UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PRISCILA LINARDI GUIMARÃES

**Mapeamento dos fatores de risco de quedas identificados
por enfermeiros do serviço de urgência pré-hospitalar fixo**

RIBEIRÃO PRETO
2017

PRISCILA LINARDI GUIMARÃES

Mapeamento dos fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros
do serviço de urgência pré-hospitalar fixo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Mestrado Profissional em
Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Cuidado em Enfermagem

Orientador: Prof^a. Dr^a. Regilene Molina Zacareli
Cyrillo

RIBEIRÃO PRETO

2017

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

Guimarães, Priscila Linardi

Mapeamento dos fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros do serviço de urgência pré-hospitalar fixo. Ribeirão Preto, 2017.

107 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Regilene Molina Zacareli Cyrillo

1. acidentes por quedas. 2. dano ao paciente. 3.serviços médicos de urgência.
4.segurança do paciente. 5.socorro de urgência.

GUIMARÃES, Priscila Linardi

Mapeamento dos fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros do serviço de urgência pré-hospitalar fixo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDATORIA

*Primeiramente, a **Deus**, pela graça de tornar mais um sonho possível de ser concretizado.*

*À minha **família**, pelo apoio incondicional, compreensão nos momentos de ausência e carinho
imensurável.*

*Aos meus **amigos** pelo amor, paciência e companheirismo mesmo nos momentos mais difíceis.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Regilene Molina Zacareli Cyrillo, por acreditar no meu potencial quando eu mesma duvidava, me orientar na realização deste sonho e contribuir com seus ensinamentos para meu crescimento profissional e pessoal;

Aos membros da banca, pela disponibilidade em contribuir com seus conhecimentos não só para este estudo, como para o desenvolvimento da prática profissional da enfermagem, especialmente em urgência e emergência;

Ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, por proporcionar um curso de excelência aos seus alunos;

A todos os colegas do Mestrado Profissional, por compartilharem suas experiências profissionais e pessoais relacionadas à enfermagem, dividirem seus conhecimentos e momentos divertidos ao longo de toda jornada;

Aos enfermeiros das unidades de atendimento pré-hospitalar fixo 24 horas (especialmente da Unidade de Pronto Atendimento), por suas gentis participações mesmo diante das adversidades, estresse e tempo limitado no dia-a-dia de trabalho

À enfermeira Maria de Lourdes Leite. Obrigada pelo companheirismo, apoio, paciência e bom humor em toda essa jornada;

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, das unidades de saúde selecionadas para este estudo e do Hospital Santa Lydia, que contribuíram direta ou indiretamente para elaboração, execução e conclusão deste projeto.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”!

(Florence Nightingale)

RESUMO

GUIMARÃES, P.L. **Mapeamento dos fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros do serviço de urgência pré-hospitalar fixo**. 2017. 107 f. Tese (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A temática da segurança do paciente é uma preocupação antiga, porém, só assumiu relevância nos últimos anos com a divulgação de dados sobre incidentes no cuidado em saúde e suas consequências. Um desses eventos, denominado evento adverso, corresponde à queda. As quedas são eventos não planejados que levam o paciente ao solo, com ou sem lesão, sendo responsáveis por sofrimento aos pacientes e suas famílias, maior tempo de internação, custos aos sistemas de saúde e até mesmo óbitos. Vários fatores podem levar o paciente ao solo, porém, o foco dos estudos se concentra na população com mais de 65 anos, principalmente em unidades de internação. Embora os padrões de morbimortalidade tenham provocado mudanças na configuração do atendimento em saúde, elevando consideravelmente os casos de urgência e a complexidade da assistência, pouco ainda se sabe sobre quedas em ambientes não hospitalares, especialmente na atenção primária. As alterações nos fluxos de atendimento provocaram transformações nos cenários de trabalho da atenção básica, especialmente para a enfermagem, que realiza a maior parte das ações de cuidado. Estresse, insegurança e falhas estruturais são alguns fatores que contribuem para o comprometimento da segurança do paciente, especialmente na identificação de risco para quedas. Este estudo busca mapear os fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros do serviço de urgência pré-hospitalar fixo, profissionais responsáveis pela elaboração, implementação e avaliação de processos para prevenção de incidentes, a partir de importantes instrumentos, como linguagem padronizada em escala mundial *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)* e a Escala de Quedas de Morse (*MFS*).

Descritores: acidentes por quedas; dano ao paciente; serviços médicos de urgência; fatores de risco; segurança do paciente; socorro de urgência; emergências; instituições de assistência ambulatorial.

ABSTRACT

GUIMARÃES, P.L. Mapping of risk factors for falls identified by nurses in the fixed pre-hospital emergency department. 2017. 107 f. Thesis (masters degree) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2017.

The issue of patient safety is an old concern, but it has only become relevant in recent years with the dissemination of data on incidents in health care and its consequences. One of these events, called an adverse event, corresponds to the fall. Falls are unplanned events that take the patient to the ground, with or without injury, being responsible for suffering to patients and their families, longer hospitalization, costs to health systems and even death. Several factors can lead the patient to the ground, however, the focus of the studies is concentrated in the population over 65, mainly in hospitalization units. Although morbidity and mortality patterns have caused changes in the configuration of health care, considerably increasing urgency and complexity of care, little is known about falls in non-hospital settings, especially in primary care. Changes in care flows have led to changes in the work scenarios of primary care, especially for nursing, which performs most of the care actions. Stress, insecurity and structural failures are some factors that contribute to compromising patient safety, especially in identifying a risk for falls. This study seeks to map the risk factors for falls identified by nurses in the fixed prehospital emergency department, professionals responsible for the design, implementation and evaluation of processes for incident prevention, using important instruments such as standardized language on a global scale North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) and the Morse Falls Scale (MFS).

Descriptors: fall accidents; Damage to the patient; Emergency medical services; risk factors; patient safety; Emergency relief; Emergencies; Institutions for outpatient care.

RESUMEN

GUIMARAES, P. L. mapeo del riesgo de caídas por las enfermeras identificaron los factores fijos de servicios de emergencia pre-hospitalaria. 107 2017. f. Tesis (MS) - Ribeirão Preto de Enfermería, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto de 2017.

La cuestión de la seguridad del paciente es una antigua preocupación, sin embargo, sólo ha asumido importancia en los últimos años con la publicación de los datos sobre los incidentes en la atención de salud y sus consecuencias. Uno de estos eventos, llamado evento adverso corresponde a la caída. Las caídas son eventos no planificados que toman al paciente al suelo, con o sin lesiones, que representan el sufrimiento de los pacientes y sus familias, estancias hospitalarias más prolongadas, los costes para los sistemas de salud e incluso la muerte. Hay varios factores que pueden hacer que el paciente al suelo, sin embargo, el enfoque de los estudios se centraron en la población mayor de 65 años, principalmente en las unidades de hospitalización. Aunque los patrones de morbilidad y mortalidad han causado cambios en el ámbito de la atención de salud, elevando considerablemente los casos de urgencia y la complejidad de la atención, poco se sabe sobre las caídas en entornos no hospitalarios, especialmente en la atención primaria. Los cambios en los flujos de servicios causaron cambios en los escenarios de trabajo de atención primaria, especialmente para los ancianos, que realiza la mayor parte de las acciones de atención. El estrés, la inseguridad y las fallas estructurales son algunos de los factores que contribuyen al compromiso de la seguridad del paciente, especialmente en la identificación de riesgos de caídas. Este estudio tiene como objetivo organizar los factores de riesgo de caídas identificadas por las enfermeras fijos profesionales del servicio de emergencias pre-hospitalarias responsables de los procesos de diseño, implementación y evaluación para prevenir incidentes de instrumentos importantes, como el lenguaje normalizado del Norte en todo el mundo American Nursing Diagnosis Asociación Internacional (NANDA-I) y las cataratas Escala Morse (MFS).

Palabras clave: accidentes por caídas; daños en el paciente; los servicios médicos de emergencia; factores de riesgo; la seguridad del paciente; la ayuda de emergencia; situaciones de emergencia; instituciones de atención ambulatoria.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	<i>Morse Fall Scale</i> em inglês e na versão traduzida para o português brasileiro. URBANETTO et al, 2013.....	38
Quadro 2	Definições operacionais da escala de quedas de Morse. Urbanetto, 2013.....	39
Quadro 3	Fases do estudo.....	48
Quadro 4	Fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros	69
Quadro 5	Mapeamento cruzado dos fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros com a <i>MFS</i>	70
Quadro 6	Fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros x <i>MFS</i>	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Enfermeiros divididos em faixa etária por unidade de saúde (números absolutos e porcentagens).....	59
Tabela 2	Enfermeiros divididos em tempo de experiência profissional (anos) por unidade de saúde (números absolutos e porcentagens).....	59
Tabela 3	Tempo de experiência profissional dos enfermeiros x pós-graduação em urgência e emergência.....	60
Tabela 4	Tempo de experiência profissional dos enfermeiros x realização de trabalho ou atividade científica.....	62
Tabela 5	Conhecimento sobre classificações de enfermagem x tempo de experiência profissional dos enfermeiros (anos)	63
Tabela 6	Conhecimento de instrumento de avaliação de risco de quedas pelos enfermeiros x tempo de experiência profissional (anos).....	65
Tabela 7	Tempo de experiência profissional dos enfermeiros (anos) x conhecimento ou uso da <i>MFS</i>	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IOM	Institute of Medicine
EUA	Estados Unidos da América
MISP	Metas Internacionais para a Segurança do Paciente
PROADESS	Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde
EA	Evento Adverso
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
WHO	World Health Organization
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
MFS	Morse Falls Scale (Escala de Quedas de Morse)
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
PHP	Programa de Padronização Hospitalar
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCAHO	Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations
TJC	The Joint Commission

SUMÁRIO

1.	<i>INTRODUÇÃO.....</i>	14
2.	<i>REVISÃO DA LITERATURA.....</i>	20
2.1	Segurança do Paciente.....	21
2.2	Eventos Adversos – Quedas.....	25
2.3	Urgências no Brasil.....	31
2.4	Enfermagem em Urgências e Emergências.....	33
2.5	Instrumentos de uso da Enfermagem em Serviços de Urgência.....	34
3.	<i>OBJETIVOS.....</i>	43
3.1	Objetivo Geral	44
3.2	Objetivos Específicos.....	44
4.	<i>MATERIAL E MÉTODO.....</i>	45
4.1	Tipo de Estudo.....	46
4.2	Aspectos Éticos	47
4.3	Locais do Estudo.....	47
4.4	População / Amostra.....	48
4.4.1	Primeira Fase do Estudo.....	49
4.4.1.1	População/amostra.....	49
4.4.1.2	Critérios de inclusão.....	49
4.4.1.3	Período.....	50
4.4.1.4	Aspectos éticos.....	50
4.4.1.5	Pré-teste.....	50
4.4.1.6	Instrumento de coleta de dados.....	51
4.4.1.7	Procedimento de Coleta de dados.....	52
4.4.1.8	Análise dos dados.....	53
4.4.2	Segunda Fase do Estudo – Identificação dos fatores de risco de quedas pelos enfermeiros	53
4.4.3	Terceira Fase do Estudo – Mapeamento cruzado dos fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros, a partir dos conceitos da <i>NANDA-I</i> , com a Escala de Quedas de Morse (<i>MFS</i>)	54
4.4.3.1	Instrumento para sistematização do mapeamento cruzado.....	54
4.4.3.2	Procedimento do mapeamento cruzado.....	54
5.	<i>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</i>	57
5.1	Dados de Identificação dos sujeitos da pesquisa.....	58
5.2	Identificação dos fatores de risco de quedas por Enfermeiros	67
5.3	Distribuição dos fatores de risco listados pelos Enfermeiros e mapeados pela pesquisadora com os itens da <i>MFS</i>	70
6	<i>CONCLUSÃO.....</i>	77

<i>REFERÊNCIAS.....</i>	80
<i>APÊNDICES.....</i>	92
<i>ANEXOS.....</i>	105

1. INTRODUÇÃO

O ato de cuidar refere-se a tratar de, zelar (MICHAELIS, 2009). No caso da área da saúde, constitui-se de um conjunto de atos, comportamentos e atitudes de várias categorias profissionais, onde o foco é o ser humano e o objetivo corresponde atender às suas necessidades nas situações de vulnerabilidade em que se encontra (WALDOW; BORGES, 2011). Embora a meta seja sempre a realização de ações bem-sucedidas para alcançar o bem-estar do cliente no processo saúde-doença, erros e incidentes podem ocorrer, gerando danos transitórios ou permanentes aos assistidos e suas famílias, além de elevados custos aos sistemas de saúde.

O bem-estar do paciente é uma preocupação antiga, como demonstram Hipócrates em sua citação “não cause dano” e Florence Nightingale com o conceito da influência do ambiente nas condições de saúde, porém, o tema só passou a ter relevância a partir de 1999, com a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* pelo *Institute of Medicine (IOM)*. O documento, marco na divulgação dos problemas envolvidos no cuidado em saúde, revelou que erros associados à assistência causaram entre 44.000 e 98.000 óbitos somente nos EUA, sendo a 8ª causa de morte no país, gerando custos de mais de US\$ 17 bilhões (HADDAD; SANTOS, 2011; BRASIL, 2014; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A partir da divulgação destes dados, a segurança do paciente tornou-se uma questão importante nas políticas públicas de saúde em escala mundial. Novas abordagens passaram a considerar que erros humanos são evitáveis e várias iniciativas passaram a ser realizadas em todo o mundo, como a Aliança Mundial para Segurança dos Pacientes e as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente (MISP) (2004), a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (2005) e o Relatório Técnico Final da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (2009) (NISHIO; FRANCO, 2011).

No Brasil, podemos citar algumas ações, como a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (1999), a elaboração da Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS (2001) e a Rede Sentinela para notificação de eventos adversos em hospitais (BRASIL, 2014). Em 2008, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) se constituiu com objetivo de articular, ampliar e fortalecer atividades de cuidado, ensino e pesquisa na temática proposta (REBRAENSP, 2015). Em parceria com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), ela criou em 2010 a cartilha

“10 passos para segurança do paciente”, baseada nas MISP (COREN, 2010).

Em 2013, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013, instituiu o PNSP em todo território nacional, buscando contribuir para qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, atuando na prevenção e redução de incidentes que trazem danos aos pacientes e suas famílias. Ele desenvolveu protocolos básicos para nortear as práticas de segurança do paciente, baseados nas MISP: identificação do paciente, prevenção de úlcera por pressão, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura, prática da higiene das mãos em serviços de saúde e prevenção de quedas (BRASIL, 2013).

Identificadas como eventos a serem prevenidos no PNSP e na 6ª MISP, as quedas correspondem a eventos não planejados que levam o paciente ao solo, com ou sem lesão, que decorrem de causas intrínsecas (fisiológicas) ou extrínsecas (acidentes). São importantes indicadores de qualidade assistencial nas instituições de saúde, que podem causar complicações graves à família e ao paciente, tanto em nível físico quanto emocional, além de consequências econômicas aos sistemas envolvidos no cuidado à saúde (PAIVA et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2008).

De acordo com a *World Health Organization* - WHO (2012), as quedas são a segunda causa mundial de mortes por lesões acidentais ou não intencionais. Estima-se que, todos os anos, 424 mil pessoas morrem devido a este evento adverso e mais de 37 milhões de casos necessitam de atendimento médico devido à sua gravidade. Hitcho et. al. (2004) identificaram na literatura que 84% dos acidentes com pacientes hospitalizados relacionam-se com quedas, onde 30% sofreram lesões que podem levar à morte. Correa et. al. (2012) identificaram no Brasil índices hospitalares com média de 1,37 quedas por 1000 pacientes-dia.

Existem vários fatores de risco associados às quedas, como idade, patologias, mobilidade física e equilíbrio prejudicados, estado mental, uso de medicamentos, procedimentos médicos, aspectos ambientais e recursos humanos. Em relação à idade e local, nota-se que o foco das pesquisas são os idosos, já que quedas são consideradas as principais causas de morte em adultos com mais de 65 anos, especialmente em ambientes hospitalares de internação e instituições de cuidado desta faixa etária. Poucas publicações abordam a temática da segurança do paciente fora de ambientes de internação, como unidades não-hospitalares de assistência primárias e secundárias à saúde (BRASIL, 2013; FEILL; GARDNER,

2012).

As iniciativas e os estudos no Brasil relacionados não só à prevenção de quedas, como às práticas mais seguras na assistência em saúde ainda são considerados como fragmentados, pouco valorizados e muito residuais por alguns autores. Especialmente no nível primário de atenção em saúde, a segurança do paciente ainda apresenta caráter limitado, apesar das alterações nos padrões de morbimortalidade verificadas nos últimos anos (SOUSA; UVA; CASTANHEIRA, 2010).

Segundo projeções das Organizações das Nações Unidas (ONU), uma em cada nove pessoas no mundo tem mais de 60 anos. No Estudo sobre Envelhecimento no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) totalizou 23,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Os dados do relatório emitido pela WHO (2014) mostram que as afecções cardiovasculares lideraram as causas de mortes de doenças não-notificáveis, com 17,5 milhões de óbitos. Entre 2002 e 2011, foram registradas mais de 6 milhões de internações em hospitais públicos do Brasil por causas externas, como acidentes, quedas, violência e lesões autoprovocadas intencionalmente (UNITED NATIONS, 2009; BRASIL, 2012; BARROS, 2015).

A elevação da expectativa de vida, dos casos de doença do aparelho circulatório e das causas externas geraram mudanças nos processos assistenciais. Os casos crônicos passaram a ser atendidos pela atenção básica, enquanto as situações agudas, cada vez mais frequentes e mais complexas, necessitavam de um novo fluxo (DELLAGUSTINA; NITSCHKE, 2011).

Com base neste quadro, a Política Nacional de Atenção às Urgências foi normatizada pela Portaria MS/GM nº 1863/2003, instituindo uma rede hierarquizada e regionalizada de atendimento de urgência em todo território nacional, a partir de Centrais de Regulação Médica e integradas com todos os níveis de assistência. Entre 2003 e 2008, ela norteou a organização das redes de atenção integral às urgências através de componentes pré-hospitalares fixos (UBS, USF, UBDS), pré-hospitalares móveis (SAMU), hospitalares e pós-hospitalares (atenção domiciliar, hospitais-dia, centros de reabilitação) (BRASIL, 2003; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Em 2011, a Portaria MS/GM nº 1863/2003 foi reformulada, resultando na criação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Com objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado aos usuários em situação de urgência, a RUE promoveu a instalação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). São unidades pré-hospitalares fixas, com atendimento intermediário entre unidades

básicas e o complexo hospitalar, ligadas ao SAMU, que prestam apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto por vinte e quatro horas, sete dias por semana (BRASIL, 2011).

A reorganização das redes de atenção integral às urgências trouxe benefícios para os pacientes e algumas mudanças nas condições de trabalho, como infraestruturas sanitárias deficientes, desgaste no ambiente de trabalho, insegurança e pressão assistencial. Essas situações, aliadas ao tempo limitado para decisões, grande volume de atendimentos críticos e à diversidade de situações clínicas podem comprometer as boas práticas relacionadas à segurança do paciente pelas equipes das unidades pré-hospitalares fixas (QUES; MONTORO; GONZÁLES, 2010; MENDES; BARROSO, 2014; HARADA, 2011; OLIVEIRA; LISBOA; LÚCIDO; SISNANDO, 2004).

As equipes que realizam atendimento em UBDS e UPA são compostas por várias categorias profissionais, porém, a enfermagem realiza a maior parte das ações que envolvem o cuidado em saúde, exercendo papel primordial na identificação de riscos. O enfermeiro é responsável pela elaboração, implementação e avaliação de processos, inclusive prevenção de quedas. Para construção de um plano de cuidados efetivo, faz uso de instrumentos que orientam sua prática profissional, como o sistema internacional de terminologias *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)* e escalas validadas, como *Morse Falls Scale (MFS)*, *Downtown*, *STRATIFY*, *Tinetti Fall Risk* e *Tullamore* (COSTA, 2014; VASSALO et al., 2005).

A *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* foi criada em 1982 e se tornou *NANDA International, Inc. (NANDA-I)* em 2002. Corresponde a um sistema internacional padronizado de terminologias que reflete os julgamentos clínicos dos enfermeiros, utilizado para garantir a segurança dos pacientes através do cuidado baseado em evidências. É um importante instrumento para auxiliar implementação de diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, 2015).

A Escala de Quedas de Morse (MFS) foi publicada em 1989 e validada, traduzida e adaptada culturalmente para língua portuguesa em 2013. É composta por seis itens que avaliam risco para quedas (histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, marcha e estado mental), com pontuação entre 0 e 125 e que podem gerar os seguintes escores: risco baixo (0 a 24 pontos), risco médio (25 a 44 pontos)

e risco alto (maior ou igual a 45 pontos) (URBANETTO et al., 2013).

A *MFS* corresponde a um método simples, rápido e confiável de se identificar propensão de quedas em pacientes. É o instrumento mais estudado em nível internacional e aplicado em diferentes situações. De acordo com Dempsey (2008), a *MFS* é a escala mais utilizada, testada e que apresenta melhor sensibilidade e especificidade quando comparada às outras escalas (MORSE et al., 1989; MORSE, 2008; COSTA-DIAS; FERREIRA, 2014).

Em face à importância da temática da segurança do paciente na prestação do cuidado em saúde, às consequências físicas, psicológicas e financeiras que as quedas trazem às instituições, pacientes e suas famílias, este estudo justifica-se pelas grandes dificuldades enfrentadas pelos profissionais da enfermagem na realização de práticas seguras em sua assistência, especialmente nas unidades de atendimento de urgência não-hospitalares.

Além disso, os instrumentos de avaliação de risco podem exercer papel crucial para os enfermeiros na implementação de um programa apropriado para prevenção de quedas nas UBDS e UPA de uma cidade do interior paulista, que ainda não contam com um protocolo único e oficial estabelecido para estes eventos adversos pela prefeitura. Os bons valores de sensibilidade e especificidade da *MFS* e a padronização mundial da linguagem de enfermagem preconizada pela *NANDA-I* fazem com que a pesquisadora busque mapear os fatores de risco de quedas junto aos enfermeiros do serviço de urgência pré-hospitalar fixo, baseados nestes indicadores (PERREL et al., 2001).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Segurança do Paciente

A segurança do paciente e a qualidade em saúde são temas que, de alguma forma, são preocupações antigas e de escala mundial. Historicamente, a partir dos registros encontrados, o início ocorre antes de Cristo (460 a 370 a.C.) com Hipócrates em sua citação “*Primum non nocere*” ou “primeiro não cause dano” e a noção de que o cuidado poderia ser um fator causador para dano. Ao longo do tempo, várias figuras contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento destas questões (BRASIL, 2014).

O médico húngaro Ignaz Semmelweis ficou conhecido como “pai do controle de infecção” após iniciar uma política para estudantes de medicina e médicos lavarem as mãos obrigatoriamente antes de tocar pacientes obstétricas (BEST, M; NEUHAUSER, 2004). Considerada a fundadora da enfermagem moderna, Florence Nightingale introduziu a visão holística e de liderança na enfermagem, através da supervisão de cuidados pelo enfermeiro não só ao paciente, como ao ambiente em que ele está inserido. Além disso, institucionalizou a enfermagem como profissão (FRELLO; CARRARO, 2013; COSTA et al., 2009).

Em 1910, o médico Ernest Codman, desenvolveu o “Sistema de Resultado Final”, precursor da medicina baseada em evidências. O objetivo era acompanhar os resultados de tratamento de pacientes, determinando ou não sua efetividade, e incluindo erros afim de prevenir falhas similares futuras. Taxado como controverso na época, esse sistema serviu de base para o movimento de inspeção e certificação hospitalar do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), em 1918. (BRAND, 2009; AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2010).

O CAC instalou o Programa de Padronização Hospitalar (PHP) em 1924, no qual vários hospitais participavam voluntariamente, reconhecendo as melhorias que os novos padrões de qualidade traziam às suas instituições. Devido às necessidades de custeio e ampliação do PHP, o CAC em conjunto com outras associações americanas e canadenses, criou em 1951 a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)*. Era uma entidade não-governamental, sem fins lucrativos, que mantinha o caráter voluntário para acreditação hospitalar. (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2014; MAIA; ROQUETE, 2014; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2004).

Em 1953, a *JCAH* publicou nos Estados Unidos o primeiro Manual de Padrões para Acreditação Hospitalar, que contribuiu para divulgar a cultura da qualidade em nível nacional. Em 1987, *JCAH* mudou sua designação para *Joint Comission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, demonstrando a expansão de suas atividades. (JOINT COMMISSION, 2016; NISHIO; FRANCO, 2011).

A *JCAHO* é atualmente conhecida como *The Joint Comission (TJC)* e corresponde à instituição mais importante para a segurança do paciente nos EUA. Através da sua subsidiária, *Joint Comission International (JCI)*, atua em instituições acadêmicas e de saúde em todo o mundo. O manual “Padrões de Acreditação da *Joint Comission*”, publicado em 2008, com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), foi um dos principais instrumentos criados pela *JCI* para mensuração da qualidade em saúde em nível mundial; O marco para as definições e ações relacionadas à segurança do paciente foi a publicação do relato *Human Error*, do psicólogo James Reason, no início dos anos 90. Ele descreveu os erros humanos através de duas abordagens distintas: a do indivíduo (tradicional), onde os erros são decorrentes de esquecimento, desatenção ou falha moral e a do sistema (moderna), que se concentra nas condições deficientes de trabalho em que os trabalhadores estão inseridos (SIQUEIRA, 2012; REASON, 2000).

Além de demonstrar que o erro organizacional é resultado da falha de um sistema, James Reason também foi responsável pela criação do modelo do Queijo Suíço, onde propôs que um erro ativo (ponta) é resultante de uma série de erros no processo (latente), para causar um dano final. O autor afirmou que as instituições deveriam se concentrar nas causas-raiz e atuar na prevenção de danos, evitando assim que os buracos do queijo se alinhassem e permitissem que as falhas atingissem os clientes. (BUENO; FASSARELLA, 2012; FERNANDES; TOURINHO; SOUZA; SOUZA; MENEZES, 2014).

O trabalho do psicólogo tornou-se conhecido em 1999, ao servir de base em conjunto com outros relatórios, para a elaboração de *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*. Realizada pelo *IOM*, a publicação estimou as altas taxas de óbito resultantes de erros na assistência em saúde, além dos prejuízos financeiros que essas falhas causam às instituições prestadoras de cuidados. Foi um livro pioneiro na demonstração do impacto que erros evitáveis trazem para os assistidos, suas famílias e os sistemas de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

O relatório tornou-se o grande ponto de partida para um movimento mundial

relacionado à segurança do paciente. A partir dele, os sistemas de saúde passaram a discutir a segurança em seus processos organizacionais, visando antecipar os erros e melhorar, desta forma, a qualidade da assistência prestada. Além disso, serviu de alicerce para o surgimento de várias iniciativas relacionadas à melhoria no cuidado em saúde e maiores incentivos governamentais à essa causa. (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Uma dessas grandes iniciativas na história da segurança do paciente foi a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004, pela OMS, na 57ª Assembleia Mundial de Saúde. Com o objetivo de apoiar países no desenvolvimento de políticas e práticas para segurança do paciente no mundo, foram criadas seis áreas de atuação prioritárias: desafio global de segurança do paciente, envolvimento do paciente, desenvolvimento de uma taxonomia para a segurança do paciente, pesquisas, soluções para redução dos riscos em cuidados de saúde e melhora sua segurança, relatórios e aprendizagem para melhorar a segurança do paciente (WHO, 2004).

No mesmo ano de 2004, a OMS designou a *TJC* e a *TJCI* como centros colaboradores para as “soluções para segurança do paciente”, que em conjunto, desenvolveram as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente (MISP). As metas pretendiam promover melhorias em áreas específicas da assistência em saúde: identificação correta de pacientes, melhoria da efetividade na comunicação, melhoria na segurança de medicamentos de alta vigilância, garantir cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos, redução do risco de infecções associadas ao cuidado de saúde e redução do risco de lesões decorrentes de quedas. (WHO, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Essas e outras iniciativas impulsionaram avanços em conhecimentos científicos e propiciaram mudanças na prestação dos cuidados em saúde em escala mundial. Apesar das melhorias, a evolução nas questões da segurança do paciente se mostrou limitada e ineficaz em alguns aspectos. Com isso, novas abordagens mais amplas surgiram, priorizando a cultura da segurança do paciente em todas as instituições de saúde, a participação do paciente e suas famílias, o apoio aos trabalhadores que realizam o cuidado e a otimização das tecnologias para melhorar os processos. Um exemplo disso foi o relatório *Free from Harm*, da *NPSF*, lançado em 2015 (NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

No Brasil, os primeiros responsáveis por ações de segurança ao paciente

foram os serviços de transfusões sanguíneas, anestesia e controle de infecção associada ao cuidado em saúde. Estudos sobre esta temática passaram a surgir a partir do início de 2000, influenciados por todo panorama mundial, após a divulgação do relatório *To Err is Human*. O processo de acreditação no país se deu ao final de 1980, quando a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) instituiu medidas para os serviços hospitalares na América Latina. Em 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) surgiu com o objetivo de gerenciar as normas brasileiras de acreditação e, em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tornou oficial o Sistema Brasileiro de Acreditação (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; BRASIL, 2014).

O país é membro da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente desde 2005, contribuindo para desenvolver medidas efetivas para redução de EA. Em 2004, a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety*, com o objetivo de organizar e definir conceitos sobre a segurança do paciente, além de propor medidas efetivas para reduzir os riscos e, conseqüentemente, os eventos adversos. O Brasil é componente desta aliança desde 2005. Baseado neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) instituiu através do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a qualificação do cuidado em saúde em todo território nacional. Para implementação deste programa, o MS alterou a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 e publicou a composição do Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Após a segurança do paciente ser considerada uma questão importante e estratégica a ser discutida e implementada no mundo todo, várias definições sobre o conceito foram elaboradas. O IOM (1999) aponta a segurança do paciente como o processo empregado para livrá-lo de lesões acidentais, estabilizando os sistemas e processos operacionais, com objetivo de minimizar a probabilidade de erros e maximizar a probabilidade de interceptação dos erros quando ocorrem Davies et al. (2003) no *The Canadian Patient Safety Dictionary* (2003) consideram a redução e minimização de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde e utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente. Também pode ser definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; BRASIL, 2013).

2.2 Eventos Adversos - Quedas

Erro é definido pelo IOM como *“uma falha em uma ação planejada para ser concluída como pretendida ou a utilização de um plano errado para atingir um objetivo”*. Ele pode ocorrer em todos os estágios do processo do cuidar, desde o diagnóstico até a prevenção. Quando um erro resulta em desfechos adversos na assistência em saúde são denominados eventos adversos (EA) (KHON; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

O *Institute Healthcare Improvement (IHI)* considera que os desfechos adversos resultantes da assistência em saúde são EA ou danos, e são definidos como *“lesão corporal não intencional resultante de ou promovida por cuidados médicos (incluindo a ausência de tratamento médico indicado) que exige um acompanhamento adicional, tratamento ou hospitalização, ou que resulta em óbito”* (WACHTER, 2013). Mendes et al. (2005) define evento adverso como *“lesão ou dano não intencional, que resultou em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência da assistência prestada”*.

Como foram encontradas em várias pesquisas ao redor do mundo diversas definições sobre erro em saúde e eventos adversos, a OMS estabeleceu alguns conceitos-chave na Classificação Internacional de Segurança do Paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014):

- Segurança do paciente: reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;
- Dano: Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo assim, ser físico, social ou psicológico;
- Risco: probabilidade de um incidente ocorrer;
- Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente
- Circunstância notificável: incidente com potencial dano ou lesão
- *Near miss*: incidente que não atingiu o paciente;
- Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos;

- Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

O EA corresponde aquele que traz dano ao cliente, é o mais preocupante e o que traz maior prejuízo econômico, físico e emocional tanto ao paciente e seus familiares/cuidadores, quanto os sistemas de saúde. Devido à influência de vários fatores, como ações de profissionais de saúde, infraestrutura das instituições de saúde e condições clínicas do paciente, os EA passaram a ser estudados para identificação e prevenção dos mesmos, além de melhorar os sistemas para suas notificações (BRASIL, 2014).

Na Suécia, Soop et al. (2009) identificaram em um estudo realizado em hospitais que EA eram comuns e que, nas admissões avaliadas, 12,3% tiveram eventos adversos, dos quais 70% poderiam ter sido evitados e 3% contribuíram para o óbito do cliente. Gaitán et al. (2008) constataram que dos eventos adversos detectados, mais de 60% poderiam ter sido evitados. No Brasil, uma revisão sistemática da literatura de Mendes et al. (2005), permitiu identificar a incidência de eventos adversos em hospitais, que variou entre 2,9 a 16,6 por 100 pacientes admitidos. No Rio de Janeiro, uma pesquisa em hospitais identificou que 8% dos pacientes internados sofreram um ou mais eventos adversos e que aproximadamente 67% destes poderiam ser evitados (MENDES et al., 2009).

A partir da análise de vários estudos, podemos constatar que pelo menos 1 em 10 ou até 1 em 3 hospitalizações há no mínimo um evento adverso, metade deles são evitáveis e quase um terço causa dano real ao paciente, trazendo impactos financeiros, físicos e emocionais gigantescos. Isso contabilizando somente dados hospitalares, já que os EA também ocorrem em pronto-atendimentos, casas de repouso, ambulatórios e outras unidades de saúde, o que aumentaria ainda mais esses números (WACHTER, 2013).

Nuckols et al. (2007) desenvolveram um estudo nos EUA, onde foram pesquisados as taxas e os tipos de EA informados nos sistemas de incidentes de dois hospitais. Quase 10% dos pacientes apresentavam pelo menos uma notificação de incidentes, sendo que 89% dos eventos adversos foram relacionados à enfermagem. Os erros mais citados foram: medicação, quedas, incidentes durante procedimentos e incidentes diversos. Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (SANTANA; COSTA; GOMES, 2011) e, em parceria com a *TJC*, identificou danos e processos que poderiam contribuir com esta estratégia e promover

melhorias em situações de assistência em saúde de maior risco. São elas: identificar os pacientes corretamente, melhorar a eficácia da comunicação, melhorar a segurança dos medicamentos de alerta elevado, garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto, reduzir o risco de infecções associadas ao atendimento médico e reduzir o risco de lesões causadas por quedas nos pacientes (JOINT COMMISSION, 2015).

Queda é definida pela WHO (2012) como *“um evento que resulta em uma pessoa que vem a perder o equilíbrio sobre o solo, chão ou outro nível inferior que o detenha”*. Shever et al. (2011) classifica o termo como uma descida ao solo sem planejamento do cliente enquanto hospitalizado. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008) considera que a concepção de quedas varia conforme o autor, mas adotou o conceito abrangente de *“deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade”*. A TJC acredita que não há uma definição universal de queda, mas a define como *“descida não planejada para o chão ou extensão do piso, como a lata do lixo ou outro equipamento, com ou sem lesões para o paciente, incluindo as quedas com ou sem testemunhas”* (JOINT COMMISSION, 2009).

De acordo com Morse (2009), a hospitalização pode elevar mais o risco de quedas, que podem ser divididas em acidentais (causadas por alguma ameaça no ambiente), fisiológicas antecipadas (previsíveis) e imprevisto de quedas fisiológicas (relacionadas a fatores de risco imprevisíveis, como convulsões, desmaios, etc). Pasa (2014) evidencia que as quedas estão presentes no ambiente hospitalar e que seu índice é relativamente elevado. Por isso, são consideradas indicadores de resultados, além de ser um dos focos da ANVISA, estar presente no PNSP, estabelecido pela RDC 36/2013 (BRASIL, 2013).

Consideradas um dos EA mais frequentes e identificadas como eventos a serem prevenidos na 6ª MISP, as quedas são consideradas fatores externos importantes de ferimentos não intencionais e de alto impacto para a população mundial, tanto em nível de comprometimento físico, quanto financeiro. Elas são responsáveis por dois em cada cinco eventos adversos em hospitais, podendo agravar os problemas de saúde, como traumas físicos e emocionais, piora clínica e até mesmo o óbito. Hitcho et al. (2004) mostram que 84% dos eventos adversos entre os pacientes hospitalizados estão relacionados com quedas e 30% sofrem lesões,

onde 6% levaram às injúrias graves, como fraturas, hemorragia e morte (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2007; MARIN; BOURIE, SAFRAN, 2000).

A OMS estima que 37,7 milhões de quedas anuais não fatais resultem na perda de mais de 17 milhões de anos de vida em incapacidade. Há uma previsão de mais de 424.000 quedas fatais /ano, sendo a segunda principal causa de morte por lesão não intencional, perdendo somente para lesões que ocorrem no trânsito. Devido à grande relevância que as quedas representam como EA, a OMS estabeleceu grupos/fatores mais suscetíveis a estes eventos, apesar de todas as pessoas serem passíveis destas intercorrências, com intuito de alertar as organizações de saúde a identificarem rapidamente estas populações e estabelecerem programas de prevenção. São considerados fatores de risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012):

- Idade: idosos apresentam maior risco de morte ou ferimentos graves por quedas, sendo que a frequência aumenta com a idade e nível de fragilidade – os índices de quedas fatais aumentam com a idade, sendo mais altos em grupos com idade superior a 84 anos. Crianças também são consideradas grupos de risco, devido ao seu estágio de desenvolvimento, curiosidade inata e comportamentos mais arriscados, além de fatores sociais (pobreza, ambientes perigosos, etc);
- Sexo: em algumas regiões mundiais, tem-se observado que homens são mais propensos às quedas fatais que mulheres, fato associado a maiores condições de comorbidades, comportamentos de riscos e atividades laborais mais perigosas que as femininas. A incidência em fraturas do quadril é maior entre as mulheres, porém, a mortalidade é mais alta entre os homens;
- Condições de trabalho perigosas;
- Álcool e drogas;
- Fatores sócio-econômicos, como pobreza, superlotação em residências, monoparentalidade e baixa faixa etária entre as mães;
- Condições médicas, como distúrbios neurológicos, cardiológicos ou outras condições incapacitantes;
- Efeitos colaterais de medicamentos, inatividade física e perda de equilíbrio (especialmente nos idosos);

- Movimentação, visão e cognição reduzidas, especialmente em instituições como lares ou centro de cuidados para doentes crônicos;
- Ambiente inseguro, principalmente para indivíduos com problemas de equilíbrio ou de visão.

Vários autores elaboraram ensaios e pesquisas sobre esses fatores de risco e como eles afetam a projeção dos indivíduos ao solo. Podemos citar como exemplos Olivier et al. (2004) e Boele et al. (2008), que relacionaram em seus trabalhos elementos de risco para quedas, como medicações, equilíbrio/mobilidade e incontinência urinária. KÄLLASTRAND-ERICKSON E HILDINGH (2009) estudaram as quedas relacionadas com o déficit visual, Kraus et al. (2005) mostram fatores relacionados com marcha/equilíbrio, déficit e problemas nos membros inferiores, confusão, uso de sedantes/hipnóticos, medicamentos para diabetes, índice enfermeiro/paciente e nível de atividade.

No Brasil, Luzia, Victor e Lucena (2014) identificaram o diagnóstico de risco de quedas em clientes idosos e do sexo masculino, internados em média há 20 dias em unidades clínicas, com fatores de risco relacionados à alteração neurológica, mobilidade prejudicada e extremos de idade. Costa et. al. (2012) caracterizaram a produção científica acerca dos fatores de risco de quedas em idosos. Pasa (2014) avaliou o risco de quedas em pacientes adultos internados através da Escala de Quedas de Morse (*MFS*). Remor, Cruz e Urbanetto (2014) analisaram os fatores de risco para quedas de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização.

As quedas são consideradas índices de segurança muito utilizados entre pacientes hospitalizados, variando entre instituições e países. Kurcgant et al. (2009) afirmam que o indicador de segurança do paciente usado para mensurar a quantidade de quedas em um determinado ambiente de saúde corresponde ao número de quedas dividido pelo número de pacientes/dia por 1000. Oliveira (2013) cita exemplos como da Itália, que é de 7,5 por 1000 dias/paciente e Estados Unidos, onde a taxa varia entre 3 e 5 quedas por 1000 pacientes/dia. Um estudo realizado no Reino Unido em vários tipos de instituições de saúde revelou taxas de quedas em hospitais agudos varia de 1,3 a 8,9 por 1000 pacientes/dia (DEGELAU et al, 2012).

Ao longo dos anos, vários ensaios foram publicados apresentando características e circunstâncias das quedas, bem como fatores de risco e estratégias para a prevenção. A maioria deles referiu-se às quedas em populações de idosos,

com idade superior a 60 anos e em instituições hospitalares ou de cuidados de saúde para doentes crônicos.

Hictho et al. (2004) identificaram que a média de idade dos pacientes estudados era 63,4 anos, 75% das quedas não foram assistidas, 59% ocorreram nos períodos vespertino e noturno e metade das quedas foram relacionadas a atividade de eliminação em clientes com mais de 65 anos. No Brasil, Costa et al. (2011) demonstraram que as maiores notificações de queda durante a internação ocorreram em pacientes com mais de 60 anos, do sexo masculino, no turno da noite e na unidade clínica. Correa et al. (2012) desenvolveu um protocolo para gerenciamento de quedas em um hospital, que permitiu identificar, detalhar e elaborar intervenções para os pacientes-alvos e melhorar as ações de educação em saúde.

Os fatores associados às quedas foram abordados em diversas pesquisas, evidenciando que muitos deles acontecem no leito do paciente ou próximo dele nas instituições de saúde de internação. Banheiros e corredores também são citados e há evidências discrepantes quanto ao momento da hospitalização, onde o cliente apresenta maior probabilidade de que uma queda ocorra. (INSTITUTO JOANNA BRIGGS,1998).

Chen et al (2010), concluíram que mais de 70% das quedas em 438 idosos ocorreram no quarto dos pacientes e 18,9% no banheiro. Tzeng e Yin (2007) concluíram que a queda da altura da cama era maior nos finais de semana do que durante os dias de semana e que os enfermeiros poderiam ter evitado essas quedas, mantendo a posição da cama em uma posição mais elevada. Os mesmos autores, em pesquisa realizada em 2009, identificaram que o tempo de resposta dos enfermeiros à luz de chamada foi relacionado com menos quedas de clientes.

De acordo com a revisão integrativa realizada por Pasa, Magnago e Carollo (2012), verificou-se que as quedas dos pacientes foram decorrentes não só fatores e características relacionadas aos clientes, como também por deficiências estruturais e de processo, além da ausência de um sistema de padronização na avaliação para o risco de quedas nas instituições hospitalares. Severo et al (2014), através da identificação de fatores de risco para quedas de pacientes adultos hospitalizados, conclui que, apesar do aumento nas pesquisas sobre o tema ao longo dos anos, ainda existe uma lacuna sobre ensaios relacionados a processos de trabalho e sua influência no desfecho final, que é a queda.

Os setores de urgência e emergência das unidades de saúde são áreas

onde o socorro ocorre de forma rápida e está sujeito às incertezas e imprevisibilidades da natureza e quantidade dos casos recebidos. Devido à dinâmica destes locais, frequência e gravidade dos atendimentos realizados, existe um grande potencial para queda dos clientes, sendo estas reconhecidas como um problema de segurança e um dos eventos adversos com maior potencial de ocorrer.

Pouco ainda se sabe sobre os pacientes que caem durante a permanência nos setores de urgência/emergência ou identificar maneiras de propensão à queda destes indivíduos. ALEXANDER; KINSKEY; WASZINSKI (2013) consideram que as ferramentas de avaliação de risco utilizadas atualmente durante internações podem não assimilar adequadamente os fatores de risco nos setores de emergência, já que compreendem situações assistenciais diferentes.

Dukes, Grant e Pathakji (1999) indicaram que a maior parte dos indivíduos que sofreram quedas no setor de urgência possuía idade superior a 65 anos e pertencia ao sexo feminino, além de mais de 18% apresentar-se intoxicado. Terrel et al. (2008) pesquisaram quedas por dois anos em um departamento de emergência e constaram que a idade média dos clientes que caíram foi de 50 anos, divididas entre homens e mulheres, e que 19,6% dos que caíram estavam intoxicados. Hwang e Morrison (2007) descreveram alguns fatores que poderiam estar relacionados às quedas, como: macas estreitas que, dependendo do tempo, levam à fraqueza e rigidez dos clientes, pisos inadequados, que poderiam tornar-se escorregadios, a natureza do setor de emergência, que leva à ansiedade e privação de sono e utilização de cateteres urinários para reduzir idas frequentes aos sanitários.

2.3 Urgências no Brasil

Os padrões de morbi-mortalidade mudaram muito ao longo dos anos, alterando assim, a configuração do atendimento em saúde no Brasil. De acordo com a ONU, uma em cada nove pessoas tem mais de 60 anos no mundo. No Brasil, o IBGE constatou em estudo mais de 23 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Dados mostram que o aumento nas afecções cardiovasculares, das internações por causas externas (acidentes, quedas, violência e lesões autoprovocadas) e da expectativa de vida geraram mudanças nos processos assistenciais. Os casos

crônicos começaram a ser atendidos pela atenção básica e as situações agudas, cada vez mais presentes e complexas, necessitavam de um novo fluxo de atendimento (UNITED NATIONS, 2009; BRASIL, 2012; MASCARENHAS; BARROS, 2012).

Esse novo redirecionamento do fluxo de atendimento em saúde foi realizado pela Política Nacional de Atenção às Urgências, normatizada pela Portaria MS/GM nº 1863/2003. Ela instituiu uma rede hierarquizada e regionalizada de atendimento às urgências em todo território nacional, a partir de Centrais de Regulação Médica integradas com todos os níveis de assistência. Ela direcionou até 2008 a organização das redes de atenção integral às urgências através de componentes pré-hospitalares fixos (UBS, USF, UBDS), pré-hospitalares móveis (SAMU), hospitalares e pós-hospitalares (atenção domiciliar, hospitais-dia, centros de reabilitação) (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; BRASIL, 2003).

A partir de 2011, esta portaria foi reformulada, dando origem à criação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que promoveu a instalação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado aos usuários em situação de urgência. São unidades pré-hospitalares fixas, com atendimento intermediário entre unidades básicas e o complexo hospitalar, ligadas ao SAMU, que prestam apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto por vinte e quatro horas, sete dias por semana. Prestam assistência no primeiro nível de atenção para quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica (BRASIL, 2011; SILVA, 2008).

O atendimento pré-hospitalar pode ser dividido entre fixo e móvel. O APH fixo é considerado o primeiro nível de atenção em saúde, sendo a primeira assistência prestada ao usuário. O primeiro serviço de APH foi instalado no Rio de Janeiro, depois por Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará. Na cidade de Ribeirão Preto, a organização dos serviços de urgência e emergência se deu a partir da década de 60 com a instalação do serviço 192, direcionada para remoção de pacientes. Depois, a assistência em saúde no município foi dividida em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde. Cada uma conta com Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), visando fornecer atendimento básico e de pronto-atendimento em urgências próximos às residências (FERNANDES, 2004; PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Articulado à rede de serviços de saúde composta por UBDS, UBS e

hospitais, o SAMU de Ribeirão Preto entrou em operação em 1996, cujo objetivo era atender vítimas de agravos no local da ocorrência e transporta-las aos serviços de saúde adequados. Em 1998 foi iniciada a Central de Regulação Médica e em 2000 é criada oficialmente a Central Única de Regulação Médica para atendimento de urgências regionais e municipais. A UPA foi inaugurada na cidade em junho de 2012 (FERNANDES, 2004; PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2017).

2.4 Enfermagem em Urgências e Emergências

Como já dito anteriormente, as alterações nas condições dos padrões de morbimortalidade e expectativa de vida geraram alterações na rede de atenção integral às urgências. Isso trouxe benefícios para os pacientes, porém, o novo fluxo de atendimento desencadeou algumas mudanças nas condições de trabalho que, somadas ao grande volume de atendimentos, tempo limitado para decisões e gravidade dos atendimentos clínicos podem comprometer as boas práticas de segurança ao paciente atendido, especialmente nas unidades de APH fixo (QUES; MONTORO; GONZÁLES, 2010; MENDES; BARROSO, 2014; HARADA, 2011; OLIVEIRA; LISBOA; LÚCIDO; SISNANDO, 2004).

O atendimento ofertado de forma irrestrita, a agilidade e concentração da prestação do cuidado em um só local faz com que os pacientes procurem mais os pronto-atendimentos, gerando uma demanda excessiva. O tempo de espera elevado que gera estresse aos clientes, o contato face a face, a localização geográfica dos serviços de saúde em áreas de elevados índices de violência, clientes com patologias psiquiátricas, drogaditos e até mesmo idosos são fatores que podem levar à violência do trabalhador, não só na questão física, quanto psicológica (CONTRERA-MORENO, 2004).

A sobrecarga das atividades administrativas aliadas ao ambiente conturbado, ritmos estafantes de trabalho, dimensionamento de pessoal inadequado, a responsabilidade em gerenciar a equipe de enfermagem e promover um atendimento rápido e que atenda às necessidades dos usuários podem gerar insatisfação, estresse e até mesmo a síndrome de Burnout, incapacitando o trabalhador a exercer suas atividades laborais (SOUZA; PAULO, 2006).

2.5 Instrumentos de uso da Enfermagem em Serviços de Urgência

Considerados EA importantes e grandes responsáveis por incapacidades e óbitos, as quedas foram identificadas como eventos a serem prevenidos nas MISPs e considerados indicadores de qualidade na assistência, principalmente de enfermagem, que realiza a maior parte dos cuidados em saúde do cliente. Com isso, tornou-se necessária a criação e utilização de instrumentos que permitissem a captação e mensuração dos dados relacionados às quedas, para elaboração de planos de prevenção e estratégias para educação e capacitação de profissionais.

Embora a responsabilidade do trabalho de prevenção EA seja de toda a equipe multiprofissional, cabe à enfermagem, particularmente aos enfermeiros, a liderança, implementação e avaliação dos programas de prevenção e controle destes eventos e seus fatores de risco. Queiroz Bezerra et al. (2012) considera que a enfermagem compreende a maior força de trabalho dentro das instituições de saúde e o enfermeiro como o responsável pelo gerenciamento de toda assistência prestada ao paciente, sendo este responsável pela garantia da segurança do usuário e qualidade dos serviços de saúde.

Existem vários tipos de avaliação de EA, sendo alguns de notificação interna e outros para notificação externa às unidades de saúde. Em relação às externas, podemos citar o sistema Vencer, criado pelo Instituto Mexicano do Seguro Social, para avaliar a segurança do paciente através da notificação dos eventos sentinela e adversos, além das quase-falhas. No Brasil, A Vigilância Sanitária elaborou o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), informatizado e responsável por receber as notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas em âmbito nacional, realizadas por profissionais/técnicos e cidadãos (HERRERA, 2012; NOTIVISA, 2013).

Para as notificações internas, primeiramente é importante citar a avaliação dos riscos de eventos adversos em pacientes, que dão a direção para criação de programas de prevenção e notificação efetivos e eficazes, além de servirem de base para processos educacionais contínuos e permanentes entre as equipes de saúde. Eles geralmente são compostos por algum instrumento que mensure risco para EAs e, no caso quedas, para identificar aqueles usuários com maior propensão de cair.

Para seleccioná-los, é necessário considerar valor preditivo, confiabilidade, tempo gasto para aplicação e ponto de corte. Ang et al. (2007) citam alguns significados importantes para que os enfermeiros, principalmente, considerem na seleção dos instrumentos para avaliação de risco de quedas (SCOTT; VOTOVA; SCANLAN, CLOSE, 2007):

- Sensibilidade: número de pacientes com pontuação de alto risco de quedas, dividido pelo total do número dos que caíram;
- Especificidade: número de pacientes com pontuação de baixo risco de quedas que não caíram, dividido pelo número total dos que não caíram;
- Valor preditivo positivo: número de pacientes com pontuação de alto risco que caiu dividido pelo número total de pacientes com pontuação de alto risco;
- Valor preditivo negativo: número de pacientes com pontuação de baixo risco que não caíram, dividido pelo número total dos que têm baixo risco.

Existem vários tipos de escala para avaliar risco de quedas em clientes, porém, muitas não são validadas ou apresentam valores preditivo e sensibilidade inferior de 80% e a especificidade abaixo de 70%. Myers (2003) considera um valor preditivo de sensibilidade e especificidade superior a 70% forte. O valor de sensibilidade é considerado determinante para identificar pacientes com alto risco de quedas (PERREL et. al., 2001; VASSALO et al., 2005).

As escalas de avaliação de risco de quedas são instrumentos que atribuem valores numéricos a fatores de risco e o somatório destes indica se o doente apresenta riscos para cair baixo, médio ou elevado; VASSALO et al. (2005) cita as escalas de Equilíbrio Funcional de Berg (EEFB), *Timed Up and Go* (TUG), *St Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients* (STRATIFY), Tullamore, Tinetti, Downtown e Urbanetto et al. (2013), a Escala de Morse (MFS). Alexander, Kinsley e Waszinski (2013) relatam que as ferramentas mais citadas na literatura são Morse Fall Escala (MFS), STRATIFY e Hendrich II. SEVERO et al. (2014) afirmam que existem poucos instrumentos de avaliação para riscos de quedas testados em diferentes situações e que estas podem variar em sensibilidade, especificidade ou não adaptarem/incluírem certos componentes. Eles citam a *Morse Fall Scale*, *St Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients* (STRATIFY), *Heindrich II Fall Risk Mode (HFRM)* e a *Downton's Risk of Falls Scale* (MORSE, 2009).

Em um estudo, Costa-Dias e Ferreira (2014) citam que somente a *MFS* e a *STRATIFY* foram testadas fora da pesquisa de investigação original e são as mais utilizadas na literatura. Conforme os mesmos autores, a escala de quedas *STRATIFY* foi elaborada por David Oliver e ocorreu em três etapas, sendo as duas primeiras em unidades de idosos do *St Thomas's Hospital* em Londres. Ela é constituída por cinco perguntas com opções sim e não de resposta:

- Doente internado por causa de uma queda ou com episódios de queda durante o internamento? (1);
- Doente agitado? (2);
- Doente com alterações visuais que condicionem a sua atividade diária? (3);
- Doente com necessidade de utilizar a instalação sanitária com frequência? (4)
- Doente tem pontuação de transferência ou mobilidade de 3 ou 4? (5)

Somando-se os valores das respostas às cinco perguntas, são obtidos valores que oscilam entre zero e cinco pontos, sendo zero considerado um risco baixo, um ponto risco moderado e superior a dois pontos, risco elevado. Oliver (2008) constata que esta escala é muito utilizada e tem sido estudada em unidades hospitalares de cuidados agudos em países da Europa, Austrália e Canadá. De acordo com estudo realizado no Reino Unido após dez anos de sua publicação, a *STRATIFY* apresentou valores preditivos negativo alto e positivo baixo e que seu desempenho varia de acordo com a população e unidade em avaliação (OLIVER, 2008b). Scott; Votova; Scanlan e Close (2007) apresentam em pesquisa que, entre dois instrumentos, a *STRATIFY* apresentou boa validade preditiva em setores de cuidados agudos variados.

A *HFRM II* é composta por sete itens: 1- confusão/desorientação/impulsividade; 2-depressão sintomática; 3-eliminação alterada; 4-tontura/vertigem; 5-sexo masculino; 6-qualquer prescrição de anti-epiléticos ou benzodiazepínicos; 7-teste “*get up and go*”. Junto com a *STRATIFY* e a *MFS*, as três escalas são validadas e as mais citadas (HENDRICH; BENDER; NYHUIS, 2003). Ela foi testada em conjunto com outras escalas em quatro estudos, sendo que identificou melhor quedas em Singapura, apresentando sensibilidade de 70% e especificidade de 61,5%. Já nos estados Unidos e Itália foram demonstrados

valores inferiores de sensibilidade, com 64,9% e 50% respectivamente, e de especificidades, com 69% e 68% (ANG et al., 2007; CHAPMAN, BACHAND; HYRA, 2011; LOVALLO et al., 2010). Isso comprova que a sensibilidade da escala não atingiu os valores preconizados pelos estudos.

Somando-se um total de nove estudos, cinco deles compararam a Escala de Quedas de Morse (*MFS*) com as demais escalas de avaliação de risco de quedas, dos quais em três a *MFS* apresentou boa sensibilidade. Neles, apesar de não ter apresentado o melhor resultado possível, a *MFS* atende aos critérios de validação.). Oliveira, Fernandes e Dalri (2013) demonstraram através de uma revisão integrativa que cinco estudos revelam que a *MFS* apresentou boa sensibilidade para identificar pacientes com risco de quedas. Apesar disso, há variações preditivas devido aos diferentes contextos de saúde, tipo de população, ponto de corte e treinamento da equipe para aplicação da escala (CHAPMAN, BACHAND, HYRKA, 2011; VASSALO et al., 2005; SCOTT et al., 2007).

Publicada por Morse em 1989, a *Morse Fall Scale* (*MFS*) é uma das escalas mais utilizadas em hospitais e é a quem tem mais relatos na literatura. Desenvolvida por docentes da Faculdade de Alberta, no Canadá, ela apresenta seis critérios para avaliação do risco de quedas, que são: história de quedas, presença de diagnóstico secundário, auxílio para deambular, administração de terapia intravenosa, marcha e estado mental. Cada variável um recebe um escore de zero a 30 pontos, totalizando a seguinte classificação: 0-24 – risco baixo; 25-44 – risco médio e risco alto acima de 45 (URBANETTO et al, 2013).

Quadro 1 - *Morse Fall Scale* em inglês e na versão traduzida para o português brasileiro. URBANETTO et al, 2013.

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed read/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

A tradução e adaptação da *Morse Fall Scale* para o português ocorreu em 2013 e em sete etapas. A primeira etapa foi realizada através do contato eletrônico com a autora Janice Morse, que autorizou tanto a tradução quanto a adaptação. As próximas etapas consistiram em tradução inicial para o português, avaliação e validação por comitê de especialistas, tradução reversa para o inglês, estudo da clareza e avaliação da concordância entre avaliadores na aplicação da escala e confiabilidade da reprodutibilidade. Tanto a tradução da escala quanto as definições operacionais da língua inglesa para a portuguesa brasileira foram realizadas por dois tradutores independentes, qualificados e juramentados. As definições operacionais seguem conforme tabela abaixo: (URBANETTO, 2013)

Quadro 2 - Definições operacionais da escala de quedas de Morse. Urbanetto, 2013

Item	Definição Operacional
1. Histórico de quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou Se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda Se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho .
Muletas/Bengala/Andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação . Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação) .
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio . Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
Comprometida/Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão . Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente <i>realmente</i> se apoia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas .
6. Estado mental	
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade/ Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

Após a concordância dos avaliadores na aplicação da escala e a confiabilidade/reprodutividade, a versão final *MFS* foi aplicada a noventa pacientes de uma unidade de internação clínico-cirúrgica de um hospital universitário do sul do Brasil, onde cada um foi avaliado por dois enfermeiros e dois fisioterapeutas, de forma simultânea e independente. Com isso, foi atingido o percentual mínimo de clareza de 73,9% de profissionais que avaliaram os itens como muito claros, a concordância entre os avaliadores foi excelente na maioria dos itens e a variabilidade intra-avaliadores foi considerada excelente, o que indica que seu uso é apropriado para a população de pacientes brasileiros hospitalizados (URBANETTO et al, 2013).

Siqueira (2012) conclui, através de revisão integrativa, que a *Morse Fall Scale* tem sido empregada em diversas populações, tanto em hospitalizados quanto em instituições de longa permanência. Apesar disso, ela não tem se mostrado 100% eficaz, devido aos falsos-positivos informados em alguns estudos. Ela conclui que existe a necessidade de adaptação da escala em questão à população a ser estudada ou elaboração de um novo instrumento, específico para a avaliação de cada público-alvo.

A *MFS* foi considerada a escala mais apropriada para avaliação dos riscos de queda de adultos hospitalizados na Coreia, de acordo com Kim et al. (2011). Costa-Dias, Martins e Araújo (2014) avaliam a *Morse Fall Scale* como sendo um bom instrumento para identificar pacientes com risco de queda no contexto hospitalar, cuidados continuados e paliativos. O National Center for Patient Safety recomenda a escala de Morse como instrumento adequado em lares de idosos, para avaliação rápida de indivíduos que apresentam risco de cair e implementação imediata de cuidados. O Centro Hospitalar de Lisboa Central também considerou a referida escala para o Programa de Gestão e Controle de Quedas no Ambiente Hospitalar (FERRÃO, HENRIQUES, FONTES, 2011).

Um dos sistemas internacionais de linguagem padronizada em terminologias de enfermagem para diagnóstico mais utilizados no mundo corresponde a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. A organização cresceu a partir de 1973, foi fundada em 1982 e tornou-se *NANDA International (NANDA-I)* em 2002. Este sistema apresenta diagnósticos de enfermagem distribuídos em 13 domínios, 47 classes e 221 diagnósticos, sendo que a versão 2012-2014 contém 16 novos diagnósticos e 11 revisados. Apresenta quatro partes: a primeira parte, apresenta a taxonomia dos diagnósticos; a segunda, capítulos sobre a coleta de

dados e julgamento clínico, diagnósticos de enfermagem na educação, nos registros eletrônicos de saúde, na pesquisa, na administração e critérios de avaliação das classificações de enfermagem; a terceira, inclui os diagnósticos com definições, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados; a quarta, apresenta informações exclusivas da *NANDA International* (HERDMAN, 2013).

A *NANDA-I* apresenta o risco de quedas (00155) no domínio 11 (segurança/proteção) e classe 2 (lesão física), com a definição “risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”. Apresenta os seguintes fatores de risco, divididos em:

- Ambientais: ambiente com móveis e objetos em excesso, ausência de material antiderrapante na banheira, ausência de material antiderrapante no chuveiro, condições climáticas (p. ex. pisos molhado, gelo), imobilização, pouca iluminação, quarto não familiar, tapetes espalhados pelo chão;
- Cognitivos: estado mental diminuído;
- Em adultos: história de quedas, idade acima de 65 anos, morar sozinho, prótese de membro inferior, uso de cadeira de rodas, uso de dispositivos auxiliares (p. ex., andador, bengala);
- Em crianças: ausência de equipamento de contenção em automóvel, ausência de portão em escadarias, ausência de proteção em janelas, bebê deixado sem vigilância em superfície elevada (p. ex. cama, cômoda), cama localizada perto da janela, falta de supervisão dos pais, gênero masculino quando menor de 1 anos de idade, menor que 2 anos de idade;
- Fisiológicos: anemias, artrite, condições pós-operatórias, déficits proprioceptivos, diarreia, dificuldade na marcha, dificuldades auditivas, dificuldades visuais, doença vascular, equilíbrio prejudicado, falta de sono, força diminuída nas extremidades, hipotensão ortostática, incontinência, mobilidade física prejudicada, mudanças na taxa de açúcar após as refeições, neoplasias (p. ex. fadiga/mobilidade limitada), neuropatia, presença de doença aguda, problemas nos pés, urgência urinária, vertigem ao estender o pescoço, vertigem ao virar o pescoço;
- Medicamentos: agentes ansiolíticos, agentes anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos, diuréticos, hipnóticos, inibidores da ECA (enzima

conversora de angiotensina), narcóticos/opiáceos, tranquilizantes, uso de álcool.

De acordo com Pompeo, Rossi e Galvão (2009), “o diagnóstico é a segunda etapa do processo de enfermagem e pode ser considerado uma fonte de conhecimento científico para a profissão”. A *NANDA-I* inserida no processo de enfermagem constitui um método de trabalho embasado cientificamente, que norteia não só o cuidado, como a prática da enfermagem. No caso do risco de quedas, através desta linguagem padronizada, o profissional pode não só estabelecer um diagnóstico (risco de quedas) para sua prevenção, como elaborar todo um processo de intervenções para prevenção da queda do cliente ao solo.

3.1 Objetivos Gerais

- Identificar os fatores de risco de quedas reconhecidos por enfermeiros na rotina dos serviços de urgência pré-hospitalares fixos, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)* e realizar o mapeamento comparativo com as variáveis propostas pela Escala de Quedas de Morse (*MFS*).

3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar a equipe de enfermeiros das Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município do interior paulista, segundo dados sócio-demográficos e de formação profissional;
- Identificar quais os fatores de risco que os enfermeiros do atendimento pré-hospitalar fixo (UBDS e UPA) reconhecem para quedas de usuários adultos (idade igual ou superior a 18 anos) em seus locais de trabalho, a partir dos fatores de risco e do diagnóstico Risco de Quedas conceituados pela *NANDA-I*;
- Realizar o mapeamento cruzado dos fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros das UBDS e UPA de um município do interior paulista, a partir do diagnóstico Risco de Quedas e dos fatores de risco descritos na *NANDA-I*, com os sugeridos pela Escala de Quedas de Morse (*MFS*);

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, que parte da definição de um problema e faz uso de evidências empíricas coletadas de modo sistemático, através de instrumentos formais (questionários), para solucioná-lo. É uma pesquisa não experimental, já que a pesquisadora não realiza nenhum tipo de intervenção, apenas coleta os dados. (POLIT; BECK, 2011).

Souza, Driessnack e Mendes (2007) caracterizam o estudo como descritivo, já que ele descreve e documenta elementos de um fenômeno, determinando a frequência com que ele ocorre e categorizando as informações, sem manipulação de variáveis. Os dados são resultantes da observação, mensuração e interpretação detalhadas de fatos realistas. Manzato e Santos (2012) definem a pesquisa descritiva como aquela que observa e analisa fatos colhidos da realidade, sem manipulá-los, através de instrumentos. No caso do presente estudo, o instrumento utilizado foi o questionário semi-estruturado.

Optou-se pelo processo metodológico denominado como mapeamento cruzado para esta pesquisa, que realiza a comparação dados que aparentam ser semelhantes, identificando afinidades e valida objetos de estudos em diferentes realidades, a partir de sistemas internacionais de classificação em enfermagem. Consiste em expressar ideias através de palavras semelhantes ou com significado igual (DELANEY; MOORHEAD, 1997).

A utilização do mapeamento cruzado justifica-se nesta pesquisa pela necessidade de se analisar os fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros que atuam em unidades de atendimento pré-hospitalar fixo 24 horas de uma cidade do interior paulista, baseados nos critérios propostos pela *NANDA-I*, e compará-los com as variáveis pontuadas pela *MFS*.

Além disso, apesar de alguns estudos internacionais já terem sido realizados comparando as terminologias internacionais de enfermagem em diferentes situações, ainda há uma lacuna no desenvolvimento de novos trabalhos que possam contribuir para a implantação de Sistemas de Classificação de Enfermagem nos serviços de saúde, especialmente nos serviços de urgência e emergência não-hospitalares. Os resultados deste estudo podem colaborar para o desenvolvimento de um protocolo de risco de quedas para a prefeitura do município, que até o presente

momento não dispõe de uma orientação padronizada para identificação de risco para quedas nas unidades de APH fixo 24 horas.

4.2 Aspectos Éticos

O projeto segue os procedimentos legais que determinam a resolução nº 446/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que se refere às normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP), após obter a anuência da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do referido município do interior paulista (APÊNDICE A). Após análise e aprovação dos órgãos citados, a população envolvida que aceitou participar do estudo foi orientada quanto à pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e quanto ao preenchimento correto do questionário.

4.3 Locais do Estudo

O estudo foi realizado nas unidades de atendimento pré-hospitalar fixo 24 horas em funcionamento no período de realização da pesquisa, em uma cidade do interior paulista. De acordo com a divisão de cada distrito sanitário, são elas:

- Distrito central: UBDS Central;
- Distrito norte: Distrital Norte;
- Distrito leste: UPA;
- Distrito sul: UBDS Vila Virgínia.

Uma unidade de saúde foi excluída da pesquisa, a UBDS Dr. Ítalo Baruffi (UBDS Castelo Branco Novo), pertencente ao distrito leste, por não realizar mais serviços de urgência e emergência e devido ao seu horário de funcionamento (segunda a sexta-feira, das 7h às 19h). Os profissionais do Centro de Saúde-Escola

Dr. Joel Domingos Machado (CSE Sumarezinho), pertencente ao distrito oeste, foram entrevistados dentro da unidade do distrito central, onde realizam suas atividades laborais devido à reforma na unidade de saúde original (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2015).

4.4 População / Amostra

Foram selecionados enfermeiros graduados em cada uma das fases propostas para este estudo, conforme explicitado na sequência.

Quadro 3 - Fases do estudo

4.4.1 Primeira Fase do Estudo

Na primeira fase do estudo, houve a caracterização da equipe de enfermeiros das unidades de serviço de APH fixo 24 horas de um município do interior paulista, através da aplicação de um questionário semi-estruturado com duas partes. A primeira parte objetivou caracterizar os enfermeiros selecionados através de dados sócio-demográficos e de formação profissional. Na segunda parte, os profissionais identificaram os fatores de risco de quedas que reconhecem em seus locais de trabalho, a partir dos conceitos propostos pela *NANDA-I*. Os colaboradores que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

4.4.1.1 População/amostra

A população-alvo do estudo foi constituída por todos os enfermeiros que exercem suas atividades nas cinco unidades de pronto-atendimento na modalidade pré-hospitalar fixo 24 horas de uma cidade do interior paulista selecionadas para a pesquisa, nos períodos matutino, vespertino e noturno. Correspondem a um total de 55 colaboradores.

4.4.1.2 Critérios de inclusão

- Ser enfermeiro e estar atuando em pronto-atendimento há no mínimo três meses em Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e/ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA), da Secretaria Municipal da Saúde, independentemente do seu regime ou contrato de trabalho;
- Estar em exercício da atividade profissional nas unidades de saúde citadas anteriormente no momento em que for pactuada a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o questionário para resposta e as orientações gerais para preenchimento do mesmo;
- Enfermeiros que não estejam em períodos de férias ou qualquer outro tipo de afastamento de suas atividades profissionais.

4.4.1.3 Período

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio de 2016 e janeiro de 2017, nas quatro unidades de APH fixo 24 horas de uma cidade do interior paulista.

4.4.1.4 Aspectos éticos

Primeiramente, o estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP). Após aprovação, os enfermeiros selecionados foram convidados pessoalmente a participar da pesquisa e receberam informações sobre sua finalidade, seus objetivos e como seria a sua participação no estudo.

Realizado o convite, os enfermeiros que confirmar sua participação na pesquisa foram orientados quanto à assinatura e aos termos do TCLE: garantia do anonimato e sigilo das informações declaradas, possíveis riscos de constrangimento e estratégias de manejo, participação de caráter voluntário, possibilidade de desistência em qualquer momento sem nenhum prejuízo e autorização dos resultados em eventos e/ou publicações científicas. O TCLE foi impresso e assinado em duas vias pela pesquisadora, sendo que cada enfermeiro recebeu uma via do mesmo e a responsável pelo estudo permaneceu com a outra via, assinada pelos participantes.

4.4.1.5 Pré-teste

De acordo com Polit e Beck (2011), o pré-teste consiste em um ensaio, cujo objetivo é determinar se o instrumento de coleta de dados é útil para gerar as informações desejadas pelo pesquisador. Através desta etapa, a pesquisadora pode identificar problemas na elaboração do questionário, corrigir falhas, adaptar questões, verificar a linguagem e calcular o tempo para preenchimento do instrumento (OLIVEIRA, 2013).

Antes de iniciar a coleta dos dados com os enfermeiros das cinco unidades de saúde selecionadas, a pesquisadora realizou um pré-teste com três profissionais das UBDS e UPA, selecionados aleatoriamente e em conformidade com os critérios

de inclusão da população do estudo, com objetivo de obter-se uma versão em menor escala do estudo principal.

Os colaboradores receberam informações referentes ao estudo e seus objetivos e, após concordância, foram agendados data e horário para aplicação do instrumento de coleta de dados, ambos realizados pela pesquisadora. Os profissionais foram orientados quanto aos termos e assinatura tanto do TCLE quanto do questionário. O TCLE também foi impresso e assinado em duas vias pela pesquisadora, sendo que cada participante recebeu uma via do mesmo e a responsável pelo estudo permaneceu com a outra via, assinada pelos profissionais.

Ao término da aplicação do pré-teste, a pesquisadora concluiu que não havia necessidade de alteração no instrumento de coleta de dados, já que as questões estavam claras e de fácil compreensão para os enfermeiros e que o tempo para o seu preenchimento correspondia ao previsto inicialmente. A única mudança percebida foi a estratégia de coleta dos dados, que passou a ser realizada no início de cada plantão. O motivo da alteração foi devido ao cansaço dos profissionais durante e/ou após o término da jornada de trabalho. Optou-se por iniciar a etapa de coleta de dados e incluir os profissionais do pré-teste na amostra do estudo.

4.4.1.6 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (Apêndice C) apresentou duas partes (A e B), que ajudam a elucidar os dois primeiros objetivos específicos: caracterizar a equipe de enfermeiros das UBDS e UPA de um município do interior paulista, segundo dados sócio demográficos e de formação profissional e identificar quais os fatores de risco que os enfermeiros do atendimento pré-hospitalar fixo (UBDS e UPA) reconhecem para quedas de usuários adultos (idade igual ou superior a 18 anos) em seus locais de trabalho, a partir dos fatores de risco e do diagnóstico Risco de Quedas conceituados pela *NANDA-I*.

A parte “A”, adaptada do instrumento utilizado por Cyrillo (2009), caracterizou a equipe de enfermeiros das UBDS e UPA segundo dados sóciodemográficos e de formação profissional, com tempo estimado de 10 minutos para resposta. Na parte “B”, os enfermeiros identificaram quais os fatores de risco de quedas eles reconhecem em seus locais de trabalho, a partir da definição de Risco de

Quedas e dos itens propostos pela *NANDA-I*. Apresentou múltiplas escolhas, divididas em “nunca, poucas vezes, a maioria das vezes e sempre”, onde somente uma foi assinalada com um X, para responder a seguinte pergunta: **“Qual (is) fator (es) a seguir você reconhece para identificação de risco de quedas dos usuários em seu local de trabalho?”**. Esta parte levou aproximadamente 10 minutos para ser concluída.

4.4.1.7 Procedimento de Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada no mês de maio de 2016, após aprovação do projeto na Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e no CEP-EERP. Em posse da documentação de aprovação, a pesquisadora procurou a gerência de cada unidade de saúde selecionada para o estudo para receber informações sobre a escala dos enfermeiros e autorização para aplicação do questionário em cada UBDS ou UPA. Após, entrou em contato pessoalmente com cada sujeito da pesquisa, para convidá-lo a participar do estudo.

Os enfermeiros selecionados que aceitaram participar da pesquisa agendaram dia e horário para sua participação ou aceitaram imediatamente responder o questionário. Eles receberam orientações por escrito da pesquisadora sobre o TCLE e o preenchimento adequado de ambas as partes (A e B) do instrumento de coleta de dados (Apêndice C). Após as orientações, a responsável pelo estudo solicitou o início do preenchimento do instrumento pelos profissionais. De um total de 55 profissionais, 50 colaboradores aceitaram participar da pesquisa, portanto, a amostra foi composta por 90,9% da população.

O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora, em locais que garantissem melhor atenção e registro dos dados por parte dos profissionais. Ela permaneceu presente enquanto o instrumento era respondido, afim de esclarecer qualquer dúvida ou desconforto possíveis.

4.4.1.8 Análise dos dados

Os dados coletados na parte A do questionário foram compilados no programa *Microsoft Excel 2010*® em uma planilha eletrônica e, em seguida, exportados para o programa *IBM Statistics*®. A análise dos dados baseou-se na estatística descritiva, apresentada em frequências absolutas e percentuais. A parte B do instrumento seguiu o procedimento citado anteriormente para apresentar números absolutos e percentuais dos fatores de risco de quedas de usuários citados pelos enfermeiros, com base no diagnóstico Risco de Quedas e dos fatores de risco de quedas propostos pela *NANDA-I*.

4.4.2 Segunda Fase do Estudo – Identificação dos fatores de risco de quedas pelos enfermeiros

Após a coleta de dados, a segunda etapa da pesquisa correspondeu à identificação dos fatores de risco de quedas pelos enfermeiros das unidades de APH fixo 24 horas de um município do interior paulista, a partir dos conceitos da *NANDA-I*. Esta fase equivale ao segundo objetivo específico: identificar quais os fatores de risco que os enfermeiros do atendimento pré-hospitalar fixo (UBDS e UPA) reconhecem para quedas de usuários adultos (idade igual ou superior a 18 anos) em seus locais de trabalho, a partir dos fatores de risco e do diagnóstico Risco de Quedas conceituados pela *NANDA-I*.

Para realização desta fase da pesquisa, os enfermeiros selecionados para o estudo que preencheram a parte “A” do questionário responderam a parte “B” do mesmo instrumento de coleta de dados (Apêndice A), onde identificaram quais os fatores de risco de quedas eles reconhecem em seus locais de trabalho, a partir da definição de Risco de Quedas e dos itens propostos pela *NANDA-I*. Esta parte apresentou múltiplas escolhas, divididas em “nunca, poucas vezes, a maioria das vezes e sempre”, onde somente uma foi assinalada com um X, para responder a seguinte pergunta: **“Qual (is) fator (es) a seguir você reconhece para identificação de risco de quedas dos usuários em seu local de trabalho?”**. Esta etapa levou aproximadamente 10 minutos para ser concluída.

4.4.3 Terceira Fase do Estudo – Mapeamento cruzado dos fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros, a partir dos conceitos da *NANDA-I*, com a Escala de Quedas de Morse (*MFS*)

Após a coleta de dados, a terceira etapa da pesquisa correspondeu à realização do mapeamento cruzado dos fatores de risco de quedas informados pelos enfermeiros das unidades de saúde selecionadas para o estudo, a partir do diagnóstico Risco de Quedas e fatores de risco de quedas propostos pela *NANDA-I*, com a Escala de Quedas de Morse (*MFS*), afim de verificar semelhanças. Esta fase equivale ao último objetivo específico: realizar o mapeamento cruzado dos fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros das UBDS e UPA de um município do interior paulista, a partir do diagnóstico Risco de Quedas e dos fatores de risco descritos na *NANDA-I*, com os sugeridos pela Escala de Quedas de Morse (*MFS*).

4.4.3.1 Instrumento para sistematização do mapeamento cruzado

Para realização desta fase da pesquisa, a pesquisadora elaborou um instrumento (Apêndice D) para comparar os fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros das UBDS e UPA selecionados com aqueles propostos pela *MFS*. Ele apresenta o diagnóstico Risco de Quedas proposto pela *NANDA-I*, os itens propostos pela *MFS* na primeira coluna, enquanto a segunda foi utilizada pela pesquisadora para mapear os fatores de risco para quedas identificados pelos enfermeiros, a partir dos conceitos da *NANDA-I*.

Os fatores de risco citados pelos enfermeiros que não constaram na listagem da Escala de Quedas de Morse (*MFS*) foram incluídos de acordo com o grau de pertinência para identificação de risco de quedas em pacientes nas unidades de saúde selecionadas para este estudo.

4.4.3.2 Procedimento do mapeamento cruzado

O mapeamento consiste em um processo que visa expressar uma ideia através de palavras com igual ou semelhante significado. O mapeamento cruzado ou

cross-mapping corresponde a um método que compara termos de forma sistematizada, validando assim, linguagens uniformizadas para melhorar sistemas de informações. Para enfermagem, essa é uma importante ferramenta para a padronização de terminologias, gerando classificações que organizam e ordenam as práticas profissionais durante todo o processo de enfermagem. (MOORHEAD; DELANEY, 1997; DELANEY; MOORHEAD, 1997; NONINO et. al., 2008).

Apesar dos enfermeiros buscarem uniformizar e tornar universal elementos de sua profissão e de alguns estudos internacionais e nacionais como Park et. al. (2007), Herrera (2012), Cyrillo (2009) e Salgado (2010) realizarem a comparação de terminologias em diferentes situações com linguagens padronizadas, ainda há certa dificuldade na elaboração de sistemas normatizados voltados para a prática profissional da enfermagem, especialmente em serviços de urgência e emergência (NÓBREGA; GARCIA, 2005; OLIVEIRA, 2013).

O procedimento do mapeamento cruzado realizado pela pesquisadora justifica-se pela necessidade da criação de um sistema eficiente e de caráter universal de identificação de riscos de quedas em unidades de APH fixo 24 horas, que possa contribuir para o melhor cuidado do paciente e promover não só a eficiência na documentação, como auxiliar a comunicação e a prática profissional dos enfermeiros e da equipe de enfermagem (LUCENA; BARROS, 2005).

Neste estudo, o mapeamento consiste em comparar criteriosamente os fatores identificados pelos enfermeiros das unidades selecionadas, a partir dos conceitos da *NANDA-I*, com a terminologia de avaliação de risco de quedas da *MFS*. Ele se baseou nas seguintes regras (DELANEY; MOORHEAD, 1997):

- Mapear usando o contexto diagnóstico de enfermagem Risco de Quedas, de acordo com a *NANDA-I*;
- Mapear o significado das palavras e não apenas as palavras;
- Usar a “palavra-chave” nos fatores de risco de quedas da *MFS* para mapear aqueles citados pelos enfermeiros que participaram do estudo;
- Mapear os fatores de risco de quedas partindo do rótulo na *NANDA-I* para a atividade;
- Mapear os riscos de quedas partindo dos títulos da *MFS* para a atividade;
- Manter a consistência entre os riscos de quedas mapeados com a definição

da *NANDA-I*;

- Mapear os fatores de risco de quedas partindo dos títulos dos itens propostos pela *MFS*;
- Usar título do fator de risco de quedas mais específico.

Nesta etapa, a pesquisadora buscou agregar cuidadosamente as atividades listadas pelos enfermeiros das UBDS e UPA, a partir dos critérios de risco para quedas propostos pela *NANDA-I* com os itens de igual semelhança propostos pela *MFS*.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, serão apresentados e discutidos os dados identificados no estudo, conforme os objetivos traçados.

5.1 Dados de Identificação dos sujeitos da pesquisa

Neste item, apresentam-se os resultados e discussão dos dados do primeiro instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C – parte A) para atender ao primeiro dos objetivos específicos: caracterizar a equipe de enfermeiros das UBDS e UPA de um município do interior paulista, segundo dados sócio-demográficos e de formação profissional.

Ao analisar as variáveis sociais e demográficas de um total de 50 enfermeiros, verificou-se que a amostra deste estudo foi composta por 47 profissionais do sexo feminino (94%). Este fato sustenta-se pelo contexto histórico da enfermagem ser uma profissão majoritariamente feminina, onde as sociedades adotavam a divisão sexual do trabalho e o cuidado era associado às mulheres como ato de devoção, caridade e até mesmo submissão. Lopes e Leal (2005) citam que, apesar do ingresso masculino se manter estável na profissão, a enfermagem ainda é composta em sua maioria por mulheres, onde a seletividade é condicionada pelo ensino, processos de recrutamento e mercado de trabalho (SPLENDOR; ROMAN, 2003; SOUZA et. al., 2014).

Ao considerarmos a idade dos participantes da pesquisa, 42% do total apresentam idade entre 30 e 39 anos, com uma média de 38,84, desvio padrão (DP) 9,46 e mediana 36,50. As unidades de saúde 1, 2, 3 e 4 apresentaram mais de 50% de enfermeiros com idade entre 26 e 39 anos, enquanto a unidade 5 mostrou 16% dos profissionais com faixa etária entre 40 e 59 anos.

Tabela 1 - Enfermeiros divididos em faixa etária por unidade de saúde (números absolutos e porcentagens)

Idade (anos)	Unidades de saúde											
	1		2		3		4		5		Total	
26 a 29	1	2%	4	8%	1	2%	1	2%	1	2%	8	16%
30 a 39	6	12%	5	10%	6	12%	3	6%	1	2%	21	42%
40 a 49	1	2%	4	8%	0	0%	1	2%	4	8%	10	20%
50 a 59	3	6%	0	0%	3	6%	1	2%	4	8%	11	22%
Total	11	22%	13	26%	10	20%	6	12%	10	20%	50	100%

O tempo de experiência profissional apresentou os maiores percentuais entre profissionais com até cinco anos (32%) e 16 anos ou mais (36%), com média 14,10, mediana 11,50 e DP 10,28. A unidade 2 apresentou a maior porcentagem de enfermeiros com até cinco anos de experiência profissional (18%), enquanto a unidade 5 apresenta os profissionais com tempo superior a 16 anos (12%).

Tabela 2 - Enfermeiros divididos em tempo de experiência profissional (anos) por unidade de saúde (números absolutos e porcentagens)

Tempo experiência (anos)	Unidades de saúde											
	1		2		3		4		5		Total	
< 5 anos	3	6%	9	18%	1	2%	2	4%	1	2%	16	32%
6 a 10 anos	2	4%	2	4%	1	2%	1	2%	1	2%	7	14%
11 a 15 anos	2	4%	0	0%	3	6%	2	4%	2	4%	9	18%
16 ou mais	4	8%	2	4%	5	10%	1	2%	6	12%	18	36%
Total	11	22%	13	26%	10	20%	6	12%	10	20%	50	100%

O pouco tempo de trabalho na profissão pode ser um fator gerador de estresse tanto ao enfermeiro quanto à equipe multiprofissional, devido à alta demanda dos serviços de saúde de urgência e emergência, à sobrecarga de trabalho e à imprevisibilidade das situações nas quais o trabalhador deve associar rapidamente

seu conhecimento técnico com a prática assistencial. Pode haver confronto entre as competências técnicas desenvolvidas durante a formação com as situações complexas exigidas durante o exercício profissional, além da pouca preparação para atividades administrativas e gerenciais (COLENCI; BERTI, 2012; ZANETTI, 2000).

Verificou-se também que uma importante parcela de profissionais apresentou grande tempo de experiência na profissão. O tempo de prática profissional pode trazer habilidades, destreza e agilidade para coordenação da equipe de enfermagem e diagnóstico/intervenção nos atendimentos em saúde, especialmente em situações de urgência e emergência, que requerem refinamento e agilidade (PORTARIA 2048/2002; CIRYLLO, 2005; CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

Em relação à qualificação acadêmica, os sujeitos do estudo possuem titulação elevada, já que 56% dos profissionais possuem especialização e 10 profissionais informaram mestrado. Apesar de apresentarem grau elevado de formação, os enfermeiros apresentam pouca especialização no que se relaciona à sua área de atuação. Mais de 70% negaram possuir pós-graduação em urgência e emergência (36 enfermeiros) e apenas 14 profissionais referiram tal nível de capacitação. A faixa de trabalhadores com tempo de experiência profissional de até cinco anos foi que a mais apresentou tal qualificação (7 enfermeiros).

Tabela 3 - Tempo de experiência profissional dos enfermeiros x pós-graduação em urgência e emergência

Pós-graduação	Tempo de experiência profissional (anos)									
	< 5		6 a 10		11 a 15		16 ou mais		Total	
Não	9	18%	5	10%	7	14%	15	30%	36	72%
Sim	7	14%	2	4%	2	4%	3	6%	14	28%
Total	16	32%	7	14%	9	18%	18	36%	50	100%

De acordo com Ortega et. al. (2015) “é necessário adequar a formação continuada à atividade de trabalho e carreira profissional”. A formação deve ser contínua ao longo da vida. Gentil, Ramos e Whitaker (2008) ainda consideram os cursos de especialização em emergência ou APH recentes no Brasil, sendo escassas

as qualificações de formação específica e adaptadas à realidade do país. A Portaria nº 2048/02 considera insuficiente a formação para o enfrentamento de urgências, sendo essencial que os profissionais estejam qualificados para serem efetivos em sua atuação (BRASIL, 2002).

A capacitação, especialmente na realização de atividades práticas, é de grande importância para profissionais que prestam cuidados para indivíduos com risco de vida devido à expansão do conhecimento científico e o desenvolvimento de aptidões técnicas, agilidade e destreza, o que habilita o trabalhador a enfrentar as situações mais variadas com coerência, rapidez e segurança, trazendo menor risco de imprudência, imperícia e negligência ao cuidado prestado (SILVA, 2008; CARVALHO; ESPINDULA, 2010).

A Associação Americana de Enfermagem (ANA) estabeleceu os “padrões de prática de enfermagem de emergência”, considerando os seguintes níveis de competências: competência mínima para atender o cliente traumatizado, formação específica em enfermagem de emergência e ser especialista em área bem delimitada e atuar nos campos pré e intra-hospitalar. A presença do enfermeiro é considerada vital nos serviços de urgência devido às variadas funções que ele exerce, à coordenação da equipe de enfermagem e à tomada de decisão de forma rápida, objetiva e em sincronia com as situações inesperadas, fazendo com que seja imprescindível a constante atualização e especialização destes profissionais, especialmente aqueles que atuam em unidades de APH (ANA, 2010; WEHBE; GALVÃO, 2001).

Quando questionados sobre trabalhos ou atividades científicas relacionadas à segurança do paciente, 90% dos enfermeiros negou a realização de qualquer um destes, sendo a maioria pertencente a profissionais com menos de cinco de anos ou profissão ou mais de 16 anos (32% cada). Apenas dois enfermeiros afirmaram contribuir em pesquisas e 2% em comissões relacionadas à temática.

Tabela 4 - Tempo de experiência profissional dos enfermeiros x realização de trabalho ou atividade científica

Realização de trabalho ou atividade científica	Tempo de experiência profissional (anos)									
	< 5		6 a 10		11 a 15		16 ou mais		Total	
Não	16	32%	6	12%	7	14%	16	32%	45	90%
Sim	0	0%	1	2%	2	4%	2	4%	5	10%
Total	16	32%	7	14%	9	18%	18	36%	50	100%

Sobre a participação em eventos científicos nos últimos cinco anos que abordavam a temática “assistência de enfermagem na segurança do paciente e/ou risco de quedas”, 48% dos enfermeiros informaram terem participado de seminários, palestras, congressos, etc., que abordavam ambos os assuntos, sendo que a maioria apresentava até 5 anos de experiência profissional. Em igual número (26%), os profissionais afirmaram participação em eventos que abordaram somente o assunto da assistência de enfermagem na segurança do paciente ou negaram seu comparecimento em qualquer tipo de evento que abordasse essas duas temáticas.

A respeito das Classificações de Enfermagem, 74,5% dos entrevistados afirmaram conhecimento sobre a NIC, sendo que 29,8% dos profissionais com até cinco anos de experiência demonstraram ciência desta classificação. Em relação à *NANDA-I*, todos os enfermeiros referiram conhecer o instrumento e, dos 47 trabalhadores que a apontaram, 34% correspondem a tempo de atuação profissional com até cinco anos e 31,9% com 16 anos ou mais. Dos mais de 68% que apontaram a NOC, a maioria (27,7%) também pertence a profissionais com menor tempo de experiência profissional. Nota-se que enfermeiros com conhecimento sobre CIPE são minoria (11 no total), sendo que aqueles com maior experiência profissional, entre seis e dez anos e dezesseis ou mais, apresentaram percentual idêntico entre si e maior que os demais (8,5% cada categoria).

Tabela 5 - Conhecimento sobre classificações de enfermagem x tempo de experiência profissional dos enfermeiros (anos)

Tempo experiência (anos)	Classificações de enfermagem									
	NIC		NANDA		NOC		CIPE		OUTROS	
< 5 anos	14	29,8%	16	34%	13	27,7%	2	4,3%	0	0%
6 a 10 anos	7	14,9%	7	14,9%	7	14,9%	4	8,5%	0	0%
11 a 15 anos	6	12,8%	9	19,1%	6	12,8%	1	2,1%	1	2,1%
16 ou mais	8	17%	15	31,9%	6	12,8%	4	8,5%	0	0%
Total	35	74,5%	47	100%	32	68,1%	11	23,4%	1	2,1%

A prática baseada em evidências é essencial para o enfermeiro, pois ele associa os dados coletados com as melhores evidências científicas para tomar decisões relacionadas ao cuidado do cliente. O profissional define um problema, busca dados, analisa as evidências científicas e implementa as evidências na prática, além de avaliar os resultados obtidos. Ele interliga os conhecimentos clínicos e as experiências prévias à teoria científica, o que conduz a sua tomada de decisão para melhor realização do cuidar. (PEDROLO et. al., 2009; SAMPAIO et. al., 2011; GALVÃO, 2002).

Neste contexto, as classificações de enfermagem correspondem a importantes instrumentos padronizados para garantir resultados efetivos no atendimento em saúde, especialmente em unidades de urgência e emergência. Os sistemas com linguagem uniformizada e taxonomias universais organizam informações, categorizam elementos e controlam significados, direcionando melhor os cuidados para os assistidos. Os instrumentos de linguagem padronizada, se usados auxiliando o raciocínio clínico na prática profissional, podem contribuir para melhores resultados na prestação do cuidado em saúde, na comunicação clínica clara e na avaliação de resultados (OLIVEIRA, 2013; CARVALHO; DA CRUZ; HERDMAN, 2013).

A enfermagem apoia-se na sistematização da assistência (SAE) e num referencial metodológico denominado Processo de Enfermagem (PE), onde o

profissional reúne e organiza conhecimentos com base no raciocínio clínico, voltado para esclarecer os problemas reais e potenciais dos clientes. O processo de enfermagem foi introduzido na década de 70 por Wanda de Aguiar Horta, que o definiu como “*a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência do ser humano*”. É uma ferramenta metodológica que orienta o cuidado e documenta a prática profissional. (COREN, 2015).

De acordo com a resolução do COFEN nº 358/2009, a SAE organiza o trabalho da enfermagem em relação a métodos, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Esta resolução determina a obrigatoriedade da SAE em todas as instituições de saúde que possuem equipes de enfermagem, preconiza sua aplicação exclusivamente pelo enfermeiro e dispõe o PE em cinco etapas: coleta de dados (exame físico e histórico), diagnóstico (agrupamento e interpretação dos dados coletados, que representam as respostas do cliente, família ou coletividade), planejamento (determina resultados esperados, ações e intervenções em relação às respostas encontradas na etapa anterior), implementação (realização das ações/intervenções selecionadas no planejamento) e avaliação (verificação de resultados esperados e necessidade de mudanças e/ou adaptações) (SOUZA et. al., 2015).

A coleta de dados é utilizada pelos enfermeiros para formular hipóteses e explicações sobre problemas, riscos e oportunidades apresentados pelos clientes. O diagnóstico, etapa mais complexa do processo de enfermagem, corresponde à interpretação dos dados obtidos no exame físico e nas informações fornecidas por clientes e familiares durante a entrevista. A taxonomia da *North American Diagnosis Association International (NANDA-I)*, umas das mais conhecidas na realidade brasileira, dispõe de maneiras para classificar e categorizar diagnósticos de enfermagem, podendo estes serem focados nos problemas, nos riscos ou na promoção de saúde. Cada diagnóstico apresenta um título com uma definição clara, as características definidoras (sinais e sintomas), fatores relacionados (fatos, etiologias que se relacionam com diagnóstico) ou fatores de risco (influências que aumentam a vulnerabilidade) (NANDA-I, 2015; UBALDO; MATOS; SALUM, 2015).

A *NANDA-I* é considerada a principal associação na criação e implementação de diagnósticos de enfermagem. Apesar do número de estudos sobre a importância da SAE, dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, ainda existem certas barreiras na implantação do uso da *NANDA-I* nas instituições de saúde.

Possíveis dificuldades que os profissionais podem encontrar em relacionar os diagnósticos à prática profissional (em alguns casos não se aplicam à realidade brasileira), problemas na identificação dos diagnósticos e baixa adesão do enfermeiro para implantação efetiva da SAE podem contribuir para limitação de seu uso (HERDMAN, 2008; GUEDES; ROSSATO; OLIEVIRA, 2015).

Quando questionados sobre seu conhecimento sobre algum instrumento de avaliação de risco para queda de pacientes, 29 enfermeiros negaram ter conhecimento sobre algum tipo de instrumento e 42% dos profissionais referiram ciência sobre alguma ferramenta de avaliação de risco, sendo que 4,7% citaram a *NANDA-I* e 14% a *MFS*. Os profissionais com tempo de experiência igual ou menor a cinco anos (12%) ou maior de 16 anos (14%) apresentaram maior percentual de algum conhecimento de instrumento de avaliação de risco para quedas de pacientes.

Tabela 6 - Conhecimento de instrumento de avaliação de risco de quedas pelos enfermeiros x tempo de experiência profissional (anos)

Conhecimento sobre instrumento de avaliação de risco para quedas de pacientes	Tempo de experiência profissional (anos)									
	< 5		6 a 10		11 a 15		16 ou mais		Total	
Não	10	20%	3	6%	5	10%	11	22%	29	58%
Sim	6	12%	4	8%	4	8%	7	14%	21	42%
Total	16	32%	7	14%	9	18%	18	36%	50	100%

A linguagem padronizada assegura uma comunicação consistente, clara e objetiva entre os profissionais de saúde, direcionando os cuidados de enfermagem para as necessidades dos atendidos de forma eficiente e eficaz. Além disso, atua na questão da segurança do paciente, fazendo com que os profissionais captem rapidamente as prioridades de um cliente e atuem na prevenção de eventos adversos (EA). Um dos principais EA citados em estudos corresponde às quedas dos clientes, tanto do leito quanto da própria altura. Elas podem causar ferimentos, sequelas e até mesmo óbitos, elevando o tempo de internação e os custos aos sistemas de saúde

(NANDA-I, 2015; DUARTE; STIPP; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

As quedas são consideradas importantes indicadores de qualidade, já que se constituem a segunda causa de morte por acidente em nível mundial. No Brasil, ocorreram em torno de 320 mil internações devido às quedas, correspondendo a quase 40% das internações por causas externas somente em 2009. Uma pesquisa realizada em hospital universitário de nível terciário identificou 1,98 quedas por 1000 pacientes internados (WHO, 2012; PAIVA et. al., 2010; BRASIL, 2010).

As estratégias para prevenção de quedas são importantes, porém, antecipar o seu acontecimento é essencial. Para tanto, foram identificados na literatura científica instrumentos que podem auxiliar o enfermeiro na identificação precoce de riscos para queda em sua prática diária, como *Timed up and Go (TUG)*, Escala de Equilíbrio Funcional de Berg (EEFB) e a *Morse Falls Scale (MFS)*. Publicada por Janice Morse em 1989, a *MFS* é composta por seis itens de avaliação, com somatória de pontos que varia entre 0 e 125, devendo ser aplicada a todos os clientes maiores de 18 anos em sua admissão, em caso de queda ou quando há alteração clínica do cliente, pelo menos uma vez por turno. É uma das escalas mais utilizadas em pacientes internados, sendo um método simples e rápido de avaliar a propensão do doente cair (COSTA-DIAS; MARTINS; ARAUJO, 2014; URBANETTO et. al., 2013; BARBOSA; CARVALHO; CRUZ, 2015).

A *MFS* é um instrumento bastante utilizado para pacientes com internações hospitalares, apresentando boa sensibilidade para identificar quedas. Shever, Titler e Kueny (2011) avaliaram 51 hospitais em 18 estados americanos, onde 40% afirmaram fazer uso frequente da escala em suas unidades de enfermagem médico-cirúrgica para prevenção de quedas. Um estudo dos EUA identificou que rondas realizadas pela enfermagem a cada hora em clientes avaliados pela *MFS* e classificados como alto risco para quedas, resultaram na redução de 67,8% das quedas (OLIVEIRA, 2013; CALLAHAN et. al., 2009).

Ao questionar se os entrevistados conheciam ou já tinham feito uso da *MFS*, a pesquisadora concluiu que apenas 10% conheciam e já haviam feito uso, dos quais apenas cinco indivíduos com tempo de experiência profissional superior a 16 anos. Quase 60% dos enfermeiros refere não possuir conhecimento nem uso da escala, sendo que a maioria destes se concentra na população com até cinco anos de experiência (12) e 16 ou mais (22%).

Tabela 7 - Tempo de experiência profissional dos enfermeiros (anos) x conhecimento ou uso da *MFS*

Conhecimento ou uso da Escala de Quedas de Morse (<i>MFS</i>)	Tempo de experiência profissional (anos)									
	< 5		6 a 10		11 a 15		16 ou mais		Total	
Sim, conheço e fiz uso	0	0%	0	0%	3	6%	2	4%	5	10%
Sim, conheço, mas não fiz uso	4	8%	4	8%	3	6%	5	10%	16	32%
Não	12	24%	3	6%	3	6%	11	22%	29	58%
Total	16	32%	7	14%	9	18%	18	36%	50	100%

Apesar de ser considerada uma escala de fácil utilização, conter itens simples e ter sido traduzida e adaptada transculturalmente para o português em 2013, a *MFS* ainda é pouco utilizada em diferentes cenários no Brasil. Através de uma revisão integrativa, Santos (2013) concluiu que há unanimidade de autores quanto à necessidade de adaptar a *MFS* ao contexto de saúde em que será inserido, devido à variação nos fatores de risco de quedas. Como o enfermeiro é o profissional responsável pela elaboração do plano de cuidados do paciente, implementação de estratégias pautadas em dados científicos, gerenciamento e capacitação da equipe de enfermagem, além de prestar cuidado direto ao cliente, é de suma importância que ele procure conhecer os fatores de risco para quedas em seu ambiente de trabalho para adaptar o instrumento à realidade da sua instituição, permitindo o desenvolvimento de estratégias para redução deste EA onde atua. (SEVERO et. al., 2014; PASA, 2014).

5.2 Identificação dos fatores de risco de quedas por Enfermeiros

Na parte B do primeiro instrumento de coleta de dados (APÊNDICE C), foi solicitado aos enfermeiros que, após a leitura do diagnóstico Risco de Quedas e dos

fatores de risco de quedas propostos pela *NANDA-I*, identificassem quais fatores de risco de quedas eles reconheciam para usuários em seus ambientes de trabalho. Nesta fase, foi respondido o segundo objetivo específico: identificar quais os fatores de risco que os enfermeiros de atendimento pré-hospitalar fixo (UBDS e UPA) reconhecem para quedas dos usuários em seus locais de trabalho, a partir dos fatores de risco e do diagnóstico Risco de Quedas conceituados pela *NANDA-I*.

Em relação aos fatores de risco ambientais, em igual porcentagem, 42% dos entrevistados identificaram ambiente com móveis e objetos em excesso com as frequências “pouco” e a “maioria das vezes”. Também em igual frequência, citaram as opções “nunca” e “sempre” para a ausência de material antiderrapante na banheira (32,6%). A ausência de material antiderrapante no box do chuveiro com a regularidade “sempre” foi a mais sugerida por 21 enfermeiros, enquanto condições climáticas (18) e imobilização (22) foram citadas como “a maioria das vezes”. Pouca iluminação e quarto não familiar foram selecionadas para “poucas vezes” por 42,9% e 40,8% dos profissionais

Quadro 4 - Fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros

Domínio	Classe	Fatores de Risco	A maioria das vezes		Sempre	
			N	%	N	%
11. Segurança / Proteção	2. Lesão Física 0155 – Risco de Quedas	Ambientais				
		Ambientes com móveis e objetos em excesso	21	42%	-	-
		Ausência de material antiderrapante na banheira	-	-	15	32,6 %
		Ausência de material antiderrapante no box do chuveiro	-	-	21	-
		Condições climáticas	18	36%	-	-
		Imobilização	22	45,8%	-	-
		Fatores Cognitivos				
		Estado mental diminuído	28	56%	-	-
		Em adultos				
		História de quedas	20	40,8%	-	-
		Idade acima de 65 anos	29	58%	-	-
		Morar sozinho	29	58%	-	-
		Uso de dispositivos auxiliares (p. ex., andador, bengala)	17	34%	-	-
		Fisiológicos				
		Déficits proprioceptivos	26	54,2%	-	-
		Dificuldade na marcha	26	52%	-	-
		Dificuldades visuais	19	38%	-	-
		Equilíbrio prejudicado	26	52%	-	-
		Força diminuída nas extremidades inferiores	25	51%	-	-
		Hipotensão ortostática	21	42%	-	-
		Mobilidade física prejudicada	28	56%	-	-
		Problema nos pés	21	42%	-	-
		Medicamentos				
		Agentes ansiolíticos	26	52%	-	-
		Antidepressivos tricíclicos	23	46%	-	-
		Hipnóticos	21	42%	-	-
		Narcóticos / opiáceos	26	52%	-	-
		Tranquilizantes	28	56%	-	-
		Uso de álcool	27	55,1%	-	-

5.3 Distribuição dos fatores de risco listados pelos Enfermeiros e mapeados pela pesquisadora com os itens da *MFS*

Após os enfermeiros identificarem quais fatores de risco de quedas dos usuários eles mais reconhecem em seus locais de trabalho, a partir do diagnóstico Risco de Quedas e os fatores de risco de quedas propostos pela *NANDA-I*, a pesquisadora realizou o mapeamento cruzado destas informações com os itens propostos pela *MFS*. Esta etapa corresponde ao último objetivo específico: realizar o mapeamento cruzado dos fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros das UBDS e UPA de um município do interior paulista, a partir do diagnóstico Risco de Quedas e dos fatores de risco descritos na *NANDA-I*, com os sugeridos pela *MFS*.

Foram selecionados os fatores de risco identificados pelos enfermeiros selecionados para o estudo com as frequências “a maioria das vezes” e “sempre” para comparar com os fatores de risco propostos pela *MFS*, com objetivo de identificar similaridades. Para isso, foi criado um instrumento para sistematização do mapeamento cruzado (Apêndice D), onde consta a definição de Risco de Quedas proposta pela *NANDA-I*, os fatores de risco de quedas propostos pela *MFS* na primeira coluna e os fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros.

Quadro 5 - Mapeamento cruzado dos fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros com a *MFS*

Definição de Risco de Quedas: risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (<i>NANDA-I</i> , 2013).	
Fatores de Risco de quedas propostos pela Escala de Quedas de Morse (<i>MFS</i>)	Fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros
Histórico de quedas	
Diagnóstico secundário	
Auxílio na deambulação	
Terapia endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Marcha	
Estado mental	

O primeiro item da *MFS* corresponde ao histórico de quedas, cuja definição operacional corresponde ao paciente apresentar história de quedas nos últimos três meses, durante o período hospitalar ou queda recente no período proposto, devido às causas fisiológicas antes da admissão, tais como convulsões, marcha comprometida. De acordo com essas características, a pesquisadora considerou as palavras-chave “causas fisiológicas antes da admissão” e “história de quedas” para realizar o cruzamento com os fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros das UBDS e UPA (URBANETTO et al., 2013).

A partir deste contexto, concluiu-se que o estado mental diminuído, história de quedas, idade acima de 65 anos, uso de dispositivos auxiliares, déficits proprioceptivos, dificuldade na marcha, dificuldades visuais, equilíbrio prejudicado, força diminuída nas extremidades, hipotensão ortostática, mobilidade física prejudicada e problemas nos pés seriam fatores predisponentes às quedas. A pesquisadora considera o uso de medicamentos para causas fisiológicas como fatores que podem levar às quedas, como antidepressivos tricíclicos, hipnóticos, narcóticos e opiáceos e tranquilizantes. Além disso, morar sozinho e o uso de álcool também podem ser fatores que ajudem o cliente a cair.

Vários fatores contribuem para a ocorrência da queda, que corresponde ao evento onde o indivíduo cai sem intenção a níveis inferiores ou solo. Eles podem ser divididos em intrínsecos (idade, sexo, condição clínica, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos) e extrínsecos (ambiente em que o paciente se encontra). Alguns autores incluem fatores comportamentais e atividade dos indivíduos como itens para risco de cair. (LOVALLO et. al., 2010; BUKSMAN et. al., 2008; PAIVA et. al., 2010; MACHADO et. al., 2008).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008), a prevalência de quedas aumenta com o envelhecimento e em mulheres, histórico anterior de quedas, condições clínicas (hipertensão arterial, diabetes, doenças neurológicas e osteoarticulares, hipotensão ortostática), distúrbio de marcha e equilíbrio, sedentarismo, estado psicológico, deficiências nutricional e visual, declínio cognitivo, doenças ortopédicas e estado funcional (grau de dependência).

O envelhecimento compromete de forma variada o organismo do indivíduo como um todo, desde a função cognitiva (raciocínio, linguagem, percepção, memória e habilidades motoras) até alterações fisiológicas, como comprometimento neuromuscular, redução da massa muscular e diminuição da água corporal. Esses

fatores podem levar à desorientação espacial, respostas de proteção reduzidas, alterações na marcha, desequilíbrio, instabilidade postural, quadros depressivos, risco de hipotensão postural e síncope (SEQUETO; SANTOS, 2014).

Grande parte dos estudos científicos associa o aumento de quedas em indivíduos acima dos 65 anos, sendo mais frequente em mulheres, em idosos que necessitam de auxílio para suas atividades diárias e afirmam que o ato de cair será repetido em alguns meses. Abrantes et. al. (2013) constatou maior ocorrências de quedas pelo SAMU em idosos com mais de 80 anos, do sexo feminino, residindo sem companheiro. Paiva et. al. (2010) concluiu em sua pesquisa que as quedas hospitalares estavam associadas a pacientes com idade acima de 60 anos e do sexo masculino (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

O risco de cair aumenta de acordo com a idade e o nível de fragilidade do indivíduo. Perracini (2005) considera alguns fatores de risco intrínsecos para as quedas, como depressão, tontura, idade avançada, histórico de quedas, fraqueza muscular, declínio cognitivo, uso de medicamentos (benzodiazepínicos, sedativos, tranquilizantes), distúrbios de marcha e equilíbrio. Tinetti et. al. (2006) consideram além dos danos na marcha, equilíbrio, cognição, visão e força muscular, o uso de quatro ou mais medicamentos (principalmente psicoativos), sintomas depressivos, artrite e hipotensão postural. Hitcho et. al. (2004) cita não só estes fatores, como alterações nas eliminações (locomoção até o banheiro, utilização de papagaio ou sair da cama suja).

Dados confirmam que uma em cada sete pessoas idosas vive sozinha no mundo e este fato se dá a vários fatores, como redução do número de filhos, aumento de divórcios, mudanças no estilo de vida, individualismo e aumento da expectativa de vida. Com isso, espera-se um crescimento no número de idosos vivendo sozinhos. A falta de autopercepção da saúde, a capacidade funcional comprometida e as dependências física, econômica e psicológica de familiares e/ou cuidadores são fatores que podem predispor idosos que residem sozinhos às quedas (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

O consumo abusivo de álcool é reconhecido como problema de saúde pública em todo o mundo, tornando-se ainda mais preocupante em idosos. O envelhecimento em si acarreta algumas perdas cognitivas que, quando associadas ao alto consumo de álcool, podem repercutir de forma rápida e negativa no desempenho cognitivo. De acordo com Sequeto e Santos (2014), idosos apresentam, em sua

maioria, menor taxa de gordura corporal e redução da enzima gástrica responsável pelo metabolismo do álcool. Isto faz com que os níveis teciduais e no sangue da substância sejam mais elevados que em adultos jovens.

O diagnóstico secundário compreende o segundo ponto da *MFS*, onde só há pontuação se o paciente apresentar mais de um diagnóstico médico (URBANETTO, 2013). De acordo com o Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde – MEDCIDS (2011), corresponde a problemas, comorbidades e complicações que acompanham o diagnóstico principal, anteriores ou não à internação, que enriquecem os dados sobre a situação de saúde do paciente. Utilizando-se das palavras-chave “doenças”, “comorbidades”, “complicações” e “problemas de saúde”, a pesquisadora relacionou o diagnóstico secundário com todos os fatores fisiológicos citados pelos enfermeiros do estudo.

A situação clínica desfavorável do cliente pode elevar o risco de quedas. Delírio, acidente vascular encefálico, infecções sistêmicas, doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas, reações adversas a medicamentos e ambiente desconhecido durante a internação podem elevar os problemas com demência, incontinência, problemas de equilíbrio, força e visão, aumentando o risco para quedas. Fabricio, Rodrigues e Costa Junior (2004) citam os seguintes itens: crises de isquemia transitória com vertigem e síncope, fraqueza muscular, problemas de equilíbrio, problemas visuais e dificuldade para perceber a si próprio e de se situar no ambiente, micções frequentes (que demandam deslocamento rápido ao banheiro), dificuldades para deambular ocasionadas pela dor, fadiga ou por doenças como osteoporose, artrite, artrose e mal de Parkinson, confusão mental, além do uso de roupas inadequadas e fatores ambientais (LUZIA, 2012; HEALEY et. al., 2011).

Estudos identificaram maior propensão de quedas em pacientes idosos com acuidade visual reduzida, hipertensos, diabéticos, portadores de doenças osteomioarticulares, cardiovasculares e neurológicas, além de Doença de Parkinson de Demência de Alzheimer. Sintomas depressivos também são citados devido às suas consequências debilitantes (MENEZES; BACHION, 2008; GUIMARÃES, FARINATTI, 2005; AIKAWA, BRACCIALLI, PADULA, 2006; RICCI et.al., 2010).

O auxílio na deambulação engloba o uso de equipamento auxiliar, ajuda de terceiros, apoio para que o paciente realize sua locomoção ou se o cliente se encontra acamado. Fazendo uso da expressão “auxílio da deambulação”, a pesquisadora associou o termo uso de dispositivos auxiliares (andador, bengala) a este item, onde

apesar da maioria dos enfermeiros ter o reconhecido como pouco frequente, apresenta porcentagem significativa (34%) de pontuação para “a maioria das vezes” (URBANETTO, 2013).

Podemos associar à deambulação e necessidade de auxílio outro item da *MFS*, denominado marcha. De acordo com a *MFS*, a marcha pode ser considerada normal, fraca ou comprometida/cambaleante variando de acordo com os passos, a posição da cabeça do paciente e auxílio de mobiliário e/ou pessoa para locomoção ou se o paciente não deambula (URBANETTO et. al., 2013). O comprometimento da marcha pode interferir diretamente na necessidade de dispositivos que auxiliem a caminhada do indivíduo. Considerando essa dependência ou não para locomoção, a pesquisadora selecionou a expressão “dependência para deambulação” e os seguintes fatores de risco: estado mental diminuído, idade acima de 65 anos, uso de dispositivos auxiliares, todos os fatores fisiológicos e referentes a medicamentos.

Com o avanço da idade a perda de força muscular é gradual, o que pode prejudicar a mobilidade e marcha, além de causar dependência não só para deambulação, como para realização de atividades diárias. Isso pode aumentar a propensão às quedas. Em pesquisa realizada por Ferreira e Yoshitome (2010), a maioria das quedas de idosos se deu enquanto estavam deambulando, apesar de mais de 35% dos institucionalizados não necessitarem de auxílio para deambular. Dentre os que precisavam de ajuda para se locomover, a bengala foi o equipamento mais citado para seu auxílio. Idosos com marcha livre ou que fazem uso de bengala podem apresentar maior sensação de liberdade e segurança para se locomoverem, o que pode fazer com que se exponham mais e caiam com mais frequência (REMOR; CRUZ; URBANETTO, 2014).

A capacidade funcional de idosos está diretamente associada às quedas. Nota-se que idosos que já caíram e necessitam de auxílio para deambular ou apresentam limitação para realização das atividades diárias podem gerar uma limitação funcional por medo de voltar a cair (síndrome pós-queda). Esta limitação auto-imposta pode levar a perda de confiança para locomover-se, gerando redução da realização das atividades diárias e declínio funcional, além de depressão (LUZIA, 2012; FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

Em relação ao quarto item da *MFS*, determinado como terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, a pesquisadora não relacionou nenhum fator de risco de quedas, já que não consta uso de dispositivo

endovenoso com infusão contínua ou salinizado/heparinizado em quaisquer das opções selecionadas pelos profissionais da enfermagem.

Urbanetto et. al. (2013) considera respostas consistentes com as informações constantes no prontuário do cliente e/ou com a avaliação do enfermeiro para o último item da *MFS*, denominado estado mental. Para a pesquisadora, que utilizou as expressões “orientação”, “estado mental”, “nível de consciência”, foram selecionados os fatores de risco para quedas estado mental diminuído, idade acima de 65 anos, déficits proprioceptivos e medicamentos.

A diversidade de doenças apresentadas pelos pacientes, especialmente morbidades caracterizadas como crônicas e mais comuns entre idosos, podem evoluir com perda da capacidade funcional associada à dependência física e alteração na mobilidade, além do comprometimento do estado cognitivo. Esses agravos tornam os indivíduos dependentes do uso de grande variedade de medicamentos, que podem causar efeitos adversos e levar às quedas (COSTA et. al., 2012).

A maioria das pesquisas brasileiras relacionadas à segurança do paciente refere-se a pacientes hospitalizados e eventos adversos relacionados a medicamentos. Pessoas idosas quando internadas são duplamente suscetíveis às quedas, devido não só à idade, como o enfraquecimento pelas doenças apresentadas ou processos cirúrgicos, por permanecerem mais tempo deitados na cama e fazerem maior uso de medicamentos (COSTA-DIAS; FERREIRA, 2014).

Coutinho e Silva (2002) consideram medicamentos cardiovasculares fatores de risco para que o cliente caia, devido aos seus efeitos colaterais (bradicardia, sonolência, hipotensão e fadiga). Além disso, afirmam que benzodiazepínicos (ansiolíticos) contribuem para que o paciente caia e gerem fraturas graves devido às suas propriedades sedativas, alterações psicomotoras e aumento na probabilidade de hipotensão postural.

Um outro estudo associa o uso de betabloqueadores de canal de cálcio a quedas com consequentes fraturas em idosos (HAMRA; RIBEIRO; MIGUEL, 2007). Gimenes et. al. (2009) relatam que clientes em uso de medicamentos potencialmente perigosos (risco de lesar o paciente em caso de falha na administração) como anticoagulantes, opioides, insulina e sedativos apresentam risco maior para eventos adversos. Uma pesquisa relacionou EA com administração de hipoglicemiantes orais, insulina, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, digitalico, contraste radiológico e diurético (Gimenes et. al., 2009).

Quadro 6 - Fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros x MFS

Definição de Risco de Quedas: risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (NANDA-I, 2013).	
Fatores de Risco de quedas propostos pela Escala de Quedas de Morse (MFS)	Fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros
Histórico de quedas	Estado mental diminuído História de quedas Idade acima de 65 anos Uso de dispositivos auxiliares Déficits proprioceptivos Dificuldade na marcha Dificuldades visuais Equilíbrio prejudicado Força diminuída nas extremidades inferiores Hipotensão ortostática Mobilidade física prejudicada Problemas nos pés Morar sozinho Álcool
Diagnóstico secundário	Déficits proprioceptivos Dificuldade na marcha Dificuldades visuais Equilíbrio prejudicado Força diminuída nas extremidades inferiores Hipotensão ortostática Mobilidade física prejudicada Problemas nos pés
Auxílio na deambulação	Auxílio na deambulação
Terapia endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	-
Marcha	Estado mental diminuído Idade acima de 65 anos Uso de dispositivos auxiliares Déficits proprioceptivos Dificuldade na marcha Dificuldades visuais Equilíbrio prejudicado Força diminuída nas extremidades inferiores Hipotensão ortostática Mobilidade física prejudicada Problemas nos pés
Estado mental	Estado mental diminuído Idade acima de 65 anos Déficits proprioceptivos Agentes ansiolíticos Antidepressivos tricíclicos Hipnóticos Narcóticos / opiáceos Tranquilizantes Álcool

6 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar os fatores de risco de quedas reconhecidos por enfermeiros na rotina dos serviços de urgência pré-hospitalares fixos, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)* e realizar o mapeamento comparativo com as variáveis propostas pela Escala de Quedas de Morse (*MFS*).

As quedas correspondem a eventos adversos de ordem multifatorial, cujos danos podem trazer grandes prejuízos físicos, emocionais e financeiros aos clientes e suas famílias, custos elevados aos sistemas de saúde e levar até mesmo ao óbito. Por isso, o foco na prevenção destes EA é tão importante. Conhecer as características dos clientes que são atendidos nas unidades de saúde e os fatores que podem levá-los a cair possibilita que a equipe multiprofissional, especialmente a de enfermagem, estabeleça estratégias efetivas na promoção da segurança dos pacientes em seus ambientes de trabalho, antecipando e prevenindo a ocorrência de danos aos atendidos.

A equipe de enfermagem passa maior tempo realizando o cuidado direto ao paciente. O enfermeiro é o responsável não só pelo ato de cuidar, como pela elaboração dos planos de cuidados, liderança e capacitação da equipe de enfermagem, além do gerenciamento de recursos físicos e materiais da sua unidade de atuação. É o profissional da enfermagem com formação superior responsável pela operacionalização do Processo de Enfermagem e pela Sistematização da Assistência, que organizam o trabalho da enfermagem baseados no raciocínio clínico. Para isto, se utilizam de vários sistemas de linguagem padronizada que categorizam informações de forma universal, auxiliando o raciocínio clínico, o que pode contribuir para melhores práticas na assistência e, conseqüentemente, para a segurança do paciente.

Os profissionais que trabalham nas unidades de urgência e emergência prestam cuidados a pacientes que apresentam várias condições que exigem intervenção imediata, como acidentes, violências e emergências clínicas. O aumento da expectativa de vida, das doenças crônico-degenerativas e da violência e a reorganização dos serviços de saúde para atender essas condições/agravs fez com que esses serviços fossem cada vez mais procurados pela população, gerando uma demanda grande de atendimento, condições inadequadas de trabalho, estresse e até mesmo violência contra esses profissionais. Todos esses fatores podem afetar o uso

adequado da SAE para identificação de riscos dos pacientes atendidos nestes serviços, especialmente para quedas.

A atuação do enfermeiro nos serviços de urgência, particularmente no atendimento pré-hospitalar, exige um profissional qualificado, que atenda às necessidades do ambiente de trabalho e dos indivíduos assistidos, de forma rápida e resolutiva. Para tanto, o profissional deve se especializar em sua área de atuação, bem como manter-se atualizado quanto a habilidades e conhecimentos.

Através do estudo, podemos concluir que, embora grande parte dos trabalhadores da enfermagem que atuam em APH fixo apresentem grande tempo de experiência na profissão e boa qualificação acadêmica, eles possuem pouca especialização em sua área de atuação. Nota-se que profissionais com menor tempo de atuação profissional (menos de cinco anos) são os que mais se capacitam em urgência e emergência. Além disso, a maioria dos profissionais negou realização de atividades científicas relacionadas à segurança do paciente.

A capacitação pode interferir diretamente no conhecimento sobre fatores de risco de queda e, conseqüentemente, em sua prevenção. Poucos profissionais relataram conhecimento sobre algum instrumento de avaliação de quedas e a maior parte não conhece e/ou fez uso da *MFS*, uma linguagem padronizada simples, que avalia risco de quedas em adultos com mais de 18 anos e em contextos hospitalares. Em relação à *NANDA-I*, apesar dos profissionais relatarem ciência sobre esta linguagem padronizada, eles reconhecem pouco itens de risco para queda que não sejam relacionados a questões fisiológicas ou medicamentos.

É necessário que sejam realizados investimentos pelas instituições de saúde e pelos próprios profissionais, independentemente do tempo de profissão, habilidades e conhecimentos adquiridos com a prática profissional, para que os enfermeiros se capacitem. Através do conhecimento científico, que pode ser aliado à experiência profissional, o trabalhador pode pautar melhor suas decisões, seus julgamentos e contribuir de forma mais rápida e efetiva na prevenção de quedas em ambientes onde as próprias condições de trabalho, muitas vezes, não favorecem que o profissional atue na segurança do paciente. Através da especialização e da possível mudança da atuação concreta do profissional frente às urgências nas unidades de APH fixo, a realidade da segurança do paciente e das quedas nestas instituições pode ser modificada para melhor.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ABRANTES et. al. Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **ABCS Health Sci**; 38(3): 126-132, 2013.

ALEXANDER, D.; KINSLEY, T.L.; WASZINSKI, C. Journey to safe a environment: fall prevention in an emergency department at a level I trauma center. **Journal of Emergency Nursing**, v.39, n.4, p.346-352, jul. 2013.

ANG, N.K.E; et al. Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. **Journal of Advanced Nursing**, v.60, n.4, p.427-435, 2007.

BEST, M., NEUHAUSER, D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. **British Medical Journal**, London, v.13, 233-234 p., 2004.

BOELE, H.P. et al. The Carefall triage instrument identifying risk factors for recurrent falls in elderly patients. **American Journal of Emergency Medicine**, v.27, p.23-36, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e a Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. v.1, n.1, jan-jul 2011. Brasília:GGTES/ANVISA: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Organização Pan-Americana de Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro, 2009. 216p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1660, de 22 de julho de 2009**. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003.** Institui a Política de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

BUENO, A.A.B., FASSARELLA, C.S. **Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica.** Revista Rede de Cuidados em Saúde: n.1, v.6, p.1-9, 2012.

CARDOSO, M. **UPA em expansão.** Revista Emergência. Rio Grande do Sul, v. 3, p. 20-28, 2012.

CHAPMAN, J.; BACHAND, D.; HYRKA, S.K. *Testing the sensitivity, specificity and feasibility of four falls risk assessment tools in a clinical setting.* **Journal of Nursing Management**, v.19, p. 133-42, 2011.

CHEN, X.L.; et al. Characteristics associated with falls among the elderly within aged care wards in a tertiary hospital: a retrospective case-control study. **CHIN MED J**, Beijing, v.123, n.13, p.1668-72, 2010.

COBRA, B.T.; PEGORARO, I.B.; GONÇALVES, M.A.; OLIVEIRA, M.A.F.C. **O Departamento de Atenção às Pessoas.** Ribeirão Preto. [2010-2012]. 6 slides, color.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – COREN-SP. **10 Passos para a Segurança do Paciente.** São Paulo, 2010, 32 p.

CORREA, A.D., et al. *Implementação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento.* **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v.46, n.1, p.67-74, 2012.

COSTA, S.G.R.F.; MONTEIRO, D.R.; HEMESATH, M.P; et al. *Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário.* **Rev. Gaúcha E.4nferm**, v.32, n.4, p.676-681, 2011.

COSTA-DIAS, M.J.M.; FERREIRA, P.L. *Escalas de avaliação de risco de quedas.* **Revista de Enfermagem**, v.4, n.2, p.153-161, 2014.

COSTA-DIAS, M.J.M.; FERREIRA, P.L.; OLIVEIRA, A.S. *Adaptação cultural e linguística e validação da escala de quedas de Morse.* **Revista de Enfermagem**,

n.2, p.7-17, 2014.

COSTA et. al. Fatores de risco de quedas em idosos: produção científica em periódicos online no âmbito da saúde. **R bras ci Saúde**; 16(3): 445-452, 2012.

CUIDAR. In: DICIONÁRIO Michaelis. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=cuidar>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

CYRILLO, R.M. **Intervenções de enfermagem para situações de volume de líquidos deficientes: aplicabilidade da NIC no atendimento avançado pré-hospitalar móvel**. Ribeirão Preto, 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

D'INNOCENZO, M., ADAMI, N.P., CUNHA, I.C.K.O. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem: n.1, v.59, p.84-88, 2006.

DAVIES, J.M. et al. **The Canadian patient safety dictionary**. Toronto, Canadá, 2003. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient_safety_dictionary_e.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2015.

DEGELAU, J., et al. *Institute for Clinical Systems Improvement. **Prevention of Falls (Acute Care)**. Updated April 2012.*

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. Mapping parish nurse documentation into the nursing interventions classification: a research method. **Comput Inform Nurs**, v.23, n.4, p.220-29, 2005.

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. Synthesis of methods, rules, and issues of standardizing nursing intervention language mapping. **Nurs Diagn**, v.8, n.4, p. 152-156, oct.dez. 1997.

DEMPSEY, J. **Risk assessment and fall prevention: practice development in action**. 2008: 29; 123-34.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med., n.11, v.114, p.1115-1118, 1990.

DUARTE, S.C.M et. al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev.

DUKES, I.K.; GRANT, M.K.; PATHAKJI, G.S. Accidents in the accident and emergency department. **Emergency Medicine Journal**, v.7, p.122-127, 1990.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnosis. Heart and Lung, v.16, n.6, nov. 1987.

FEIL, M.; GARDNER, L.A. **Falls Risk Assessment: A Foundation Element of Falls Prevention Programs**. Pennsylvania Patient Safety Advisory, v.9, p.73-81, 2012.

FELDMAN, L.B., GATTO, M.A.F., I.C.K.O. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação**. Acta Paulista de Enfermagem: n.18, v.2, p.213-219, 2005.

FERRÃO, S.; HENRIQUES, A.; FONTES, R. Elderly fall prevention in nursing home context – systematic fall risk assessment using Morse Scale, Get up and Go and Timed Get Up and Go tests. **Journal of Aging & Innovation**, 1, 14-22.

FERREIRA, D.C.O.; YOSHITOME, A., Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm**; 63(6): 991-7, 2010.

GAITÁN, D.H. et al. Incidencia y evitabilidad de eventos adversos en pacientes hospitalizados em tres instituciones hospitalarias em Colombia, 2006. **Rev Salud Publica**, Bogota, v.10, n.2, p. 215-226, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

HADDAD, V.C.N., SANTOS, T.C.F. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.4, Rio de Janeiro, 2011.

HARADA, M.J.C.S. Gestão em Enfermagem: Ferramenta para Prática Segura. São Caetano do Sul, SP: COREN-SP. **Enfermagem para a segurança do paciente**. p. 285-304, 2011.

HENDRICH, A.L.; BENDER, P.S.; NYHUIS, A. Validation of Hendrich II fall risk model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. **Applied Nursing Research**, v.16, p.9-21, 2003.

HERDMAN, T.H. (Ed.) (2012). **NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classification, 2012-2014**. Tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lúcia Borttura Leite de Barros et al. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p.

HITCHO, E.B.; KRAUSS, M.J.; BIRGE, S.; et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. **J Gen Intern Med**, v.19, n.7, p: 732-739, 02004.

HWANG, U.; MORRISON, R.S. The Geriatric Emergency Departament. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.55, p.1873-1876, 2007.

INSTITUTO JOANNA BRIGGS. Informativo sobre práticas baseadas em evidências para profissionais de saúde – quedas em hospitais. Traduzido por Kátia Grillo Padilha, Instituto Joanna Briggs. **Best Practice**, v.2, n.2, p.1-6, 1998.

INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES. **O papel do enfermeiro emergencista: uma revisão bibliográfica**. Ano 1, nº01, out. 2012.

JOHNSON, M.; GEORGE, A.; TRAN, A.T. Analysis of falls incidents: nurse and patient preventive behaviours. **International Journal of Nurse Practice**, v.17, p.60-66, 2011.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Quem é a JCI**. EUA, 2015. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

_____. **Implementation guide for the NQF endorsed nursing-sensitive care measure set**. Terrace, Illinois, dec. 2009.

_____. **Metas internacionais para a segurança do paciente**. EUA, 2015. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>>. Acesso em: 2 jul. 2015.

KÄLLASTRAND-ERICKSON, J; HILDINGH, C. Visual impairment and falls: a register

study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v.18, n.3, p.366-372, 2009.

KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S., eds. *To Err is human: building a safer system*. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2000.

KRAUSS, M.J. et al. A case control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. **Journal of Internal Medicine**, v.20, n.2, p.116-122, fev. 2005.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Rev Esc Enferm**, v.43, p.1168-1173, 2009.

LOVALLO, C.; et al. *Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools*. **J Adv Nurs**, v.66, n.3, p. 690-696, 2010.

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

LUZIA, M.F.; VICTOR, M.A.G.; LUCENA, A.M. Nursing diagnosis risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.2, p.262-268, 2014.

MENDES, W., et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality Health Care**, Oxford, v.21, n.4, 279-284 p., 2009.

MENDES, W.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; NORONHA, J.C. Revisão dos estudos de avaliação de ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras Epidemiol**; v.8, n.4, p. 393-406, 2005.

MILLS, D.H. Medical Insurance Feasibility Study – A Technical Summary. **Western Journal of Medicine**, California, v.128, 360-365 p., 1978.

MORSE, J. M. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. New York: Springer Publishing Company, LLC; 2009.

CONTRERA-MORENO, L.; CONTRERA-MORENO, M.I. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev Bras Enferm**; 57(6): 746-9, Brasília, 2004.

MYERS, H. *Hospital falls risk assessment tools: a critique of the literature*. **Int J Nurs Pract**, 2003; 9: 223-35.

NASCIMENTO, C.C.P.; TOFFOLETTO, M.C.; GONÇALVES, L.A.; et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n.4, 2008.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (NPSA). **Slips, trips and falls in hospital**. The third report from Patient Safety Observatory, 2007. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=61390>> Acesso em: 23 fev.2014.

NEUHAUSER, D. **Ernest Amory Codman MD**. British Medical Journal, London, v.11, 104-105 p., 2002.

NISHIO, E.A., FRANCO, M.T.G. **Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.

North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I). **History**. Apresenta um panorama sobre a história da instituição. Disponível em: <<http://www.nanda.org/nanda-international-history.html>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I). **About us**. Apresenta a NANDA-I, seus objetivos, visão e missão. Disponível em: <<http://www.nanda.org/about-nanda-international.html>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

NUCKOLS, T. et al. Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals. **Qual Saf Health Care**, London, v.16, n.3, p. 164-168, 2007.

OLIVEIRA, J.S. **Risco de quedas: aplicabilidade de intervenções de enfermagem da NIC em adultos e idosos hospitalizados**. 2013. 286 f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

OLIVEIRA, J.S., FERNANDES, M.G.M., DALRI, M.C.B. **Validade preditiva da escala de quedas de Morse em ambientes hospitalares**. Artigo parte da tese de doutorado “Risco de quedas: aplicabilidade de intervenções de enfermagem da NIC em adultos e idosos hospitalizados”, 2013.

OLIVER, D. Evidence for all prevention in hospitals. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.56, n.9, p.1774-1775, 2008a.

OLIVER, D. Falls risk-prediction tools for hospital inpatients. Time to put them to bed? **Age Ageing**, v.37, p.248-250, 2008b.

OLIVIER, D. et al. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review. **Age and Ageing**, London, v.33, n.2, p.122-130, 2004.

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

PASA, T.S.; MAGNAGO, T.S.B.S; CAROLLO, J.B. Acidentes por queda no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

PERRELL, K. L.; NELSON, A.; GOLDMAN, R. L.; LUTHER, S. L.; LEWIS, N. P.; RUBENSTEIN, L. Z. Fall risk assessment measures: an analytic review. **Journal of Gerontology: medical sciences**, v. 56, n. 12, p. 761-766, 2001.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Tradução de Denise Regina de Sales. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista Enferm.**, v.22, n.4, p. 434-8, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO,

QUEIROZ BEZERRA, A.L. et al. Eventos adversos: indicadores de resultados segundo a percepção de enfermeiros de um hospital sentinela. **Enferm. glob, Murcia**, v.11, n.27, jul. 2012.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura**. Revista Ciênc. Saúde Coletiva: v.18, n.7, p.2029-2036, 2013.

REIS, E.J.F.B, et al. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas.** Cad. Saúde Pública, v.6, n.1, Rio de Janeiro, 1990.

REMOR, C.P.; CRUZ, C.B.; URBANETTO, J.S. Análise dos fatores de risco para quedas de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. **Rev Gaúcha Enferm;** 35(4):28-34, 2014.

SANTANA, H.; COSTA, M.M.M.; GOMES, S.Z. (2011, janeiro-julho). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. *Boletim Informativo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, (1), p.12.

SCOTT, V.; VOTOVA, K.; SCANLAN, A.; CLOSE, J. Multifactorial and functional mobility assessment tools for fall risk among older adults in community, home-support, long-term and acute care settings. **Age and ageing**, n.36, p.130-139, 2007.

SEVERO, I.M. et al. Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.3, p.540-554, São Paulo, jun. 2014.

SHEVER, L.L.; TITLER, M.; MACKIN, M.L. et al. Fall prevention practices in adult medical-surgical nursing units described by nurse managers. **Western Journal of Nursing Research**, v.33, n.3, p. 385-397, 2011.

SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÕES PARA A VIGILÂNCIA SANITÁRIA – NOTIVISA. **Apresentação.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

SIQUEIRA, A.P.O. **Análises de estudos sobre a Morse Falls Scale: Revisão integrativa da literatura.** Porto Alegre, 2012. Trabalho de conclusão de curso (Escola de Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

SOOP, M. et al. **The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study.** International Journal for Quality in Health Care, Oxford, v.21, n.4, p. 285-291, 2009.

SOUSA, P; UVA, A.S.; SERRANHEIRA, F. **Investigação e inovação em segurança do doente.** Revista Portuguesa de Saúde Pública, Portugal, v.10, p.89-95, 2010.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. *Revisão dos desenhos de*

pesquisa relevantes para a enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. Rev Latino-am Enfermagem, v.15, n.3, mai-jun., 2007.

TERRELL, K.M.; WEAVER, C.S.; GILES, B.K.; ROSS, M.J. ED patient falls and resulting injuries. **Journal of Emergency Nursing**, v.35, n.2, p.89-92, jul. 2010.
the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging**, Alberta, v. 8, n. 4, p. 366-377, 1989.

TZENG, H-M; YIN, C.Y. Heights of occupied patient beds: a possible risk factor for inpatient falls. **Journal of Clinical Nursing**, v.17, p.1503-1509, 2007

TZENG, H-M; YIN, C.Y. Relation between call light use and response time and in patient falls in acute care settings. **J Clin Nurs**, Oxford, v.18, p.3333-41, 2009.

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

VASSALO, M. et al. **A Comparative Study of the Use of Four Fall Risk Assessment Tools on Acute Medical Wards**. Brief Methodological Reports, v.53, n.6, p.1034-1038, 2005.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Tradução de Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo Schorotberger, André Anjos da Silva. 2ª edição. Porto Alegre: AMGH, 2013. 478 p.

WALDOW, V.R., BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.3, 2011.

WILSON, R.M., et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. **British Medical Journal**, London, 344: e832, 2012.

WILSON, R.M., et al. The Quality in Australian Health Care Study. **Medical Journal of Australia**, Australia, v.163, n.9, p.458-71, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Falls**. Geneva, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>>. Acesso em: 10 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards: report of the WHO working group meeting.** Geneva, Switzerland, 17-19 dec. 2002.

**APÊNDICE A - Carta à Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Prezado Dr. Ronaldo Guizzo

Presidente da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa

Estamos realizando o estudo de mestrado denominado “MAPEAMENTO DOS FATORES DE RISCO DE QUEDAS IDENTIFICADOS POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR FIXO” vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, com os objetivos de identificar os fatores de risco de quedas reconhecidos por enfermeiros na rotina dos serviços de urgência pré-hospitalares fixos, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)* e realizar o mapeamento comparativo com as variáveis propostas pela Escala de Quedas de Morse (*MFS*).

Assim, solicitamos a avaliação do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas (DASP) e da Divisão de Enfermagem, com relação aos dados sobre atendimentos realizados nas unidades supracitadas no ano de 2014, assim como o número de enfermeiros em cada unidade selecionada. Além disso, solicitamos a anuência dos gerentes das Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) para realizar o contato com os enfermeiros, no intuito de aplicar os instrumentos de coleta de dados para participação na pesquisa.

Esclarecemos que asseguramos a seriedade do estudo e que as respostas serão utilizadas somente em eventos e/ou publicações científicas, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Também serão respeitados a identidade dos enfermeiros e o direito de deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem que esta desistência traga qualquer prejuízo para os mesmos. Os enfermeiros poderão solicitar qualquer tipo de esclarecimento à pesquisadora, sempre que julgarem necessário.

Diante do exposto, aguardamos a resposta à solicitação pelos meios de contato da pesquisadora. Atenciosamente,

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2016.

Pesquisadora: Priscila Linardi Guimarães
Telefone: (16) 99305-8012
E-mail: pguimardi@gmail.com
Rua Aldo Focosi, nº 251, ap. 14 – Ribeirão Preto

Orientadora: Profª. Drª. Regilene Molina Zacareli Cyrillo
Telefone: (16) 3977-7393
E-mail: regizacareli@yahoo.com.br
Rua Prudente de Moraes, nº 457 – Ribeirão Preto

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos Enfermeiros

Prezado enfermeiro (a),

Vimos convidá-lo (a) através deste termo a participar da pesquisa, denominada “MAPEAMENTO DOS FATORES DE RISCO DE QUEDAS IDENTIFICADOS POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR FIXO” que apresenta como objetivos gerais identificar os fatores de risco de quedas reconhecidos por enfermeiros na rotina dos serviços de urgência pré-hospitalares fixos, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)* e realizar o mapeamento comparativo com as variáveis propostas pela Escala de Quedas de Morse (*MFS*).

Este estudo encontra-se em desenvolvimento pela enfermeira Priscila Linardi Guimarães, aluna do Programa de Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof^a. Dra. Regilene Molina Zacareli Cyrillo.

Caso você concorde em participar receberá um instrumento de coleta de dados, que contém duas partes. A parte “A” corresponde aos dados de identificação dos sujeitos da pesquisa, a parte “B” contém uma descrição do diagnóstico Risco de Quedas pela *NANDA-I* e seus itens para risco de quedas para responder à seguinte questão: “Qual (is) do (s) fator (es) abaixo você utiliza para identificação de risco de quedas na prática clínica em seu local de trabalho?”. Ambas as partes do questionário deverão ser respondidas em aproximadamente 20 minutos. A pesquisadora permanecerá com você enquanto o questionário é respondido, para esclarecer possíveis dúvidas em qualquer momento. O instrumento deverá ser devolvido à ela assim que você terminar de responder ambas as partes, A e B.

Informamos que poderão haver riscos de constrangimento ou desconforto ao responder as questões do instrumento de coleta de dados. Caso qualquer tipo de mal-estar aconteça, pedimos que fale diretamente com a pesquisadora, que utilizará estratégias de manejo (escuta do participante e/ou esclarecimentos) a fim de aliviar ou atenuar tal incômodo. Dessa forma, o preenchimento do questionário continuará somente quando você estiver se sentindo melhor e autorizar a realização do mesmo.

Se ocorrer algum dano que julgue decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização, conforme as leis vigentes no país. Esclarecemos que não haverá despesas e nem qualquer ajuda de custo e/ou pagamento por sua participação nesta investigação, que é voluntária, o que não o (a) obriga a fornecer informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou desistir do mesmo a qualquer momento, não haverá nenhum prejuízo para si.

Garantimos o sigilo dos participantes e a confidencialidade dos dados fornecidos, onde somente a pesquisadora terá acesso a eles e a identificação dos voluntários será realizada por códigos. Solicitamos sua autorização para apresentação dos resultados da pesquisa em eventos e/ou publicações científicas a partir desta data.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto, entretanto, contribuirá para o crescimento dos conhecimentos científicos dos enfermeiros na aplicação prática das classificações de enfermagem nos serviços de urgência pré-hospitalares fixos. Este TCLE é impresso em duas vias, e estão devidamente assinadas pela pesquisadora, sendo que uma via será entregue a você e a outra ficará com a responsável pelo estudo.

A pesquisadora se coloca à disposição para esclarecimento de qualquer informação que julgue necessária ao longo da pesquisa. Destacamos que durante todo o processo do estudo serão cumpridas as determinações da Resolução 446/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orienta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (CEP-EERP/USP), que tem por função proteger eticamente o participante da pesquisa. Em caso de necessidade, você pode entrar em contato com o CEP-EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197, com horário de atendimento em dias úteis, das 8h às 17h, ou pelo e-mail cep@eerp.usp.br.

Declaro que fui devidamente esclarecido (a) sobre os objetivos da pesquisa e consinto participar do estudo, bem como a publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma via deste documento, assim como meu nome será mantido em sigilo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Contatos da pesquisadora: Rua Aldo Focosi, nº 251, ap. 14 – (16) 99305-8012 – pguimardi@gmail.com

Rubrica pesquisadora

Rubrica participante

APÊNDICE C

Prezado (a) enfermeiro (a),

Este estudo denominado “MAPEAMENTO DOS FATORES DE RISCO DE QUEDAS IDENTIFICADOS POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR FIXO” encontra-se em desenvolvimento pela enfermeira Priscila Linardi Guimarães, aluna regularmente matriculada no Programa de Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profª. Dra. Regilene Molina Zacareli Cyrillo.

Vimos convidá-lo (a) através deste termo a participar desta pesquisa, que apresenta como objetivos gerais identificar os fatores de risco de quedas reconhecidos por enfermeiros na rotina dos serviços de urgência pré-hospitalares fixos, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)* e realizar o mapeamento comparativo com as variáveis propostas pela Escala de Quedas de Morse (*MFS*).

A seguir leia as orientações abaixo para preenchimento do Instrumento de Coleta de Dados para caracterização dos enfermeiros e identificação dos fatores de risco de quedas. Após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), você receberá um questionário com duas partes para responder. A parte **A** dispõe sobre dados sócio demográficos e acadêmicos. Para preenchê-lo, você levará em média 10 minutos. Na parte **B**, você deverá realizar a leitura do diagnóstico Risco de Quedas e dos fatores de risco de quedas propostos pela *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)*. Após, para cada fator de risco de quedas, deverá marcar com um X apenas uma das opções (nunca, poucas vezes, a maioria das vezes, sempre), respondendo à seguinte pergunta: **Qual (is) fator (es) a seguir você reconhece para identificação de risco de quedas dos usuários em seu local de trabalho?** Essa parte deverá levar aproximadamente 10 minutos, porém, o tempo dependerá de você.

A pesquisadora permanecerá no local enquanto o questionário for respondido, para esclarecer qualquer dúvida. O instrumento deverá ser devolvido à ela assim que você terminar de responder ambas as partes, A e B.

Caso queira entrar em contato com a pesquisadora, favor procurá-la na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) ou nos seguintes contatos: (16) 99305-8012 e pguimardi@gmail.com

Atenciosamente, Priscila Linardi Guimarães

Rubrica pesquisadora

Rubrica participante

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Caracterização dos sujeitos da pesquisa e identificação dos fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros, conforme descrição da *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)*.

PARTE A – Dados de identificação dos sujeitos da pesquisa

Iniciais do Nome: _____

1) Idade (em anos completos): _____

2) Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

3) Tempo de experiência profissional: _____ ☐ anos

4) Titulação acadêmica:

☐ graduação ☐ especialização ☐ em curso
☐ mestrado ☐ doutorado ☐ concluída
☐ outros _____

5) Possui alguma pós-graduação relacionada à urgência e emergência?

☐ Não

☐ Sim. Qua(is)? _____

6) Realizou ou realiza trabalho (s) ou atividade (s) científica (s) relacionadas à segurança do paciente?

☐ Não

☐ Sim. Qual(is)? _____

7) Participou de eventos científicos (seminários, palestras, etc) nos últimos 5 (cinco) anos que abordavam a temática “assistência de enfermagem na segurança do paciente e/ou risco de quedas”?

☐ Sim, ambos

() Sim, somente assistência de enfermagem na segurança do paciente

() Sim, somente risco de quedas

() Não

8) Você conhece alguma das Classificações de Enfermagem abaixo?

() *NIC* () *NOC* () Outras (quais) _____

() *NANDA-I* () *CIPE* () Não conheço nenhuma

9) Você conhece algum instrumento de avaliação de risco para quedas de pacientes?

() Não

() Sim. Qual(is)? _____

10) Você conhece ou já fez uso da Escala de Quedas de Morse (MFS)?

() Sim, já conheço e fiz uso

() Sim, conheço, mas não fiz uso

() Não

PARTE B – identificação dos fatores de risco de quedas por enfermeiros

Título da pesquisa: “MAPEAMENTO DOS FATORES DE RISCO DE QUEDAS IDENTIFICADOS POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR FIXO”

Após o preenchimento da **parte A** do questionário, você enfermeiro deverá fazer uma leitura do diagnóstico Risco de Quedas e dos fatores de risco de quedas propostos pela *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)*. Para cada fator de risco de quedas, deverá marcar com um X apenas uma das opções (nunca, poucas vezes, a maioria das vezes, sempre), respondendo à seguinte pergunta: **Qual (is) fator (es) a seguir você reconhece para identificação de risco de quedas dos usuários em seu local de trabalho?**

Definição de Risco de Quedas: risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (*NANDA-I*, 2013).

Fatores de Risco	Nunca	Poucas vezes	A maioria das vezes	Sempre
Ambientais				
Ambiente com móveis e objetos em excesso				
Ausência de material antiderrapante na banheira				
Ausência de material antiderrapante no box do chuveiro				
Condições climáticas (p. ex., pisos molhados, gelo)				
Imobilização				
Pouca iluminação				
Quarto não familiar				
Tapetes espalhados pelo chão				
Cognitivos				
Estado mental diminuído				
Em adultos				
História de quedas				
Idade acima de 65 anos				
Morar sozinho				
Prótese de membro inferior				
Uso de cadeira de rodas				
Uso de dispositivos auxiliares (p. ex., andador, begala)				
Fisiológicos				
Anemias				
Artrite				

Condições pós-operatórias				
Déficits proprioceptivos				
Diarreia				
Dificuldade na marcha				
Dificuldades auditivas				
Dificuldades visuais				
Doença vascular				
Equilíbrio prejudicado				
Falta de sono				
Força diminuída nas extremidades inferiores				
Hipotensão ortostática				
Incontinência				
Fatores de Risco	Nunca	Poucas vezes	A maioria das vezes	Sempre
Fisiológicos (continuação)				
Mobilidade física prejudicada				
Mudanças na taxa de açúcar após as refeições				
Neoplasias (p. ex., fadiga / mobilidade limitada)				
Neuropatia				
Presença de doença aguda				
Problema nos pés				
Urgência urinária				
Vertigem ao estender o pescoço				
Vertigem ao virar o pescoço				
Medicamentos				
Agentes ansiolíticos				
Agentes anti-depressivos				
Antidepressivos tricíclicos				
Diuréticos				
Hipnóticos				
Inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina)				
Narcóticos / opiáceos				
Tranquilizantes				
Uso de álcool				

APÊNDICE – D

Instrumento para sistematização do mapeamento cruzado

Instrumento dos critérios propostos pela Escala de Quedas de Morse (*MFS*) e os fatores de risco de quedas identificados por enfermeiros de unidades de atendimento pré-hospitalar fixo 24 horas de uma cidade do interior paulista, baseados no diagnóstico e nos fatores de risco de quedas propostos pela *NANDA-I*.

Definição de Risco de Quedas: risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (<i>NANDA-I</i> , 2013).	
Fatores de Risco de quedas propostos pela Escala de Quedas de Morse (<i>MFS</i>)	Fatores de risco de quedas identificados pelos enfermeiros
Histórico de quedas	
Diagnóstico secundário	
Auxílio na deambulação	
Terapia endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Marcha	
Estado mental	

ANEXO A - Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 100/2016, de 11.04.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 06 de abril de 2016.

Protocolo CAAE: 51885315.4.0000.5393

Projeto: MAPEAMENTO DOS FATORES DE RISCO DE QUEDAS POR ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PRÉ HOSPITALAR FIXO

Pesquisadores: Priscila Linardi Guimarães
Regilene Molina Zacareli Cyrillo (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Regilene Molina Zacareli Cyrillo

ANEXO B – Comissão de Avaliação de Projetos Pesquisa