

## RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a),  
o texto completo desta dissertação será disponibilizado  
somente a partir de 23/02/2020.



**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.

**ΕΠΪΓΡΑΦΕ**

*“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<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvana Andrea Molina Lima**

**Comissão Examinadora:**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvana Andrea Molina Lima  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP**

---

**Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Miriam Cristina Marques da Silva Paiva  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP**

---

**Prof<sup>o</sup> 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

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

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

# SUMÁRIO

## SUMÁRIO

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

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 limitada<sup>1</sup>. 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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”.<sup>5</sup>

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”.<sup>6</sup>

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.<sup>7</sup>

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. <sup>8,9,10</sup>

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. <sup>8,9,10</sup>

Com o decorrer dos anos, observa-se que a temática assumiu grande relevância, sendo considerada um dos pilares da qualidade de assistência à saúde.<sup>11</sup> 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.<sup>11,2</sup> 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.<sup>12,13</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>14</sup>

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.<sup>15,16,17,18</sup>

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.<sup>20</sup> 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.<sup>8</sup>

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.<sup>12,21</sup>

Para a Organização Nacional de Acreditação (ONA), evento adverso é um "erro, complicação, incidente, iatrogenia".<sup>18</sup> 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.<sup>21</sup>

Segundo estudo publicado no ano de 2013, um em cada sete pacientes se envolve em algum evento adverso durante o período de internação.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup>

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"<sup>25</sup>, podendo ocasionar nenhuma lesão, lesões de graus variados de gravidade, incapacidade, afastamento do trabalho e até morte.<sup>26</sup>

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.<sup>27</sup>

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.<sup>28</sup>

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.<sup>29</sup> 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”.<sup>30</sup> 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.<sup>31,32,33,34</sup>

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.<sup>35</sup>

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.<sup>36</sup>

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.<sup>27,37</sup>

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.<sup>38,39</sup>

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)<sup>36,40,41</sup>

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.<sup>32</sup> 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.<sup>21</sup>

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.<sup>42</sup>

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.<sup>43</sup>

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.<sup>44</sup>

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.<sup>6</sup>

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.<sup>45</sup>

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.<sup>45</sup>

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.<sup>46</sup>

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.

**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 UAIL 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](http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf).
- 7-Fundação Oswaldo 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](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](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](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](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://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. Geriatria: 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://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](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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

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.<sup>3,4</sup>

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).<sup>2,5,6</sup>

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.<sup>7</sup>

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<sup>8,9</sup>, elevar custos assistenciais, gerar repercussões na confiabilidade da instituição.<sup>10</sup>

## **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.<sup>11</sup>

## **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.<sup>11</sup>

A queda pode ocorrer da própria altura, maca, cama, cadeiras de rodas, poltronas/sofás, cadeiras, vasos sanitários entre outros.<sup>12,13</sup>

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.<sup>14</sup>

## 5. Intervenções

De acordo com Protocolo de prevenção de quedas da ANVISA<sup>11</sup>, 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.<sup>11</sup>

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).<sup>15</sup>

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

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.<sup>11</sup>

## 5.2. Ações preventivas

### 5.2.1 Medidas Gerais

Deverão ser adotadas as seguintes medidas gerais:<sup>11</sup>

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.<sup>11</sup>

-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.

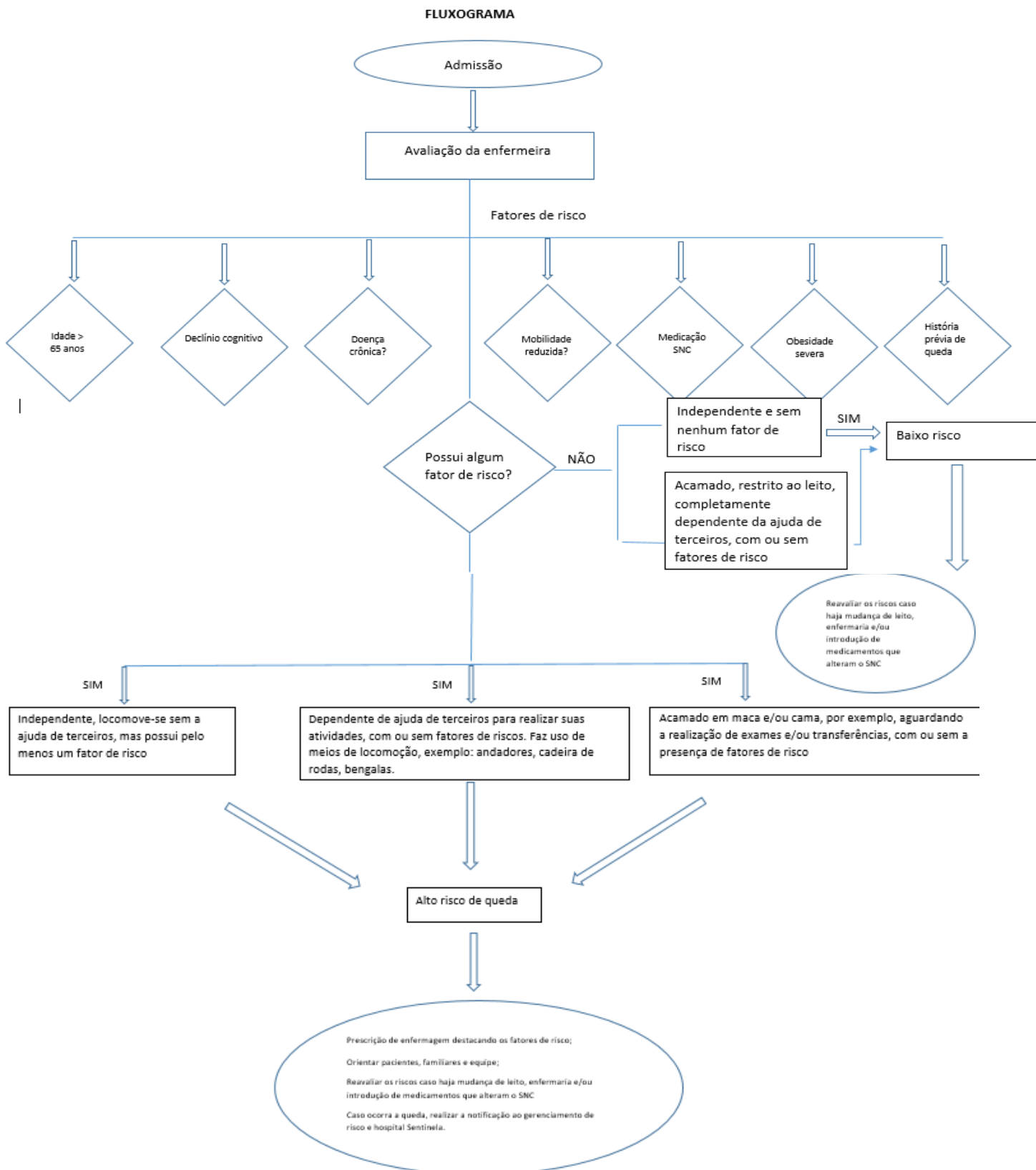
-Em caso de ocorrência de queda:

-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.<sup>11</sup>

## 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](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](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.