



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

DANIELLE DA CRUZ GARCIA

**SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DE EVENTOS ADVERSOS
RELACIONADOS ÀS QUEDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Orientadora: Profa Dra Silvana Andrea Molina Lima

**BOTUCATU
2018**

DANIELLE DA CRUZ GARCIA

**SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DE EVENTOS ADVERSOS
RELACIONADOS ÀS QUEDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Profissional).

Orientadora: Profa Dra Silvana Andrea Molina Lima

**BOTUCATU
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Garcia, Danielle da Cruz.

Segurança do paciente : análise dos eventos adversos relacionados as quedas de pacientes hospitalizados / Danielle da Cruz Garcia. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvana Andrea Molina Lima
Capes: 40400000

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Doentes hospitalizados. 4. Enfermeiros - Assistência hospitalar - Controle de qualidade. 5. Quedas (Acidentes).

Palavras-chave: Enfermagem; Quedas; Segurança do paciente.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém”. **Dalai Lama**

COMISSÃO AVALIADORA

SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE DOS EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS ÀS QUEDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Andrea Molina Lima

Comissão Examinadora:

**Prof^a Dr^a Silvana Andrea Molina Lima
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP**

**Enf^a Dr^a Miriam Cristina Marques da Silva Paiva
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP**

**Prof^o Dr. Armando dos Santos Trettene
Universidade de São Paulo - USP**

Botucatu, 23 de FEVEREIRO de 2018.

DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

Dedico, primeiramente, à Deus pelo Dom da vida e por me dar forças em todos os momentos;

Dedico aos meus pais por sempre estarem ao meu lado, por acreditarem em mim, pelas palavras de carinho e amor SEMPRE;

Dedico aos meus irmãos pelo carinho, compreensão e torcida;

Dedico aos meus sobrinhos, os quais me ensinam a cada dia o que é amar incondicionalmente;

Dedico à Dona Vilma, uma avó de coração, que me ajudou em muitos momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Silvana, pelo conhecimento transmitido, pela paciência e doçura que me orientou, pela amizade e força nos momentos difíceis. Obrigada por tornar esse trabalho mais leve e prazeroso;

Agradeço aos amigos que sempre estiveram ao meu lado e que compreenderam a ausência em muitos momentos;

Agradeço a amiga Melissa Santiloni, pelo estímulo e encorajamento para iniciar esse projeto;

Agradeço a Professora de Inglês, Alini, pela força, encorajamento e amizade nesse período;

Agradeço à banca por terem aceito o convite e desde já, pelo enriquecimento desse trabalho;

Agradeço à Gerência de Enfermagem por permitir que pudesse participar do programa de pós-graduação;

Agradeço à Universidade, em especial, o Departamento de enfermagem e corpo docente pelo conhecimento e oportunidade de crescimento;

Agradeço ao Fernando, funcionário do Departamento de Enfermagem, pela prontidão e ajuda de sempre;

E por fim, agradeço aos colegas que de alguma forma colaboraram para que esse sonho se tornasse possível.

RESUMO

Garcia,D.C. Segurança do Paciente: Análise dos Eventos Adversos Relacionados às Quedas de Pacientes Hospitalizados - Dissertação (mestrado) 56 f. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

RESUMO

Introdução: Os serviços de Saúde devem promover meios para prestar uma assistência segura e livre de danos, buscando otimizar resultados relacionados a segurança do paciente e a assistência prestada. A confiança transmitida por meio do cuidado seguro torna-se o desejo de todos os envolvidos no processo, seja o paciente, familiares ou profissionais de saúde. As práticas de assistências à saúde aumentam as chances para uma possível ocorrência de um incidente. Dentre os incidentes que podem ocorrer em uma instituição hospitalar, destaca-se o evento adverso relacionado à queda do paciente, que pode causar diversos tipos de danos como leve, moderado e grave, incluindo a morte. A ocorrência destes eventos pode aumentar o tempo de internação e a necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas, as quais não estavam no planejamento do cuidado inicial, além de acarretar consequências significativas para o sistema de saúde. Além disso, devem ser contabilizados os custos sociais, emocionais e econômicos decorrentes do evento.

Objetivo: O presente trabalho teve como objetivo analisar as notificações de eventos adversos relacionados às quedas dos pacientes hospitalizados em hospital universitário do Estado de São Paulo. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, realizado com dados de relatórios gerenciais do Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital escola do interior de São Paulo. Foram incluídas as notificações espontâneas da área de Segurança do Paciente relacionadas às quedas, que ocorreram no período de 01 de janeiro de 2016 a dezembro de 2016. A amostra consiste em 121 notificações. **Resultados:** A análise dos dados permitiu identificar que cerca de um terço das quedas (29,8%) ocorreu entre os idosos, com faixa etária entre 60 e 69 anos. O setor com maior ocorrência foi pronto socorro (30,6%), apresentando índice de queda médio de 7,26 quedas/1000 pacientes – dia, seguido pela enfermagem de neurologia (9,9%), com 2,36 quedas/1000 pacientes-dia. Quedas de macas (12,40%) e camas (32,2%) tiveram maior representatividade para as notificações no período noturno, já as quedas da própria altura aconteceram com maior frequência no período diurno (38,0%), sendo 62,8% dos pacientes não tiveram danos representativos. **Conclusão:** O trabalho evidenciou a importância e a necessidade do conhecimento das ocorrências de eventos adversos relacionados às quedas, fornecendo subsídios para elaboração do produto: Protocolo Institucional para prevenção do risco de quedas de pacientes hospitalizados bem como para tomada de decisão e adoção de medidas preventivas e corretivas nas unidades hospitalares.

Descritores: Segurança do paciente; Acidentes por quedas; Gestão de qualidade; Enfermagem; Quedas

ABSTRACT

Garcia,D.C.. Patient safety: analysis of adverse events related to falls in hospitalized patients.(Master's Degree) 56 p. College of Medicine of Botucatu of the Paulista State University of "Julio de Mesquita Filho", Botucatu, 2018.

Abstract

Health services must provide means to supply safe and harmless assistance, seeking to optimize results related to patient safety and care. Confidence from safe care is desirable for everyone involved in the process, patient, family, or healthcare professionals. Health care practices increase the chances of a possible occurrence of an incident. Among the incidents that may occur in a hospital, the adverse event related to patient fall is highlighted, which can cause several types of damage such as mild, moderate and severe, including death. The occurrence of these events may increase hospitalization time and the need for diagnostic and therapeutic interventions, which were not part of the initial care planning, and would have significant consequences for the health system. In addition, social, emotional and economic costs of such events must be accounted for. The present study aimed to analyze reports of adverse events related to falls of hospitalized patients in a university hospital in São Paulo State. This is a cross-sectional, retrospective and descriptive study, carried out with data from management reports from Patient Safety Center of a school hospital in the interior of São Paulo State. We included spontaneous reports from Patient Safety area related to falls, which occurred between January 1, 2016 and December 2016. The sample consists of 121 notifications. Data analysis allowed us to identify that about one third of the falls (29.8%) occurred among the elderly, ages between 60 and 69 years. The highest occurrence was in the emergency room (30.6%), with an average fall rate of 7.26 falls / 1000 patients-day, followed by the neurology ward (9.9%), with 2.36 falls / 1000 patients-day. Falls from stretchers (12.40%) and beds (32.23%) were more representative for notifications at night time, whereas falls from height occurred more frequently in the daytime (38.02%). The severity of such events was classified as mild, severe, moderate and no damages, and 62.8% of the patients had no representative damage. Conclusion: The study evidenced the importance of monitoring the occurrence of adverse events related to falls, since it provided subsidies for elaboration of the product: Institutional Protocol to prevent the risk of falls of hospitalized patients as well as to the Patient Safety Nucleus decision-making and adoption of preventive and corrective measures in hospital units.

Key words: Patient safety; Accidents by falls; Quality of care; Nursing; Falls

LISTA DE TABELAS

Lista de Tabelas e Figuras

Figura 1	Índice de queda em pacientes hospitalizados por unidade hospitalar, HCFMB, janeiro a dezembro de 2016.....	36
Tabela 1-	Distribuição das ocorrências de quedas, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.	37
Tabela 2-	Distribuição das ocorrências de quedas por setor, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.	38
Tabela 3-	Distribuição das ocorrências de quedas por patologia inicial, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.	39
Tabela 4-	Distribuição das ocorrências de quedas por Tipo, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.	40
Tabela 5-	Distribuição das ocorrências de quedas por gravidade da queda, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.	40
Tabela 6-	Distribuição das ocorrências de quedas por período, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.....	40
Tabela 7-	Distribuição das ocorrências do tipo de queda relacionado ao período, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.....	41
Tabela 8-	Distribuição das ocorrências do tipo de queda relacionado a presença de acompanhante, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016....	41
Tabela 9-	Distribuição dos medicamentos utilizados pelos pacientes que sofreram quedas, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.....	42
Tabela 10-	Distribuição das ocorrências, segundo registros de queda e identificação do risco de queda do HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
MV	Sistema de Controle de Pacientes - HCFMB
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
CID	Classificação Internacional de Doenças
COREN SP	Conselho Regional de Enfermagem – Subsede São Paulo
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
GGTES/Anvisa	Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
SUS	Sistema Único de Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
WHO	Organização Mundial da Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
NANDA	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional
EUA	Estados Unidos da América
NHS	Serviço Nacional de Saúde (Reino Unido)

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo Geral	33
2.2 Objetivos Específicos	33
3 MÉTODO	34
3.1 Tipo de Estudo	34
3.2 Cenário	34
3.3 Coleta dos Dados	34
3.4 Aspectos Éticos	35
4 RESULTADOS	36
5 DISCUSSÃO	43
6 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE I - Protocolo Institucional para prevenção de quedas	57
ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP	69

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização e a doença constituem fatores os quais levam o indivíduo a sentir-se ameaçado diante das fragilidades apresentadas em um ambiente hospitalar. Ficar doente implica uma série de mudanças físicas e emocionais que desencadeiam um desequilíbrio devido ao processo de doença que coloca o indivíduo diante de situações novas, e algumas vezes estressantes, como os procedimentos invasivos e dolorosos, perda de autonomia, preocupação relacionada com o estado saúde-doença enfim, fatores desencadeantes de estados de tensão acentuados.¹

Este desequilíbrio representa uma ameaça a vida e a integridade corporal. Os desconfortos podem se dar pela presença da dor ou de situações constrangedoras como a falta de privacidade, ausência de seus familiares, mudança de hábitos alimentares, dependência do cuidado de outros para seu bem-estar, entre outros, e levam a situações vivenciadas dentro do ambiente hospitalar no qual a individualidade do ser humano é limitada¹. Diante deste quadro, a ansiedade, inquietação, confusão, agressividade e agitação psicomotora podem se fazer presentes e em algum momento colocar em risco a segurança do paciente, sendo necessário a sua contenção.¹

A busca pela segurança do paciente não é uma ação recente. Já em primórdios de 1859, Florence Nightingale se preocupou com a questão e referiu: “Talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. No ano de 2000, a organização Institute of Medicine dos United States of America publicou o relatório “To Err is Human: Building a Safer Health Care System”, fornecendo informações relacionadas à mortalidade por erros que ocorreram do cuidado à saúde e poderiam ser evitados.² Este documento causou grande impacto entre as instituições públicas, privadas, organizações não governamentais e meios

científicos, os quais propuseram diversas intervenções com o objetivo de reduzir falhas no sistema de saúde. Para isso, em 2004, foi criada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que aproximou profissionais especialistas na área e interessados no assunto com o objetivo de disseminar e acelerar as melhorias para a segurança do paciente em âmbito mundial.³

No mesmo ano de sua criação, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente revelou que um em cada dez pacientes atendidos nos hospitais europeus sofre danos que poderiam ser evitados e estão relacionados ao cuidado recebido.⁴

Diante da relevância desse tema, visando promover melhorias específicas na Segurança do paciente e a qualidade na assistência prestada, a OMS em parceria com a “The Joint Commission Internacional”, agência acreditadora em Saúde dos Estados Unidos, publicou as Metas internacionais de Segurança, as quais abrangem os seguintes tópicos: “identificar corretamente o paciente, melhorar a comunicação entre profissionais da assistência, melhorar a segurança de medicações de alta vigilância, assegurar cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados em saúde e reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas”.⁵

Seguindo o mesmo princípio em relação a Segurança do Paciente, em 2010, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN SP) juntamente com a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) divulgou os dez passos para a segurança do paciente, com o objetivo de atender os principais aspectos que têm impacto na assistência direta ao paciente, são eles: “Identificação do paciente; Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; Cateteres e sondas – conexões corretas; Cirurgia segura; Sangue e hemocomponentes – administração segura; Paciente envolvido com sua própria segurança; Comunicação

efetiva; Prevenção de úlcera por pressão; Segurança na utilização de tecnologia; e Prevenção de queda”.⁶

Em 2012, a OMS implementou o Projeto: Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, por meio da Gerência Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde (GGTES/Anvisa), em que defende que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente no mundo todo. Esse projeto visa também permitir a participação dos familiares, consumidores e cidadãos envolvidos a aprimorar a qualidade do atendimento e favorecer a segurança do paciente.⁷

Em seguimento aos projetos governamentais implementados, no ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria 529, de 1 de abril de 2013 e a RDC 36/2013, em que ambos, de forma geral, tem por objetivo instituir ações para a promoção e monitoramento da segurança do paciente, como também a melhoria da qualidade e prevenção de danos nos serviços de saúde.^{8,9,10}

O PNSP tem como objetivos específicos difundir, entre todas as Instituições de diferentes áreas de saúde, as iniciativas voltadas para a segurança do paciente por meio da implantação da Gestão de risco e Núcleos de Segurança do Paciente. Tais iniciativas pretendem envolver pacientes, familiares e sociedade nas ações e informações relativas a segurança do paciente, além de promover o conhecimento sobre a temática, como também incentivar a inclusão do assunto nos ensinamentos da área da saúde, como cursos técnicos, graduação e pós-graduação.^{8,9,10}

Com o decorrer dos anos, observa-se que a temática assumiu grande relevância, sendo considerada um dos pilares da qualidade de assistência à saúde.¹¹ Os serviços de saúde devem promover meios para prestar assistência segura e livre de danos, buscando otimizar resultados relacionados a segurança do paciente e a assistência

prestada. A confiança transmitida por meio do cuidado seguro torna-se o desejo de todos os envolvidos no processo, seja o paciente, familiares ou profissionais de saúde.^{11,2} Trata-se de um conjunto de ações que busca reduzir a um nível mínimo aceitável o risco de dano ou eventos adversos relacionados a assistência à saúde.
12,13

Após quinze anos do documento “To Err Is Human: Building a Safer Health System” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), foi publicado um novo relatório que embora reconheça as mudanças ocorridas em favor da segurança do paciente, destaca que o trabalho para tornar a assistência mais segura aos pacientes progrediu de forma mais lenta do que o esperado e que o sistema de assistência à saúde ainda apresenta baixo grau de confiabilidade, indicando que os pacientes continuam sofrendo danos que poderiam ter sido evitados ou mitigados.¹⁴

Para tanto, há alguns pontos relevantes que devem ser considerados: diminuição do número de eventos adversos, os quais são possíveis de prevenção; otimização na comunicação entre a equipe profissional que está envolvida no cuidado do paciente; garantia de indenização aos pacientes por erros médicos; e redução da responsabilização do profissional quanto ao erro.¹⁴

Os danos evitáveis são recorrentes em todas as populações de pacientes e ambientes de assistência à saúde, continuando, dessa forma, um importante problema de saúde pública.^{15,16,17,18}

As práticas de assistência à saúde aumentam as chances para a possível ocorrência de incidentes. Devido a isso, as instituições de saúde estão buscando oferecer prestação de serviços segura e fazendo da segurança do paciente uma prioridade.²⁰ Ações de vigilância sanitária e de regulamentação são primordiais para

identificar antecipadamente os possíveis riscos, os quais poderão tornar-se eventos que afetem a segurança do paciente.⁸

Segundo a OMS, milhões de pacientes em todo o mundo são vítimas de erros assistenciais, os quais sofreram desde incapacidades e lesões até a morte. Reduzir esses eventos adversos é um desafio global, ou seja, para todos os envolvidos no cuidado à saúde. As ações de segurança do paciente adotadas têm a finalidade de diminuir esses eventos adversos; e a qualidade do cuidado deve estar direcionada à observação e prevenção desses eventos.^{12,21}

Para a Organização Nacional de Acreditação (ONA), evento adverso é um "erro, complicação, incidente, iatrogenia".¹⁸ Os eventos adversos, com ou sem danos, são decorrentes da ação humana, técnica ou organizacional, e que interferem diretamente na qualidade da assistência prestada. Portanto, é importante que seja conhecida a dimensão e relevância da ocorrência e a incidência das iatrogenias.²¹

Segundo estudo publicado no ano de 2013, um em cada sete pacientes se envolve em algum evento adverso durante o período de internação.²³ Embora o paciente necessite de internação em decorrência de doenças crônicas ou agudizadas, há a possibilidade de ocorrer prorrogação da mesma, devido a complicações não relacionadas a patologia inicial.²⁴

Dentre os eventos adversos que podem ocorrer em uma instituição de saúde, destacam-se as quedas. A queda é definida como "um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial"²⁵, podendo ocasionar nenhuma lesão, lesões de graus variados de gravidade, incapacidade, afastamento do trabalho e até morte.²⁶

Embora a maioria das ocorrências resultem em escoriações ou contusões, há uma porcentagem de 20 a 30% dos casos com consequências mais graves. Nestes,

as lesões oscilam entre moderadas ou graves como, por exemplo, fraturas de fêmur e quadril e traumas de crânio, que causam limitações e incapacidades físicas e também aumentam o risco de morte.²⁷

Além desses fatos, há a interferência da situação clínica que pode ser fator predisponente ao evento, tais como doenças neurológicas e cardiovasculares. A queda pode, além do dano físico, gerar repercussão psicológica, fazendo com que o paciente se torne inseguro pela possibilidade de cair novamente. Esse fato ocorre com maior frequência entre a população idosa, pois pode afetar a realização das atividades de vida diária, piora da mobilidade funcional, isolamento social e depressão.²⁸

Os tipos de quedas são abrangentes e constam na Classificação Internacional de Doenças (CID), sendo encontrados com o código E880, para o CID 9 e W00 – W19, para o CID-10.²⁹ No entanto, para a prática da assistência de enfermagem, como parte da SAE, temos os diagnósticos de enfermagem (DE), os quais estão classificados no NANDA Internacional (NANDA-I) e os mesmos apresentam a definição para RISCO DE QUEDA como sendo o “Risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”.³⁰ Ele nos dá subsídio para o planejamento e intervenção do cuidado, uniformização da linguagem e garantia da prestação da assistência baseada em evidências possibilitando, ainda, o planejamento de medidas preventivas para evitar a ocorrência de algum evento adverso.

A ocorrência desses eventos pode aumentar o tempo de internação e a necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas, as quais não estavam no planejamento do cuidado inicial, além de acarretar consequências significativas para o sistema de saúde.^{31,32,33,34}

Além disso, devem ser contabilizados os custos sociais, emocionais e

econômicos decorrentes do evento. Em idosos, cerca de 25% morrem até um ano após a queda, 15% são hospitalizados e 60% nunca recuperam o nível funcional anterior à queda.³⁵

A literatura nos mostra que o índice de quedas em pacientes internados apresenta relevância alta, em que 70% das quedas que ocorrem no ambiente hospitalar acontecem no quarto do paciente. Elas podem ocorrer durante a transferência de cama, cadeira ou cadeira de rodas e 19% são decorrentes da deambulação em condições clínicas inadequadas.³⁶

A frequência para a ocorrência das quedas varia de acordo com as características dos pacientes e da instituição, com índices que vão de 1,4 a 13 quedas para cada 1000 pacientes – dia.^{27,37}

Coussement et al. relatam que aproximadamente 2% a 12% dos pacientes internados sofreram queda. Essas ocorrências demonstram como resultados de falhas na segurança do paciente e possíveis aumento nos dias de internação, como também, piora na recuperação clínica.^{38,39}

Há estudos que relatam que os maiores índices de queda estão nas enfermarias clínicas, como neurologia, geriatria e clínica médica, e nas enfermarias cirúrgicas, neurocirurgia e centro de terapia intensiva. (CTI)^{36,40,41}

Outros estudos que apontam índice de eventos adversos de 9,2% para uma população de 74.485 pacientes, destes, 43,5% eram preveníveis, 56,3% não apresentaram deficiência ou algum tipo de lesão e 7,4% ocasionaram a morte. Já no Canadá, a percentagem para eventos adversos é de 7,5 por 100 internações, destes 36,9% foram classificados como evitáveis e 20,8% resultaram em morte.³² No Brasil, em um estudo publicado no ano de 2009, revela que essa proporção é de 66,7% para eventos evitáveis, quando avaliado em uma população de 1103 pacientes, sendo que

a taxa para eventos adversos foi de 7,6% (84 pacientes). Em Colorado, EUA, essa taxa foi de 459 eventos adversos, sendo que 265 eram evitáveis. Por motivo dos eventos adversos foram gastos \$661.889 mil dólares, sendo para eventos evitáveis, \$ 308.382 mil dólares.²¹

No Brasil, foi realizado um levantamento hipotético sobre o número de eventos adversos, usando como base as orientações do Institute for Healthcare Improvement (IHI) e Segurança do Paciente no Contexto Hospitalar, o qual consistiu em adotar a relação de 40 eventos por 100 internações, estimando-se 11.315.681 de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 4 milhões no setor privado, sendo assim 6.126.272 de eventos adversos. Não obstante, se 1% desses eventos levassem ao óbito, teríamos 61.000 óbitos ao ano consequentes de falhas no cuidado.⁴²

Diante do exposto, tais estimativas são preocupantes, pois revelam que a internação expõe o paciente ao risco, tornando o atendimento médico-hospitalar inerentemente perigoso. Neste contexto, é necessário que todos os profissionais envolvidos no processo do cuidado estejam comprometidos tanto na assistência direta quanto na gestão administrativa, garantindo o envolvimento e a implantação de práticas seguras para a melhoria na prestação da assistência, na qualidade do cuidado e na segurança do paciente.⁴³

Os fatores de risco para quedas são acentuados em pacientes com idade maior que 65 anos, mulheres, devido a maior expectativa de vida e ao risco aumentado para o desenvolvimento de osteoporose e crianças também estão contempladas. Somam-se ainda as pessoas, principalmente idosos, que sofrem de declínio cognitivo ou condições de doenças crônicas, como Acidente Vascular Encefálico, síncope, hipotensão postural, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, artrite, osteoporose, história prévia de quedas, história prévia de fraturas, neuropatia,

inatividade. Destacam-se também os pacientes com doenças neuro-musculares, como fraqueza de membros inferiores, fraqueza muscular de preensão, diminuição de reflexos, dor em joelhos ou quadril e problemas nos pés, e os pacientes com dificuldade para mobilidade, marcha e para o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD), necessidade de equipamento de locomoção, como andadores para o auxílio de marcha, pacientes com comprometimento sensorial, visual e cognitivo. O uso de medicamentos também interfere positivamente para a ocorrência do risco de quedas, como o uso de psicotrópicos, os chamados benzodiazepínicos, bloqueadores de cálcio e os analgésicos.⁴⁴

Além dos aspectos mencionados, o COREN ressalta a importância para situações em que os pacientes apresentam visão reduzida (glaucoma, catarata), hiperatividade, como também, a presença de mobiliários (berço, cama, escadas, tapetes), riscos ambientais (iluminação inadequada), calçados e vestuários não apropriados.⁶

Dessa forma, as quedas e/ou qualquer outro evento que potencialmente demande dano ao paciente, deve ser comunicado à Gestão Superior por meio de instrumento adequado. A informação é de fundamental importância para o acompanhamento efetivo dos eventos adversos, além do gerenciamento de custos e prevenção de erros advindos da assistência no ambiente hospitalar. Alguns instrumentos, como indicadores assistenciais, são gerados a partir de dados fornecidos pela prestação de cuidados pela enfermagem e são utilizados para monitoramento e avaliação da qualidade da assistência prestada por esse serviço.⁴⁵

São profissionais que visam promover a segurança do paciente no ambiente hospitalar, além de estabelecer meios para prevenção de eventos adversos, diminuição de erros, devem proporcionar mecanismos que facilitem a comunicação

dessas ocorrências e a obtenção das informações necessárias.⁴⁵

Ademais, a anotação de enfermagem também deve ser realizada de forma completa e sua prescrição clara e objetiva na ocorrência de queda e/ou para sua prevenção. Toda a equipe de enfermagem deve anotar no prontuário do paciente a ação realizada, pois contribui para a continuidade do cuidado e como documento formal, diante da justiça ou conselho profissional.⁴⁶

Outro ponto importante, é a notificação do evento ocorrido para o Núcleo de Segurança do Paciente, com a finalidade de garantir o monitoramento dos indicadores da instituição e adotar medidas de prevenção e corretivas, reduzindo ou evitando nova ocorrência.

Mediante o exposto, verifica-se a importância da realização do estudo abordando aspectos de qualidade assistencial, principalmente, da segurança do paciente, o que contribuirá para o conhecimento dos fatores de riscos e o impacto das notificações dos eventos adversos relacionados às quedas dentro da instituição hospitalar, justificando assim o desenvolvimento desta pesquisa.

OBJETIVO

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as notificações de eventos adversos relacionados às quedas dos pacientes hospitalizados em hospital universitário de grande porte.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Analisar os eventos de quedas quanto a: frequência, faixa etária acometida, setor, patologias (sistemas), tipo de quedas, gravidade ou dano, período, relação entre tipo de queda e período, presença de acompanhante, medicações em uso e registro de anotações do enfermeiro/médico.

Elaborar proposta de um protocolo institucional para a prevenção do risco de quedas de pacientes hospitalizados

MÉTODOS

3. MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo, que utilizou dados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB).

3.2 Cenário

O local do estudo é um hospital geral, público e de ensino, que presta atendimento secundário, terciário e quaternário, contando com centros de referência para atendimentos em áreas terciárias e quaternárias.

O HCFMB tem 425 leitos e conta com diferentes especialidades, sendo 52 leitos de UTI (30 leitos para adultos, 15 neonatais e sete pediátricos).

O hospital possui uma unidade de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, que desenvolve as atividades de monitoramento e notificações de ocorrências nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Saneantes e de eventos adversos relacionados à assistência à saúde do Núcleo de Segurança do Paciente.

3.3 Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada por meio de fonte secundária de dados (relatórios) da Gerência de Risco Sanitário Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente. Foram incluídas todas as notificações espontâneas e de busca ativa (visitas realizadas diariamente junto as unidades hospitalares) da área de Segurança do Paciente relacionadas as quedas, no período de 01 de janeiro de 2016 a dezembro de 2016. Foi analisado o conteúdo das fichas de notificações, sem identificação do paciente.

Neste período, foram identificadas 142 notificações encaminhadas ao Núcleo de Segurança do Paciente relacionadas ao evento adverso queda. Destas, 21

notificações foram excluídas, sendo 13 por não constarem os registros dos eventos em prontuário e 08, devido a inconsistência dos dados informados. A amostra foi concluída por 121 notificações.

Os seguintes dados foram obtidos:

- ✓ Dados dos pacientes (idade, doença de base, presença de acompanhante, medicamentos em uso, entre outros);
- ✓ Número total de incidentes relacionados às quedas;
- ✓ Categorização das notificações, segundo a classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS); Sem danos, danos leves, danos moderados e danos graves.
- ✓ Notificações por unidade hospitalar;
- ✓ Anotações dos enfermeiros e médicos para pacientes hospitalizados após sofrerem queda, por meio dos registros no prontuário eletrônico.
- ✓ Prescrições de enfermagem para pacientes hospitalizados antes e após sofrerem queda, por meio dos registros no prontuário eletrônico
- ✓ Calcular o Índice geral de queda da instituição (relação entre o número de quedas e o número de pacientes-dia, multiplicado por 1000) e índice de queda de cada unidade hospitalar (relação entre o número de quedas da unidade e o número de pacientes-dia da unidade, multiplicado por 1000).

Os dados coletados foram codificados e tabulados pelo software Microsoft Office Excel® versão 2010, sendo realizada a análise descritiva dos dados, a partir de tabelas de distribuição de frequências absoluta e relativa.

3.4 Aspectos Éticos

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, em 22/11/2016, sob número do CAAE: 62239316.0.00005411 (Anexo I).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Foram identificadas 121 notificações de eventos adversos relacionados às quedas no período estudado, sendo um número médio mensal de 10 quedas/mês.

O índice geral de queda da instituição no período estudado foi de 0,83 por 1000 pacientes-dia. O índice de queda por unidade de internação variou de 0,13 a 7,26 quedas/1000 pacientes-dia, sendo que o maior índice foi na unidade de pronto-socorro (7,26) [Figura 1].

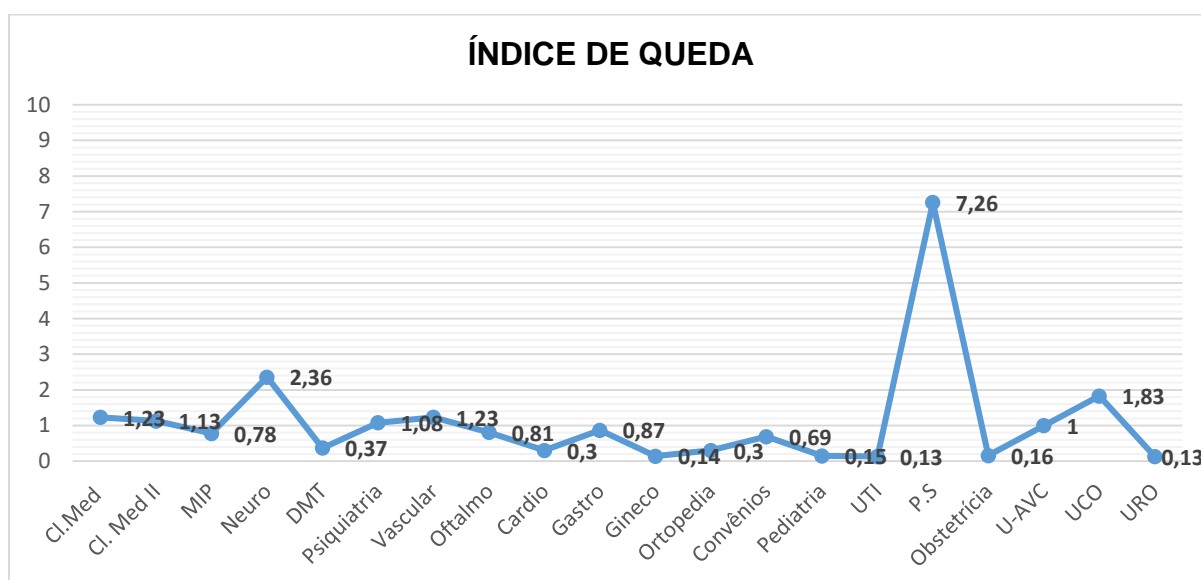


Figura 1. Índice de queda em pacientes hospitalizados por unidade hospitalar, HCFMB, janeiro a dezembro de 2016.

Na tabela 1, observa-se a estratificação de quedas por faixa etária, sendo que a maior parte ocorreu em idosos (com idade de 60 anos ou mais), representando 57,9% do total das quedas registradas no período.

Tabela 1- Distribuição das ocorrências de quedas, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.

ESTRATIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA		
Idade	n	%
Menor de 1 ano	1	0,8
Menor de 12 anos	4	3,3
12- 17 anos	0	0,0
18- 29 anos	4	3,3
30 - 39 anos	5	4,1
40 - 49 anos	11	9,1
50 - 59 anos	26	21,5
60 - 69 anos	36	29,8
70 - 79 anos	22	18,2
80 - 85 anos	7	5,8
Acima de 85 anos	5	4,1
Total	121	100

Na tabela 2, observa-se a estratificação de quedas por setor, sendo que o de maior representatividade foi o pronto socorro, com 30,6%, seguido pela enfermaria da clínica médica I com 12,4% e enfermaria de neurologia, com 9,9%, totalizando 52,9% de todas as quedas que ocorreram na Instituição no período.

Tabela 2- Distribuição das ocorrências de quedas por setor, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.

ESTRATIFICAÇÃO		
SETOR	n	%
Pronto socorro	37	30,6
Clínica Med I	15	12,4
Neurologia	12	9,9
Clínica Med II	7	5,8
Gastrocirurgia	7	5,8
Vascular	5	4,1
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	4	3,3
Oftalmologia	4	3,3
Unidade coronariana	4	3,3
Unidade de AVC	3	2,5
Convênio	3	2,5
Dermatologia	2	1,7
Cardio – Tórax	2	1,7
Obstetrícia	2	1,7

Psiquiatria	2	1,7
Ortopedia	2	1,7
Pediatria	2	1,7
Pronto socorro infantil	2	1,7
Transplante renal	1	0,8
CDI	1	0,8
Ginecologia	1	0,8
Urologia	1	0,8
UTI Central	1	0,8
Setor de Radiologia	1	0,8
TOTAL	121	100

Das 121 notificações identificadas, destaca-se a maior incidência de quedas em pacientes neurológicos (20,66%), seguido das patologias relacionadas ao sistema cardíaco (14,05%) e digestivo (11,57%) [Tabela 3].

Tabela 3- Distribuição das ocorrências de quedas por patologia inicial, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.

ESTRATIFICAÇÃO POR PATOLOGIA DE INTERNAÇÃO		
SISTEMA	n	%
Neurológico	25	20,66
Cardíaco	17	14,05
Digestivo	14	11,57
Psiquiatria	11	9,09
Respiratório	9	7,44
Vascular	7	5,79
Infectologia	6	4,96
Nefrologia	5	4,13
Urinário	5	4,13
Ortopedia	4	3,31
Otorrinolaringologia	4	3,31
Clínica Geral	3	2,48
Hematológico	2	1,65
Tegumentar	2	1,65
Politrauma	2	1,65
Endocrinologia	2	1,65
Ginecológico	1	0,83
Obstetrícia	1	0,83
Oftalmologia	1	0,83
Total	121	100

As ocorrências de quedas foram mais frequentes pela própria altura (38,02%), camas (32,23%) e macas (12,40%). [Tabela 4]

Tabela 4- Distribuição das ocorrências de quedas por tipo, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.

ESTRATIFICAÇÃO POR TIPOS DE QUEDA		
Tipo de Quedas	n	%
Própria altura	46	38,02
Cama	39	32,23
Maca	15	12,40
Cadeira comum	6	4,96
Cadeira de banho	2	1,65
Cadeira de rodas	2	1,65
Berço	3	2,48
Total	121	100

Na tabela 5, verifica-se a distribuição por gravidade das quedas, sendo que no período estratificado, a maioria das quedas não apresentou dano ao paciente (62,8%). Foram notificados um óbito (1,0%) e três casos graves (2,55) relacionados às quedas.

Tabela 5- Distribuição das ocorrências de quedas por gravidade da queda, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.

ESTRATIFICAÇÃO POR GRAU DE QUEDA		
Gravidade	n	%
Sem Dano	76	62,8
Leve	29	24,0
Moderado	8	6,6
Grave	3	2,5
Sem Registro	4	3,3
Óbito	1	0,8
Total	121	100

Na tabela 6 observa-se que as quedas ocorreram no período diurno (49,59%) e noturno (47,93%).

Tabela 6- Distribuição das ocorrências de quedas por período, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016

ESTRATIFICAÇÃO POR PERÍODO		
Período	n	%
Diurno	60	49,59
Noturno	58	47,93
Sem registro	03	2,48
Total	121	100

Pode-se observar na Tabela 7 que as quedas da própria altura ocorreram com maior frequência no período diurno (52,17%); já as quedas das macas (60%) e camas (66,6%) ocorreram no período noturno.

Tabela 7- Distribuição das ocorrências do tipo de queda relacionado ao período, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.

ESTRATIFICAÇÃO POR TIPO DE QUEDA /PERÍODO			
TIPO DE QUEDA	Período	n	%
Queda da própria altura	Diurno	24	52,17
	Noturno	22	47,83
	TOTAL	46	100%
Queda da cama	Diurno	12	30,78
	Noturno	26	66,66
	Sem registro	01	2,56
	TOTAL	39	100%
Queda da maca	Diurno	06	40,00
	Noturno	09	60,00
	TOTAL	14	100%

Da totalidade das ocorrências de quedas, apenas 22 pacientes estavam com registro de acompanhante (18,2%), sendo que destes 31,82% caíram da própria Altura, 22,73% da poltrona, 13,63 do berço e 13,64% da maca/cama. [tabela 8].

Tabela 8- Distribuição das ocorrências do tipo de queda relacionado a presença de acompanhante registrada, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.

TIPO DE QUEDA	ACOMPANHANTE	
	n	%
Própria altura	07	31,82
Poltrona	05	22,73
Berço	03	13,63
Maca/Cama	03	13,64
Total	22	100,00

A tabela 9 mostra o uso de medicamentos pelos pacientes que sofreram quedas. Dentre os medicamentos que podem estar relacionados às quedas, os mais

frequentes foram anticonvulsivantes (18,18%) e benzodiazepínicos (20,66%).

Tabela 9- Distribuição dos medicamentos utilizados pelos pacientes que sofreram quedas, HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.

MEDICAÇÃO / QUEDA		
MEDICAÇÃO	n	%
Antibióticos	43	35,54
Anticoagulantes	41	33,89
Benzodiazepínicos	25	20,66
Anticonvulsivantes	22	18,18
Analgésicos	18	14,88
Benzodiazepínicos + Anticonvulsivos	09	7,44
Antidepressivos	09	7,44
Antiarrítmicos	08	6,61
Anticonvulsivos + Antidepressivos	02	1,65
Drogas vasoativas	01	0,83

Na tabela 10, observa-se que existe o registro em prontuário das quedas de pacientes em 90,91% pelos enfermeiros e 33,0% pelos médicos. No entanto, apenas 28,93% dos pacientes tinham prescrição de enfermagem que identificasse o risco para queda e 19% estavam com prescrição para o evento após sua ocorrência.

Tabela 10- Distribuição das ocorrências, segundo registros de queda e identificação do risco de queda do HCFMB, Janeiro a Dezembro/2016.

Registros	n	%*
Anotação do enfermeiro após a queda	110	90,91%
Anotação do médico após a queda	41	33,00%
Prescrição de enfermagem antes do evento que identifique os riscos de queda	35	28,93%
Prescrição de enfermagem após o evento que identifique os riscos de queda	23	19,00%

*A porcentagem foi calculada sobre a totalidade de quedas (121 pacientes= 100%)

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O presente trabalho possibilitou a identificação e análise dos eventos adversos relacionados às quedas dos pacientes internados.

Das 121 notificações destes eventos adversos, o índice geral de queda do presente estudo foi de 0,83 por 1000 pacientes (variação de 0,13 a 7,26), sendo que a unidade de pronto socorro apresentou o maior índice.

World Health Organization (WHO) e a *National Health Services (NHS)* nos trazem dados os quais corroboram com os achados do nosso trabalho, apontando estudos realizados em alguns países, como nos Estados Unidos, com índices que variam de 0,4 a 6,6 quedas para cada 1000 pacientes-dia, outro estudo com índices que variam de 1,4 a 13,0 quedas para cada 1000 pacientes-dia, na Irlanda, com índices de 13,2 quedas por 10000 pacientes – dia e Reino Unido, com índices que variam de 2,9 a 13 quedas por 1000 paciente - dia.^{27,37}

Já outro estudo internacional, publicado no *The journal of nursing administration*, relata índices de queda que variam de 0,51 a 4,37 quedas por 1000 pacientes-dia.⁴⁷ Isto indica que a instituição estudada apresenta índices de queda semelhantes às outras organizações nacionais e internacionais para as unidades de internação, sendo elevada para a unidade de emergência. É importante salientar que as características da instituição podem influenciar nestas variações de valores, devendo ser consideradas na análise, pois no presente estudo, trata-se de um hospital de ensino, de grande porte, com elevada complexidade, que podem justificar o elevado índice de quedas. Neste sentido, Correa et al. apontam que a comparação entre as instituições não é o meio mais preciso, visto que estas possuem estruturas e processos diferentes, o que podem influenciar na qualidade da assistência e o atendimento prestado.⁴⁸

Estudo publicado no ano de 2010 na mesma instituição verificou que o número de quedas foi de 2,6 quedas por mês.⁴⁹ No presente estudo, houve a ocorrência de cerca 10 quedas por mês, indicando aumento no número de quedas na instituição estudada ao longo dos anos. Este aumento do número de quedas pode ter ocorrido pela implantação do Núcleo de Segurança do Paciente na instituição, que tem realizado o monitoramento dos eventos adversos por meio de busca ativa e de forma espontânea, além da notificação ocorrer por meio de sistema informatizado junto ao prontuário eletrônico.

Dentre os eventos adversos relacionados às quedas, evidenciou-se no presente trabalho que a faixa etária de maior ocorrência foi acima de 60 anos. Os achados na literatura apontam que os idosos são os mais suscetíveis e a diversidade das doenças pode acentuar os riscos para as quedas. Idosos, que necessitam de ajuda no desenvolvimento de suas atividades de vida diária, apresentam 14 vezes mais chances de cair.⁵⁰ Isso acontece em decorrência do processo natural de envelhecimento, proporcionando mudanças físicas, cognitivas e uso de vários medicamentos que acarretam maior vulnerabilidade, além do ambiente causar-lhe estranheza, insegurança e a ausência da família.^{51,52,53}

Outros fatores que podem aumentar os riscos de queda em idosos são os intrínsecos, ou seja, aqueles que não podem ser modificados ou sofrer intervenção, estando relacionados diretamente ao indivíduo, por exemplo, os efeitos de uma medicação, sexo, doenças, entre outros.⁴⁹

Em relação aos medicamentos, é de conhecimento que algumas categorias afetam o sistema nervoso central como os benzodiazepínicos e podem estar relacionados ao aumento do risco de quedas.^{54,55}

Estudo realizado no Canadá mostra que o uso de sedativos e/ou tranquilizantes

aumenta entre os grupos das pessoas idosas, sendo mais de 10% dos homens e 20% das mulheres acima dos 65 anos.^{56,57}

No presente trabalho, observou-se que 20,66% dos pacientes faziam uso de benzodiazepínicos e 18,18% de anticonvulsivantes. Embora uma parte representativa da população estudada tivesse como prescrição antibióticos e anticoagulantes (35,54% e 33,89%), respectivamente, não foi encontrado estudo apontando risco de queda relacionado a esses medicamentos, no entanto, há relatos de aumento do risco de queda com o uso de mais de três medicações continuamente.⁵⁸

Para outro fator intrínseco analisado, observou-se no presente estudo que os pacientes possuíam diversas doenças, sendo as mais frequentes do sistema neurológico (20,66%), cardíaco (14,05%) e digestivo (11,57%). Outros estudos também apontam as doenças neurológicas, cardiológicas, neoplásicas e infecciosas e parasitárias.^{49,59,60} Isto evidencia a necessidade de maior atenção das equipes para os pacientes com estas doenças. As cardiopatias são mais presentes, pois o coração sofre modificações biológicas com o decorrer da idade, a frequência cardíaca e o volume sistólico diminuem, resultando em débito cardíaco diminuído. Doenças como infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, infecções, embolia pulmonar, entre outras, podem favorecer o quadro de insuficiência cardíaca.⁶¹ As doenças neurológicas podem ocasionar quadros de agitação psicomotora e agressividade, o que torna necessário adoção de medidas preventivas pela equipe para evitar as quedas destes pacientes.⁶²

Outro item analisado no presente estudo foi o local de ocorrência das quedas, sendo que as unidades hospitalares de Neurologia, Clínica Médica e Pronto Socorro foram as mais frequentes. Estes dados corroboram com o encontro das doenças neurológicas e cardíacas encontradas neste estudo, uma vez que são locais que

internam ou prestam atendimento aos pacientes com diagnósticos destas áreas. Além disso, os pacientes atendidos nestas unidades apresentam patologias de maior complexidade, sendo as circunstâncias e as atividades desenvolvidas, que podem favorecer a ocorrência de quedas. Paiva et al apontam que a falta de estrutura física adequada pode favorecer a queda.⁴⁹

Correa et al. verificaram que os índices de quedas também foram destacados para as enfermarias de Clínica, Neurologia e Oncologia.⁴⁸

Considerando o tipo de quedas, verificou-se que a maioria ocorreu por própria altura (38,02%), cama (32,23%) e maca (12,40%). Corroborando com estes achados, a literatura aponta que, em Hospital Geral Privado de São Paulo, a maioria das quedas foi da própria altura (56,3%), poltronas (13,8%) e camas (11,3%). Já no estudo de Paiva et al, 2010, que foi realizado no mesmo hospital desta pesquisa, os dados mostraram que as quedas da própria altura representaram 38,8%, do leito 55% e da cadeira (6,2%).⁴⁹

Outro estudo demonstra que aproximadamente 30% das quedas ocorrem quando o paciente desce do leito, se dirige ao banheiro ou durante a higiene.⁶³ Isto evidencia a importância da identificação do risco de queda pelo Enfermeiro na admissão e durante o período de internação, além do monitoramento constante pela equipe de enfermagem.

Ademais, deve ser garantido ambiente seguro para o paciente, que é aquele que apresenta redução dos riscos de quedas para fatores externos, ou seja, de origem extrínseca, exemplo, degraus de escadas com sinalização evidente do começo ao fim, iluminação adequada, pisos secos, foscos e antiderrapantes, cadeiras de rodas e camas com freios.⁶⁴

Ao analisar o tipo de queda e período de ocorrência, observou-se no presente

estudo que as quedas da própria altura apresentaram maiores taxas no período diurno (52,17%) e as quedas da cama e maca no período noturno (60,0%). Outros estudos corroboram com os achados deste estudo ^{47,54,63}. Isto pode ser explicado pelo fato de que os banhos de aspersão são realizados no período diurno, facilitando a ocorrência de quedas. Já no período noturno, alguns motivos podem estar relacionados como número de funcionários reduzidos; os pacientes sentem-se capazes para realizarem as atividades sozinhos; e o horário de silêncio e escuridão que inibe o ato de chamar a equipe, aumentando as chances de quedas da cama e maca. ^{49,66}

Em nosso estudo, uma minoria dos pacientes apresentava registro em prontuário eletrônico da presença de acompanhante. Estudos demonstram que 79,2 a 84,7% das vezes que um paciente cai, ele está sem acompanhante ³⁶, no entanto, Correa et al. (2010) analisaram a frequência de queda de pacientes e observou maior número no período noturno, ocorrendo no quarto ou banheiro, mas com a presença de acompanhantes na maioria das vezes.⁴⁸ Isto indica, mais uma vez, a importância da identificação do risco de queda na sua admissão e durante o período de internação além de redobrar os cuidados com os pacientes independente, da presença de acompanhante, mesmo sendo garantida a permanência pelo Estatuto do Idoso.

As quedas são responsáveis por 2 a cada 5 eventos adversos relacionados à segurança do paciente. As lesões ocasionadas pelas quedas acontecem entre 15% a 50% dos eventos, o que resultam em diferentes tipos de danos ^{27,67}, sendo os idosos mais suscetíveis, provocando injúrias, traumas teciduais, fraturas e até o óbito ⁶⁷

Neste estudo, as quedas foram classificadas em grau de gravidade, conforme a denominação da ANVISA, sendo que a maioria das ocorrências foi sem danos (62,8%). Apenas 24,8% apresentaram lesões leves, 6,6% lesões moderadas, 2,5% lesões graves e 0,8% óbito. Estudo realizado por Costa demonstrou que houve no

total 53 quedas de pacientes, sendo que 43,40% grau 0 e 41,51 grau I.⁶⁶ Já no estudo realizado por Abreu verificou-se que a maioria das quedas foi sem danos (63,5%). Apenas 31,7% apresentaram consequências leves, 1,6% moderadas (1,6%) graves e 1,6% óbito.³⁹

Nestes estudos encontrados, os autores não relataram o tipo de avaliação do grau de gravidade da lesão, o que dificultou a comparação dos nossos achados, visto que a interpretação pode ser diferente de um local para outro.

O registro das atividades realizadas constitui, além de continuidade à assistência prestada por meio da comunicação escrita, de fonte para informações de dados para a pesquisa e para questões jurídicas.⁶⁸

No presente estudo, a maioria dos enfermeiros realizou as anotações dos eventos adversos nos prontuários e cerca de um terço constava de anotação médica. Dentre os registros, 28,93% constavam a prescrição de enfermagem antes do evento e fatores que identificassem os riscos de queda e 19% a prescrição após o evento.

Os registros de enfermagem corroboram para a qualidade da assistência. A carência de documentos indica prática profissional de baixa qualidade.⁶⁹ Isto evidencia que as anotações de enfermagem e médica devem ser realizadas de forma completa e que cumpram as exigências técnico-legais, estabelecidas pela categoria profissional.

Neste sentido, o processo de enfermagem tem papel fundamental, pois estabelece o cuidado sistematizado, favorece a comunicação efetiva entre a equipe e garante os registros para futuras avaliações.^{70,71}

Uma limitação do estudo a ser considerada é que a pesquisa trata-se de estudo transversal, não permitindo a avaliação da relação causa-efeito.

Entretanto, a partir destes resultados, foi possível elaborar um protocolo

institucional baseado no documento da ANVISA, com o objetivo de prevenir a ocorrência de iatrogenias relacionada às quedas durante a internação⁷² (Apendice I).

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

O trabalho evidenciou a importância e a necessidade do conhecimento das ocorrências de eventos adversos relacionados às quedas, o que permitiu fornecer subsídios para elaboração do produto: Protocolo Institucional para prevenção do risco de quedas de pacientes hospitalizados, bem como para tomada de decisão e adoção de medidas preventivas e corretivas nas unidades hospitalares.

As ocorrências relacionadas às quedas foram mais frequentes em idosos, unidades de maior complexidade como pronto-socorro e doenças neurológicas. Embora as quedas relatadas na literatura sejam consideradas ocorrências graves, no estudo apresentado, a maioria das quedas não causou danos aos pacientes.

O estudo ainda sinaliza para a necessidade de treinamento e sensibilização dos profissionais de saúde em relação as ocorrências destes eventos nas instituições de saúde. A equipe de enfermagem deve estar envolvida na prevenção de quedas quer seja para elaboração de protocolos como na utilização de escalas padronizadas para identificação dos fatores de risco para queda, contribuindo para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1-Barros AM, Rodrigues C, Ornelas G, Silva N, Góis R, Freitas S, et al. Manual de boas práticas para a prevenção de quedas na UAI da rede de cuidados continuados. Funchal: Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira; 2007.
- 2-Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
- 3-Pedreira MLG, Harada MJCS. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009.
- 4-World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme 2005. Geneva: WHO; 2004.
- 5-Joint Commission International. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2008. p.31-6.
- 6-Avelar AFM, Salles CLS, Bohomol E, Feldman LM, Peterlini MAS, Harada MJCS, et al. 10 passos para a segurança do paciente [Internet]. São Paulo: COREN SP, REBRAENSP; 2010 [citado 10 Jun 2013]. Disponível em: http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf.
- 7-Fundação Osvaldo Cruz. Proqualis. Projeto: pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018 [citado 5 Jan 2018]. Disponível em: <http://proqualis.net/noticias/projeto-pacientes-pela-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde>.
- 8-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim informativo sobre a segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde [Internet]. Brasília: GGTES/Anvisa; 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>.
- 9-Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 5 Jan 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

-
- 10- Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 5 Jan 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
 - 11-Sousa P, Uva AS, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. *Rev Port Saude Publica*. 2010;10:89-95.
 - 12-World Health Organization. Marco conceptual de La clasificación internacional para La seguridad del paciente: informe técnico definitivo enero de 2009 [Internet]. Geneva; 2009 [citado 5 Jan 2018]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
 - 13-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim informativo sobre a segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Incidentes relacionados à saúde [Internet]. Brasília: GGTES/ANVISA; 2015 [citado 5 Jan 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/13-boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-13-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2015>.
 - 14-National Patient Safety Foundation. Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after to err is human. Boston, MA: National Patient Safety Foundation; 2015.
 - 15-Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 2010;363(22):2124-34.
 - 16- Department of Health and Human Services USA. Adverse events in hospitals: national incidence among medicare beneficiaries [Internet]. Washington; 2010 [citado 10 Jan 2018]. Disponível em: <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00090.pdf>.
 - 17- Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al.. “Global trigger tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(4):581-9.
 - 18- James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*. 2013;9(3):122-8.
 - 19- Silva LD. Segurança do paciente no contexto hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(3):291-2.

-
-
- 20- Van de Castle B, Kim J, Pedreira ML, Paiva A, Goossen W, Bates DW. Information technology and patient safety in nursing practice: an international perspective. *Int J Med Inform.* 2004;73(7):607-14.
- 21- Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in Brazilian Hospitals. *Int J Qual Health Care.* 2009;21(4):279-84.
- 22- Organização Nacional de Acreditação. Manual brasileiro de acreditação. Glossário e termos técnicos [Internet]. São Paulo: ONA; 2006 [citado 10 Set 2016]. p.16. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manual/glossario.pdf>.
- 23- Seys S, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al. Supporting involved healthcare professional (secondvictims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(5):678-87.
- 24- Sales MVC, Silva TJA, Gil Júnior LA, Jacob Filho W. Efeitos adversos da internação hospitalar do idoso. *Geriatr Gerontol.* 2010;4(4):238-46.
- 25- Moura RN, Santos FC, Drumeier M, Santos LM, Ramas LR. Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontologia.* 1999;7(2):15-21.
- 26- Gama ZAS, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saude Publica.* 2008;42(5):946-956.
- 27- National Health Services (NHS). National Patient Safety Agency. Slips, trips and falls in hospital [Internet]. London: NHS; 2007 [citado 21 Jan 2018]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=61390&>.
- 28- Centers for Disease Control and Prevention. Self reported falls and fall-related injuries among persons aged >65 years: United States, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008;57(9):225-9.
- 29- Organização Mundial de Saúde. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10a ed. São Paulo: USP; 2007. v.1.
- 30- NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 – 2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- 31- Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(1):32-6.

-
- 32-De Vries EM, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216-23.
- 33-Carey K, Stefos T. Measuring the cost of hospital adverse patient safety events. *Health Econ*. 2011;20(12):1417-30.
- 34-Böhmer AB, Wappler T, Tinschmann P, Kindermann P, Rixen D, Bellendir M, et al. The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2012;56(3):332-8.
- 35-Rotchschild JM, Bates DW, Leape LL. Preventable medical injuries in older patients. *Arch Intern Med*. 2000;160(18):2717-28.
- 36-Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(4):1-6.
- 37-World Health Organization. Global Report on falls prevention in older age [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [citado 10 Jan 2018]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1.
- 38-Coussement J, De Paepe L, Schwendimann R, Denhaerynck K, Dejaeger E, Milisen K. Interventions for preventing fall in acute- and Chronic-care Hospital: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(1):29-36.
- 39-Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(3):597-603.
- 40-Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern Med*. 2004;19(7):732-9.
- 41-Fischer ID, Krauss MJ, Dunagan WC, Birge S, Hitcho E, Johnson S, et al. Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005;26(10):822-7.
- 42-Silva LD. Segurança do paciente no contexto hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(3):291-2.
- 43-Reason J. Human error: models and management. *West J Med*. 2000;172(6):393-6.
- 44-Perracine MP. Prevenção e manejo de quedas no idoso. In: Ramos LR, coordenador. *Guia de geriatria e gerontologia*. Barueri: Manole; 2005. p.193-208.

-
- 45- Paiva Miriam Cristina Marques da Silva de, Paiva Sergio Alberto Rupp de, Berti Heloisa Wey, Campana Álvaro Oscar. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2010 Mar [cited 2018 Apr 22]; 44(1): 134-138. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00802342010000100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100019>.
- 46- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Restrição de pacientes [Internet]. São Paulo: COREN –SP; 2009 [citado 10 Jan 2018]. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Restri%C3%A7%C3%A3o%20de%20pacientes.pdf>.
- 47-Spetz J, Brown DS, Aydin C. The economics of preventing hospital falls: demonstrating ROI through a simple model. J Nurs Adm. 2015;45(1):50-7.
- 48-Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(1):67-74.
- 49-Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(2):287-94.
- 51-Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Cienc Saude Colet. 2008;13(4):1209-18.
- 50-Remor CP, Cruz CB, Urbanetto JS. Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. Rev Gauch Enferm. 2014;35(4):28-34.
- 52-Carvalho-Filho ET, Saporetti L, Souza MAR, Arantes ACLQ, Vaz MYKC, Hojajji NHSL, et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. Rev Saude Publica. 1998;32(1):36-42.
- 53-Lopes MCL, Violin MR, Lavagnoli AP, Marcon SS. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. Cogitare Enferm. 2007;12(4):472-7.
- 54-Krauss MJ, Evanoff B, Hitcho E, Ngugi KE, Dunagan WC, Fischer I, et al. A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for in patient falls. J Gen Intern Med. 2005;20(2):116-22.

-
- 55-Brito FC, Costa SMN. Quedas. In: Papaleo Netto M, Brito FC, organizadores. Urgências em geriatria. São Paulo: Atheneu; 2001. p.323-35.
- 56-Cashin RP, Yang M. Medications prescribed and occurrence of falls in general medicine in patients. *Can J Hosp Pharm.* 2011;64(5):321-6.
- 57-Neutel CI, Perry S, Maxwell C. Medication use and risk of falls. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2002;11(2):97-104.
- 58-Vaccari E. O evento queda em idosos hospitalizados [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2013.
- 59 -Barbosa MLJ, Nascimento EFA. Incidência de internações de idoso por motivo de quedas em um hospital geral de Taubaté. *Rev Biocienc.* 2001;7(1):35-42.
- 60-Fabrizio SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas em idosos. *Rev Saude Publica.* 2004;38(1):93-9.
- 61-Pasini U, Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Principais cardiopatias. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica.* São Paulo: Atheneu; 1998. p.133-53.
- 62-Araújo EM, Martins ES, Adams CE, Coutinho ESF, Huf G. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(2):94-8.
- 63- Marin HF, Bourie P, Safran CB. Desenvolvimento de um sistema de alerta para a prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2000;8(3):27-32.
- 64-Freitas Ronaldo de, Santos Silvana Sidney Costa, Hammerschmidt Karina Silveira de Almeida, Silva Marilia Egues da, Pelzer Marlene Teda. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2011 June [cited 2018 Feb 04]; 64(3): 478-485. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300011>
- 65-Frels C, Williams P, Narayanan S, Gariballa SE. Iatrogenic causes of falls in hospitalised elderly patients: a case-control study. *Postgrad Med J.* 2002;78(922):487-9.

-
- 66-Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Gauch Enferm.* 2011;32(4):676-81.
- 67- Schwendimann R, Bühler H, De Geest S, Milisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:69.
- 68-Matsuda LM, Carvalho ARS, Évora YDM. Anotações/registros de enfermagem em um hospital-escola. *Cienc Cuid Saude.* 2007;6 Supl 2:337-46.
- 69-Agency for Healthcare Research and Quality. Efforts to improve patient safety result in 1.3 million fewer patient harms [Internet]. Rockville, MD:AHRQ; [citado 10 Jan 2018]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/interimhacrate2013.html>.
- 70-Fernandes RAQ, Salum MJL, Teixeira MB, Lemmi RCA, Miura M. Anotações de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 1981;15(1):63-8.
- 71-Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(2):184-91.
- 72- Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 02: Protocolo para Prevenção de Quedas. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. 03/05/2013. Acesso em: 03/01/2018. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controleinfeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf.

APÊNDICE

APÊNDICE I – PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Comissão de Segurança do Paciente – Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de Botucatu

PROPOSTA DE PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

1. Introdução:

Segundo estudo recente, um em cada sete pacientes sofre algum evento adverso durante o período de internação.¹

Dentre os inúmeros eventos adversos que o paciente pode sofrer em uma instituição de saúde, a queda está incluída como um dos mais relevantes, sendo que em 70% destas quedas ocorrem no quarto do paciente. As quedas podem ocorrer durante a transferência de cama, cadeira ou cadeira de rodas e deambulação em condições clínicas inadequadas.²

A ocorrência das quedas varia de acordo com as características dos pacientes e da instituição, com índices de 1,4 a 13 quedas para cada 1000 pacientes – dia.^{3,4}

Há autores que relatam que os maiores índices de queda ocorrem nas unidades clínicas (neurologia, geriatria e clínica médica) e nas cirúrgicas (neurocirurgia e terapia intensiva).^{2,5,6}

Estudo realizado no HCFMB por Garcia (2018) verificou que o índice geral de quedas foi de 0,83 por 1000 pacientes-dia. Entretanto, o índice de quedas por unidade de internação variou de 0,13 a 7,26 quedas/1000 pacientes–dia, sendo a unidade de pronto-socorro com maior percentual. Neste estudo também se observou que a faixa etária predominante dos pacientes que sofreram quedas foi acima de 60 anos.⁷

Diversos autores relatam que as ocorrências de quedas estão associadas às

falhas na segurança do paciente, que conseqüentemente podem aumentar os dias de internação, retardar a recuperação clínica^{8,9}, elevar custos assistenciais, gerar repercussões na confiabilidade da instituição.¹⁰

2. Finalidade:

O presente material visa seguir a recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para implantação do protocolo de prevenção de quedas, com objetivo de reduzir ou evitar a ocorrência de quedas de pacientes nas áreas de assistência da instituição, com a adoção de medidas para avaliação do risco e garantia de cuidado com qualidade e ambiente seguro.¹¹

3. Abrangência

O protocolo deverá ser implantado em todas as unidades hospitalares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (HCFMB) para pacientes durante toda a sua permanência.

4. Conceitos:

4.1 Queda

É um “evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial”, podendo ou não resultar em algum dano.¹¹

A queda pode ocorrer da própria altura, maca, cama, cadeiras de rodas, poltronas/sofás, cadeiras, vasos sanitários entre outros.^{12,13}

O evento queda pode ser classificado em: sem dano (nenhum dano), dano leve (quando paciente apresenta “sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de

curta duração sem intervenção mínima”), moderado (quando paciente necessita de “intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo”), grave (quando o paciente necessita de “intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico/cirúrgica ou causa grandes danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita”) e óbito relacionada a queda.¹⁴

5. Intervenções

De acordo com Protocolo de prevenção de quedas da ANVISA¹¹, 2 intervenções devem ser realizadas: 5.1 Avaliação do risco de queda; e 5.2 Ações preventivas (medidas gerais e específicas).

5.1 Avaliação do risco de queda

Para avaliação do risco de queda, será utilizada a escala de classificação do grau de risco de queda recomendada pela ANVISA. Esta escala deverá ser aplicada no ato da admissão do paciente e diariamente até a alta do paciente.¹¹

Além da aplicação da escala para avaliação do risco de queda, devem ser observados fatores que podem contribuir para o aumento da gravidade do dano em caso de queda, em especial risco elevado de fratura (osteoporose e fraturas anteriores) e sangramento (uso de anticoagulante e doenças sanguíneas).¹⁵

O quadro 1 descreve os fatores de risco para queda, que deverão ser avaliados durante a assistência prestada ao paciente.¹¹

Fatores de risco para queda*:
1) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.
2) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.

3) Condições de saúde e presença de doenças crônicas: acidente vascular cerebral prévio; hipotensão postural; tontura; convulsão; síncope; dor intensa; baixo índice de massa corpórea; anemia; insônia; incontinência ou urgência miccional; incontinência ou urgência para evacuação; artrite; osteoporose; alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).
4) Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha; fraqueza muscular e articulares; amputação de membros inferiores; e deformidades nos membros inferiores.
5) Comprometimento sensorial: visão; audição; ou tato.
6) Equilíbrio corporal: marcha alterada.
7) Uso de medicamentos: Benzodiazepínicos; Antiarrítmicos; anti-histamínicos; antipsicóticos; antidepressivos; digoxina; diuréticos; laxativos; relaxantes musculares; vasodilatadores; hipoglicemiantes orais; insulina; e polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
8) Obesidade severa.
9) História prévia de queda.

*Conteúdo retirado do Protocolo Prevenção de Quedas da ANVISA.¹¹

5.2. Ações preventivas

5.2.1 Medidas Gerais

Deverão ser adotadas as seguintes medidas gerais:¹¹

1) Ambiente seguro:

- pisos antiderrapantes, mobiliário adequado e iluminação adequada;
- corredores livres, isto é, sem obstáculos que possam favorecer a queda.
- vestuário e calçados adequados;
- procedimentos seguros para transporte seguro de pacientes (deambulação,

macas ou cadeiras de rodas, conforme protocolo institucional).

Obs: Para pacientes recém-nascidos e crianças, os mobiliários e acomodações deverão estar adequados a fim de evitar quedas.

2) Educação dos pacientes e familiares:

-pacientes e familiares deverão ser orientados pela equipe de saúde quanto ao risco de quedas, danos causados e prevenção de ocorrência no ato da admissão e durante sua permanência na instituição.

5.2.2 Medidas Específicas

Deverão ser adotadas as seguintes medidas específicas.¹¹

-A avaliação do risco de queda e a definição de ações preventivas deverão ser realizadas pelo Enfermeiro da Unidade de atendimento/internação do paciente.

-A reavaliação do risco de queda deverá ser realizada em casos de mudança do quadro clínico do paciente, transferência de setor, ocorrência de quedas durante a internação ou na identificação de outros fatores de risco.

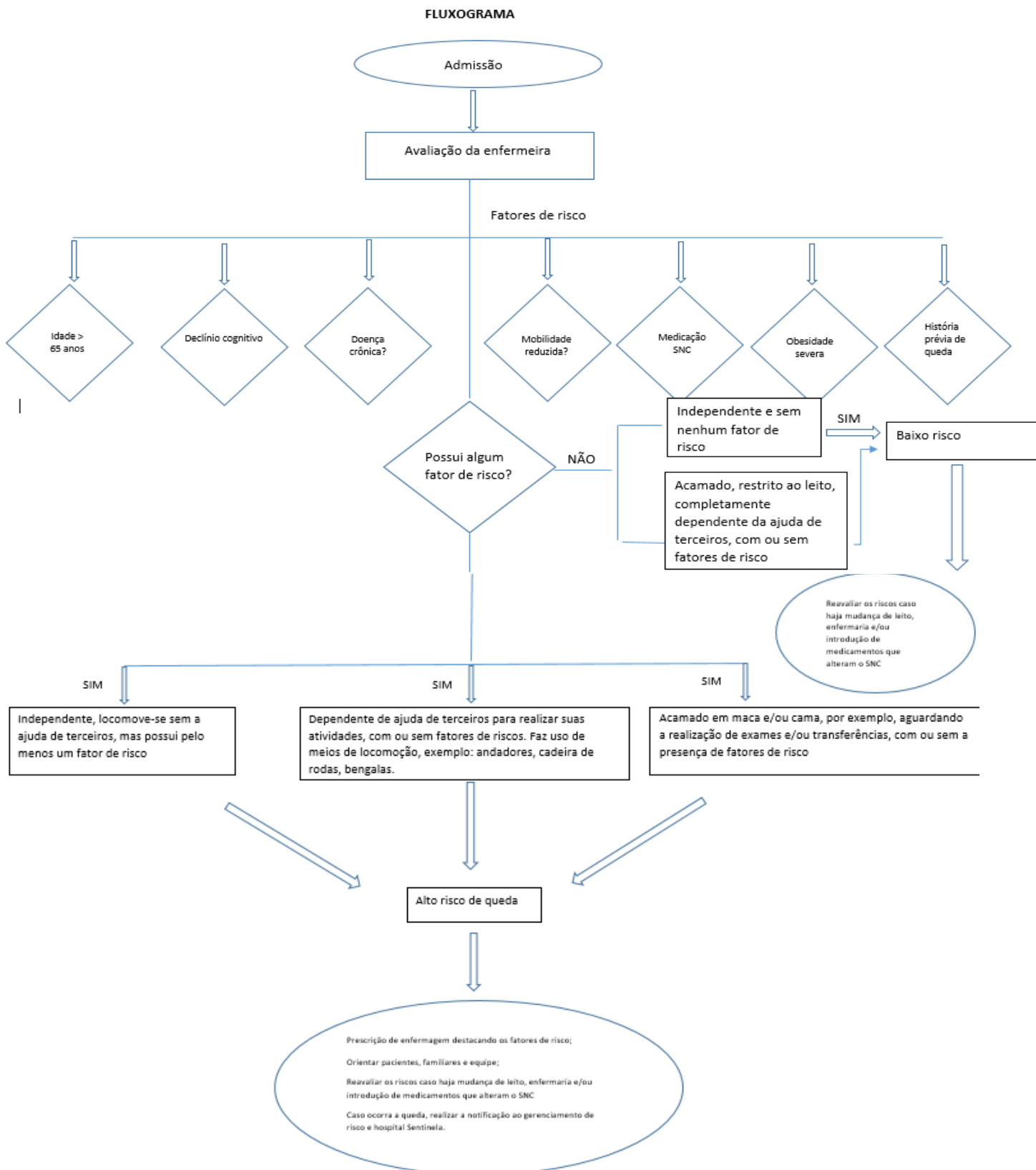
-Em caso de ocorrência de queda:

-esta deverá ser notificada, via sistema informatizado institucional (Portal de sistemas HCFMB), à Comissão de Segurança do Paciente;

-o paciente deverá ser avaliado e atendido imediatamente para redução de danos.

-Outras medidas deverão ser adotadas, conforme fator de risco apresentado pelo paciente e de acordo com a faixa etária (adultos e crianças), recomendadas pelo Protocolo prevenção de quedas da ANVISA.¹¹

6. Fluxograma de atendimento para prevenção de quedas*



*Baseado nas recomendações do Protocolo Prevenção de Quedas da ANVISA . 11

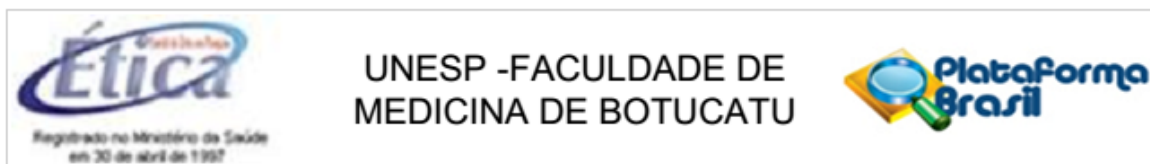
7. Referências

- 1 - Seys S, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al. Supporting involved healthcare professional (secondvictims) following an adverse health event: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(5):678-87.
- 2 -Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurcirúrgicos. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16(4):1-6.
- 3- National Health Services (NHS). National Patient Safety Agency. Slips, trips and falls in hospital [Internet]. London: NHS; 2007 [citado 21 Jan 2018]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=61390&>.
- 4-World Health Organization. Global Report on falls prevention in older age [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [citado 10 Jan 2018]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1.
- 5 -Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern Med.* 2004;19(7):732-9.
- 6- Fischer ID, Krauss MJ, Dunagan WC, Birge S, Hitcho E, Johnson S, et al. Patternsandpredictorsofinpatientfallsandfall-related injuries in a largeacademic hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26(10):822-7.
- 7- Garcia,D.C. Segurança do Paciente: Análise dos Eventos Adversos Relacionados às Quedas de Pacientes Hospitalizados - Dissertação (mestrado) 56 f. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.
- 8 -Coussement J, De Paepe L, Schwendimann R, Denhaerynck K, Dejaeger E, Milisen K. Interventions for preventing fall in acute- and Chronic-care Hospital: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(1):29-36.
- 9 -Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(3):597-603.
- 10- Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Santesso PL, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm [periódico na internet].* 2012, 46(1):67-74.

- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 02: Protocolo para Prevenção de Quedas. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. 03/05/2013. Acesso em: 03/01/2018. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf
- 12- Sociedade Hospital Samaritano. Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo (S); 2013.
- 13- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes.Queda em Idosos: Prevenção. 2008.
- 14- Brasil. ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 01/2015 Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+t%C3%A9cnica+N%C2%BA+01+de+2015+-GVIMS-GGTES-ANVISA/b98ec033-1676-4443-9603-24a4edae1505> Acesso em: 10/02/2018.
- 15- Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em:www.ihl.org. Acesso em: 04 abr. 2013.

ANEXO

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Segurança do Paciente: Análise de eventos adversos relacionados as quedas de pacientes hospitalizados

Pesquisador: DANIELLE DA CRUZ GARCIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62239316.0.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.850.519

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa denominado de estudo transversal, retrospectivo e descritivo, realizado com dados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Narrou-se no projeto que a hospitalização e a doença constituem fatores os quais levam o indivíduo a sentir-se ameaçado diante das fragilidades apresentadas em um ambiente hospitalar.

Assim traz por hipótese a diminuição do número de quedas em pacientes hospitalizados, e ainda aspectos de qualidade assistencial, principalmente, da segurança.

Objetivo da Pesquisa:

Tem por objetivos identificar e analisar as notificações de eventos adversos relacionados as quedas dos pacientes hospitalizados em hospital universitário do Estado de São Paulo.

Informa ainda objetivos específicos tais como identificar os fatores de risco para pacientes hospitalizados que sofreram quedas; classificar os tipos de quedas existentes no período de estudo; analisar as ações de enfermagem e as prescrições médicas para pacientes hospitalizados antes de sofrerem queda; avaliar o plano de ação estabelecido após a identificação da queda;

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

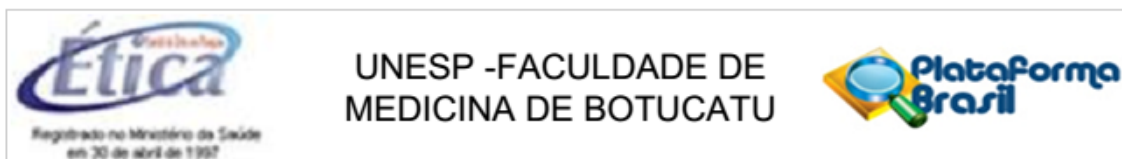
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.850.519

elaborar um protocolo para prevenção do risco de quedas de pacientes hospitalizados; estabelecer uma metodologia para análise de ocorrências de queda de pacientes hospitalizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o projeto não há demonstração de riscos, vez que serão coletadas informações dos relatórios gerenciais do Hospital Sentinela e Núcleo de Segurança do Paciente. Assim não há qualquer tipo de intervenção direta, em que pese não tenha sido incluído os riscos mínimos na plataforma Brasil.

Quanto a eventual risco de confidencialidade, há de se dizer que conforme a metodologia empregada, tal risco se mostra minimizado, ou até mesmo inexistente.

Quanto aos benefícios o projeto deve contribuir para um melhor conhecimento, bem como identificar os fatores que favorecem o risco de queda dos pacientes hospitalizados, visando minimizá-los e ou excluí-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia se mostra adequada.

O estudo será realizado no HCFMB. Os dados serão obtidos a partir de relatórios gerenciais do Hospital Sentinela e Núcleo de Segurança do Paciente. Serão incluídas todas as notificações espontâneas da área de Segurança do Paciente relacionadas as quedas, no período de 01 de janeiro de 2015 a dezembro de 2016.

O projeto terá início em 02/01/2017 e término em 28/02/2018, estimando-se para tanto 200 a 350 participantes (análise das notificações).

Será aplicada a metodologia de análise risco e ainda os dados serão codificados e tabulados.

Ao final o pesquisador indica que a pesquisa terá um custo estimado de R\$ 200,00 através de financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No que tange aos termos e autorizações, tem-se que foram devidamente apresentados nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam a autorização e cumprimento do diretor da Faculdade de Medicina de Botucatu; Declaração de Anuência do Escritório de Apoio à pesquisa relativo ao Fluxo Institucional de Projetos de Pesquisa da FMB-UNESP.

Foi solicitada pela pesquisadora, a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

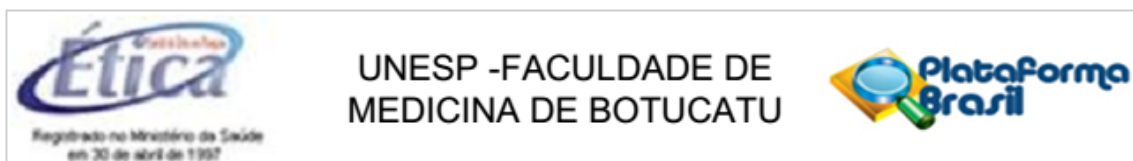
UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.850.519

Esclarecido, bem como apresentada justificativa plausível no seguinte sentido: "Trata-se de estudo retrospectivo, a partir da utilização de dos gerenciais do Banco de Dados do Hospital Sentinela e Comissão de Segurança do

Paciente, não sendo possível aplicação do TCLE".

Neste sentido e pelo já exposto há de se dizer que não há a necessidade de TCLE nos termos da Resolução 466/12 do CNS, mesmo porque não apresenta qualquer tipo de intervenção direta, mas sim análise de dados.

Ademais, ressalte-se a impossibilidade temporal e física para eventual obtenção de ciência e autorização do uso dos dados dos pacientes/participante, o que por si só obstaría o progresso científico e confrontaria os princípios norteadores da Resolução 466/12, quais sejam beneficência e relevância social da pesquisa. Por fim, há que se dizer mais uma vez que houve a garantia da confidencialidade dos dados dos participantes de pesquisa por parte do pesquisador.

Recomendações:

Recomenda-se a entrega dos resultados para a instituição onde será realizada a pesquisa, e aos órgãos governamentais que houver conveniência.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante dos termos supra relatados, o projeto poderá ser aprovado sem necessidade de envio do projeto à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

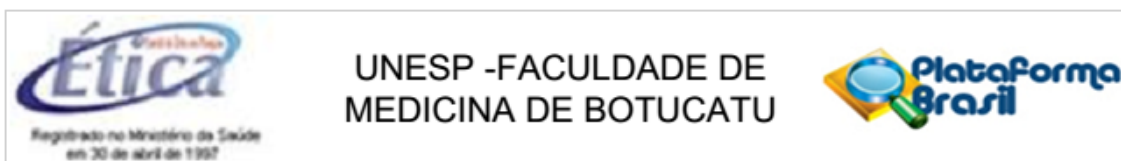
Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 05/12/2016, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 05/12/2016 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Chácara Butignolli , s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.850.519

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_797400.pdf	22/11/2016 13:25:55		Aceito
Outros	EAP.pdf	22/11/2016 13:23:35	DANIELLE DA CRUZ GARCIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	21/11/2016 23:35:31	DANIELLE DA CRUZ GARCIA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	21/11/2016 23:28:37	DANIELLE DA CRUZ GARCIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 05 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br