em 10 set. 2012.

PEREIRA, S.R.M. et al. Quedas em idosos: projeto diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001. p. 1-9. Disponível em: <<http://www.laggeba.ufba.br/quedas.pdf>> Acesso em: 18 dez. 2012.

PESUT, D.J.; HERMAN, J. **Clinical reasoning, nursing process: traditions and transformations**. Albany: Delmar, 1999

PINHEIRO, M.M. et al. Risk factors for recurrent falls among brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 89-96, 2010.

POLIT, D.F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RUBENSTEIN, L. Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age and Ageing**, Oxford, v.35, suppl 2, 37-41, 2006. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org>>. Acesso em: 08 ago. 2010.

SANTOS, A.C.S. **Valor dos instrumentos de avaliação de risco de quedas em idosos com fibrilação atrial**. 2007. 83f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTOS, M.L.C.; ANDRADE, M.C. Incidência de quedas relacionadas aos fatores de risco

em idosos institucionalizados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.29, p. 57-68, 2005.

SCHWENDIMANN, R. et al. Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. **Gerontology**, Basel, v.54, n.6, p.342-8, 2008.

SCHWENDIMANN, R. et al. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary fall prevention program. **BMC Health Services Research**, London, v.6, p. 69, 2006.

SHEVER, L.L. et al. Patterns of nursing intervention use across 6 days of acute care hospitalization for three older patient populations. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Malden, v.18, n. 1, p. 18-29, 2007.

SHUTO, H. et al. Medication use as a risk factor for inpatient falls in an acute care hospital: a case-crossover study. **British Journal of Clinical Pharmacology**, Oxford, v.69, n.5, p.535-42, 2010.

SILVA, Eneida Rejane Rabelo da; ALITI, Graziela Badin. Exame clínico. In: SILVA, E.R.R.; LUCENA, A.F. **Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Quedas em idosos: prevenção: projeto diretrizes**. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008. p.1-10. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2012.

STEVENS, J.A.; SOGOLOW, E.D. **Preventing falls: what works a CDC compendium of effective community-based interventions from around the world**. Atlanta: CDC, 2008.

THE JOINT COMMISSION. **Implementation guide for the NQF endorsed nursing-sensitive care performance measures. (Version 2.0, December 2009)** Oakbrook Terrace: The Joint Commission, 2009. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/national_quality_forum_nqf_endorsed_nursingsensitive_care_performance_measures/>. Acesso em: 27 out. 2012.

TINETTI, M.E. Preventing falls in elderly persons. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v.348, p.42-4, 2003.

TINETTI, M.E.; KUMAR, C. The patient who falls: "It's always a trade-off." **JAMA**,

Chicago, v.303, n.3, p.258-66, 2010.

TZENG, H.M.; YIN, C.Y. Heights of occupied patient beds: a possible risk factor for inpatient falls. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v.17, n. 11, p.1503-9, 2008.

URBANETTO, J.S. et al. **Levantamento dos fatores de risco de queda ao solo apontados pela Morse Fall Scale e a ocorrência de quedas em indivíduos hospitalizados**. CEP PUCRS – protocolo OF. CEP – 1272/09. Porto Alegre: PUCRS, [2009].

VITORI, A.F.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. Diagnóstico de enfermagem risco de quedas em pacientes com angina instável. **Revista RENE**, Fortaleza, v.11, n.1, p. 105-13, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a11v11n1.htm>. Acesso em: 22 out. 2012.

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**, Malden, v.55, n.12, p. 2068-74, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17971140>>. Acesso em: 17 out. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em: 26 jul. 2011.

_____. World Alliance for Patient Safety. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research: the research priority setting working group of the world alliance for patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2008.

_____. Ageing and life course family and community health. **WHO Global report on falls prevention in older age**. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf> Acesso em: 23 dez. 2012.

ANEXO A- CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO MAIOR NO COMITÊ DE ÉTICA HCPA (DEZ/2010) E RELATÓRIO DE PESQUISA (JAN/2012)



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100496

Versão do Projeto: 09/11/2010

Pesquisadores:

AMÁLIA FÁTIMA LUCENA

MELISSA PRADE HEMESATH

LYLIAM MIDORI SUZUKI

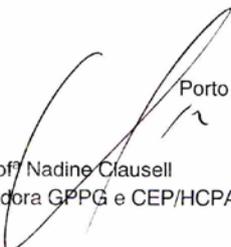
VERA LUCIA MENDES DIAS

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

Título: IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS E DE MEDIDAS DE ACOMPANHAMENTO DESTE EVENTO EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 17 de dezembro de 2010.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS UTILIZADA NA INSTITUIÇÃO PESQUISADA

Nome: _____
 Registro: _____ Leito: _____



Fone (51) 3359-8000 | Fax (51) 3359-8001
 R. Ramiro Barcelos, 2350 | Largo Eduardo Z. Faraco
 Porto Alegre - RS 91005-903
 hcpa@hcpa.ufrgs.br
 www.hcpa.ufrgs.br



AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS (Escala de Morse)¹

A escala de risco é baseada nos fatores de risco de queda. Determinar os fatores e intervenções alvo é indispensável para reduzir os riscos de quedas. Complete na admissão, mudança de condição, transferência para uma nova unidade, e após a ocorrência de uma queda.

FATORES DE RISCO DO PACIENTE	Admissão _/_/_	Revisão _/_/_	Revisão _/_/_	Revisão _/_/_
1. HISTÓRIA DE QUEDA(S) a) Não=0 b) Sim =25				
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO a) Não=0 b) Sim =15				
3. AJUDA PARA DEAMBULAR a) Nenhum/Repouso no leito/ Cadeira de rodas/ Assistido pela enfermagem = 0 b) Uso de equipamento (muletas/bengalas/andador) = 15 c) Apóia-se no mobiliário = 30				
4. ACESSO EV (salinizado e/ou terapia) a) Não=0 b) Sim =20				
5. MARCHA/TRANSFERÊNCIA a) Normal/Repouso no leito/Cadeira de rodas = 0 b) Fraca = 10 c) Prejudicada = 20				
6. ESTADO MENTAL a) Conhece seus próprios limites = 0 b) Superestima ou esquece as limitações = 15				
TOTAL				
Assinatura e Carimbo				

Pontuação Escala de Morse	
Alto risco	> 45
Risco moderado	25-44
Baixo risco	0-24

Tela inteira
 Fechar tela inteira

¹ A "Escala de Risco de Quedas" é uma tradução da "Morse Fall Scale", realizada pelo grupo Paraquedas do HCPA. Esta escala está em fase de tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro. URBANETTO, J.S. et al. Levantamento dos fatores de risco de queda ao solo apontados pela Morse Fall Scale e a ocorrência de quedas em indivíduos hospitalizados. CEP PUCRS – protocolo OF. CEP – 1272/09.

ANEXO C – POP AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS



POP Avaliação do risco de quedas

Página

1/2

POP GENF 008

Local de execução

Unidades de Internação do HCPA

Resultados esperados

Identificação do risco de queda em pacientes internados

Redução da ocorrência de quedas

Executor

Enfemeiro

Material

- Escala de risco de quedas de Morse
- Folder de orientação de prevenção de quedas para pacientes e familiares

Atividades

- Higienizar as mãos;
- Identificar o paciente conferindo pulseira de identificação;
- Manter a privacidade do paciente;
- Explicar ao paciente o procedimento chamando-o pelo nome;
- Aplicar formulário, utilizando escala de Morse:
 - Nas primeiras 24 horas de internação;
 - Após mudança do estado de saúde;
 - Após transferência para nova unidade;
 - Após ocorrência de queda.
- Entregar folder de prevenção de quedas para pacientes e familiares.
- Instalar medidas preventivas definidas no POP de Medidas Preventivas de Quedas para pacientes com pontuação maior ou igual a 45.
- Higienizar as mãos.
- Registrar procedimento e pontuação no prontuário.

Referências

- A "Escala de Risco de Quedas" é uma tradução da "Morse Fall Scale", realizada pelo grupo Paraquedas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta escala está em fase de tradução e adaptação transcultural para o português brasileiro.
- URBANETTO, J. S. et al. Levantamento dos fatores de risco de queda ao solo apontados pela Morse Fall Scale e a ocorrência de quedas em indivíduos hospitalizados. CEP PUCRS - protocolo OF. CEP – 1272/09.
- MORSE, J. Plano de Prevenção e gerenciamento de quedas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Preventing Patient Falls. Second edition, New York: Springer, 2009.

ANEXO D – POP MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS



POP Medidas de prevenção de quedas

Página

1/4

POP GENF 114

Local de execução

Unidades de internação.

Resultados esperados

Prevenção de lesões decorrentes de quedas.

Executor

Equipe de Enfermagem.

Material

- Folder de orientação a paciente e familiar;
- Pulseira de identificação do risco de queda;
- Escala de risco de queda de Morse (Anexo);
- Placa de identificação do risco de queda.

Atividades

- Higienizar as mãos;
- Manter privacidade;
- Identificar o paciente pelo uso da pulseira com os dois identificadores: nome completo e número de registro;
- Entregar folder e orientar paciente e familiar;
- Realizar a leitura conjunta do conteúdo do folder e evidenciar a compreensão do paciente e familiar;
- Aplicar a escala de risco de quedas: se escore da escala de Morse > 45 implementar as seguintes medidas:
 - Colocar pulseira de risco de queda no paciente;
 - Colocar placa de identificação de queda;
 - Recomendar a permanência de familiares durante as 24 horas;
 - Orientar que solicite o auxílio da enfermagem ao sair do leito;
 - Manter grades no leito;
 - Orientar familiar que comunique a enfermagem quando for ausentar-se;
 - Manter rodas das camas travadas e as camas Hill Rom na posição baixa;
 - Acompanhar o paciente na deambulação;
 - Transportar o paciente em maca ou cadeira;
 - Manter iluminação no ambiente;
 - Manter o ambiente livre de obstáculos;
 - Orientar sobre a sinalização de segurança do ambiente;
 - Registrar orientações no prontuário.

Obs.:

- Ver abaixo escalas "Escala de risco de quedas" e "Detalhamento da Escala de risco de quedas"

Referências

- DOCHTERMAN JM, BULECHEK GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Porto Alegre: Artmed, 2008.
- URBANETTO, J.S. et al. Levantamento dos fatores de risco de queda ao solo apontados pela Morse Fall Scale e a ocorrência de quedas em indivíduos hospitalizados. CEP PUCRS – protocolo OF. CEP – 1272/09.

ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110631

Data da Versão do Projeto: 26/01/2012

Pesquisadores:

AMÁLIA FÁTIMA LUCENA

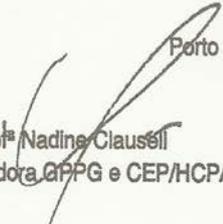
MELISSA DE FREITAS LUZIA

Título: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto deverá ser comunicada ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 30 de janeiro de 2012.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO F - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

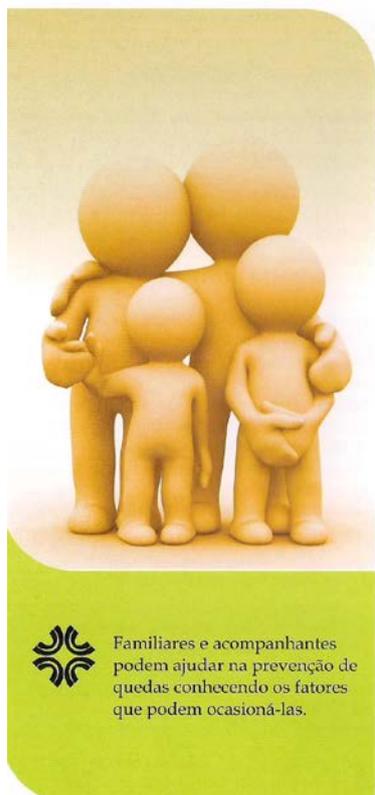
Análise do DE Risco de Quedas em pacientes adultos hospitalizados	Cadastro no GPPG 110631
--	---------------------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 30 de janeiro de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Melissa de Freitas Luzia	
Amália de Fátima Lucena	

ANEXO G – FOLDER DE ORIENTAÇÃO A PACIENTE E FAMILIAR



Assessoria de Comunicação Social HCPA - julho/12 - MD242 - 291923



Rua Ramiro Barcelos, 2350
Largo Eduardo Z. Franco
Porto Alegre/RS 90035-903
Fone 51 3359 8000
Fax 51 3359 8001
www.hcpa.ufrgs.br



Queda

Queda é a situação na qual o paciente cai sem intenção. A queda pode levar o paciente ao chão ou a algum plano mais baixo com relação à posição em que ele estava, podendo ter graves consequências.

Para prevenir as quedas durante a internação hospitalar, é importante conhecer os fatores que podem ocasioná-las.



Fatores que podem levar o paciente à queda

- Idade acima de 65 anos.
- Alteração do estado mental (confusão, agitação, desorientação).
- História de quedas anteriores.
- Ambiente muito escuro durante a noite.
- História de tontura, pressão baixa, desmaio.
- Utilização de medicamentos que provoquem sono.
- Ausência de acompanhantes (em caso de pacientes com risco de queda).
- Dificuldade para andar: uso de cadeira de rodas, muletas, andador, bengala.
- Dificuldade visual, de tato ou de audição.
- Dor ao movimentar-se.
- História de insônia.
- Urgência para ir ao banheiro.
- Problemas psiquiátricos.
- Depressão.

Como ajudar na prevenção

Familiares e acompanhantes podem ajudar na prevenção de quedas. Para isto, é necessário seguir estas recomendações:

- Fornecer informações sobre o paciente ao enfermeiro para o preenchimento da ficha de avaliação do risco de quedas;
- Acompanhar o paciente com risco de queda durante o período da internação, evitando deixá-lo sozinho;
- Comunicar a equipe de enfermagem quando for necessário deixar o paciente sozinho;
- Manter a campainha do quarto ao alcance do paciente;
- Solicitar auxílio da enfermagem para retirar o paciente da cama ou para realizar outras atividades que apresentem risco de queda;
- Manter as grades da cama elevadas e as rodas travadas;
- Evitar ambientes totalmente escuros.

O que fazer em caso de queda

Comunique imediatamente a enfermagem para que o paciente seja avaliado.

Caso tenha dúvidas, solicite esclarecimento ao enfermeiro do setor.