UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SUZANA MARIA BIANCHINI

AVALIAÇÃO DO EVENTO QUEDA DE PACIENTE NO
ÂMBITO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

SÃO PAULO
2015

SUZANA MARIA BIANCHINI

**AVALIAÇÃO DO EVENTO QUEDA DE PACIENTE NO
ÂMBITO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daisy Maria Rizatto Tronchin

**SÃO PAULO
2015**

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.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Bianchini, Suzana Maria

Avaliação do evento queda de paciente no âmbito hospitalar: um estudo de caso. -- São Paulo, 2015.
194p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Daisy Maria Rizatto Tronchin
Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Assistência à saúde - Qualidade. 2. Serviços de Saúde - Avaliação. 3. Pacientes – Segurança. 4. Assistência à saúde. 5. Indicadores de qualidade. 6. Enfermagem. 7. Acidentes por Quedas. I. Título.

Nome: Suzana Maria Bianchini

Título: Avaliação do evento queda de paciente no âmbito hospitalar: um estudo de caso.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin Instituição: EEUSP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A meus pais, **João e Cleuza**, que me deram a oportunidade de estudar, não medindo esforços e sacrifícios para isso.*

*À **Prof^a. Dr^a. Edna Aparecida Moura Arcuri**, minha orientadora do mestrado, que me deu o incentivo para não desistir e que acreditou que eu era capaz.*

*Aos **pacientes**, que, gentilmente, aceitaram participar desta pesquisa e auxiliaram-me a entender a complexidade do evento queda.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora **Profª. Drª. Daisy Maria Rizatto Trochin**, pelo apoio incondicional nesses anos, pela imensa competência e respeito com que conduziu este processo, direcionando meus pensamentos e incentivando-me constantemente.

Às Professoras **Drª. Marta Maria Melleiro** e **Drª. Elena Bohomol**, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

A todos os **professores e profissionais da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, pelos ensinamentos e apoio.

As minhas queridas irmãs, **Sandra, Silvana e Mary Ana** pela compreensão por meu distanciamento nesses anos.

À **Universidade de São Paulo** e ao **Hospital Alemão Oswaldo Cruz**, que me proporcionaram a elaboração desta tese.

A **Fatima Silvana Furtado Gerolin**, Superintendente Assistencial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, pelo apoio durante a construção desta tese.

Às enfermeiras do Hospital Alemão Oswaldo Cruz: **Adriana Abdala, Cátia Noda, Fabiana Mancusi, Fernanda Mazela, Grasielly Cruz, Juliana Amaral, Maria de Fátima Ventura, Myrcea Carvalho, Neusa Viana, Paula Scorsi, Regina Paredes e Vanderleia Silva**, pela participação entusiasmada e valiosas contribuições.

Às colegas de trabalho **Walquíria Lopes e Kiyomi Uechi**, pelo apoio.

À **Rosana Alves de Souza e Maurício Rodrigues Simões**, pelo apoio na elaboração de materiais.

A **todos os demais colegas** que me apoiaram nesta construção.

À minha amiga **Marcia Utimura**, pelo apoio e incentivo.

À **Profª Ivone Borelli**, pela revisão da língua portuguesa.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, senão tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta nem longa demais, mas, que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina. ”

Cora Coralina

Bianchini SM. Avaliação do evento queda de paciente no âmbito hospitalar: um estudo de caso [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: A adoção e a implementação de medidas de prevenção de quedas de paciente no ambiente hospitalar são indissociáveis dos atributos qualidade e segurança nos serviços de saúde, pressupondo uma abordagem sistêmica, na qual o êxito depende do compromisso e da responsabilidade da organização, dos profissionais, dos pacientes e de seus acompanhantes. **Objetivos:** Compreender a vivência dos pacientes acometidos pelo evento queda e dos enfermeiros acerca do processo de implementação de medidas preventivas e do monitoramento do evento queda de paciente em um hospital privado do Município de São Paulo. **Caminho Metodológico:** Estudo qualitativo, exploratório, descritivo na modalidade estudo de caso. O cenário foi o Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Os participantes corresponderam a dez pacientes e 11 enfermeiras. A coleta de dados foi realizada no período entre maio de 2014 e março de 2015, empregando-se a entrevista semiestruturada gravada para os pacientes acometidos pelo evento queda, que foi transformada em narrativas, e as do grupo focal, para as enfermeiras. As narrativas oriundas das entrevistas e o material produzido nas três sessões do grupo focal foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin, emergindo duas categorias e três subcategorias. **Achados:** As categorias foram: a singularidade do evento queda: da expressão do fato à manifestação de sentimentos; o olhar do paciente e familiar para os recursos institucionais: elementos da estrutura, processo e resultado; a vulnerabilidade e os determinantes no evento queda; a implementação de medidas para a prevenção de queda à luz da tríade Donabediana e o modo de ser: reflexões atitudinais acerca da interface enfermeiro-paciente. Para a análise interpretativa dos achados foram adotados os referenciais de qualidade em saúde, segurança do paciente e de autoeficácia, preconizado por Bandura. **Considerações Finais:** Esta investigação propiciou compreender a percepção dos pacientes e enfermeiros frente ao evento queda, interpretar e revisitar os processos assistenciais e gerenciais na prevenção e monitoramento das quedas. Por conseguinte, permitiu elaborar propostas, visando a aprimorar os componentes de estrutura, processo e resultado para dirimir as quedas, bem como reconstruir o material instrucional e aprimorar os protocolos e planos de ação, com vistas a qualificar o cuidado na Instituição.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde. Avaliação dos serviços de saúde. Segurança do paciente. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Acidentes por quedas. Estudos de casos. Enfermagem.

Bianchini SM. Assessment of patient fall event in hospital environment: a case study [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The spiritual aspect is very important and is becoming increasingly necessary in the practice of health care. **S Introduction:** The adoption and the implementation of measures to prevent patients fall in hospital are inseparable from quality and safety dimensions in health care services, assuming a systemic approach in which success depends on the commitment and on the responsibility of the organization, of the professionals, of patients and their escorts. **Objectives:** Understand the experience of patients affected by fall events and nurses about the process of implementation of preventive measures and the monitoring of the event of fall at a private hospital in the city of São Paulo. **Methodology:** Qualitative, exploratory, descriptive study, a case study. The scenario was Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Participants corresponded to ten patients and 11 nurses. Data collection was made from May 2014 to March 2015, by applying semi structured interview recorded to patients affected by fall event, which was converted into narratives, and the focus group for the nurses. The narratives from the interviews and the material produced in the three sessions of the focus group were submitted to Bardin content analysis, emerging two categories and three subcategories. **Findings:** The categories were, the singularity of fall event: from the fact itself to the manifestation of feeling; the perception of the patient and family regarding the institutional resources: elements of structure, process and outcome; the vulnerability and major factors in the fall event; the implementation of measures to prevent fall according to the Donabedian triad and the way of being: attitudinal reflections on the nurse-patient interaction. For an interpretative analysis of findings, guidelines of health care quality, patient safety and self-efficacy as called for Bandura were adopted. **Final comments:** this research made possible the understanding of patients and nurses perception regarding the event of fall, the interpretation and revisit of health care and management processes in the prevention and monitoring of falls. Consequently, it allowed the creation of proposals in order to better the components of structure, process and result to reduce falls and also to rebuild the instructional material and improve the protocols and plans of education with the aim of qualifying care in the institution.

Keywords: Quality health care. Health services evaluation. Patient safety. Quality indicators, health care. Accidental falls. Case studies. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo <i>Systems Engineering Initiative for Patient Safety</i> (SEIPS) de interação de processos na segurança do paciente.....	31
Figura 2 -	Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, de acordo com a RDC 63/2011.....	33
Figura 3 -	Linha do tempo das médias de prevenção de queda do HAOC no período entre 2005 e 2014.....	54

LISTA DE QUADRO E GRÁFICO

Quadro 1 -	Conceitos-chave relacionados à segurança do paciente e classificação de eventos.	28
Gráfico 1 -	Distribuição do indicador Incidência de Queda de Paciente do HAOC no período entre 2005 e 2014. São Paulo, 2015.	55

LISTA DE SIGLAS

AE	- Autoeficácia
AHRQ	- <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
APM	- Associação Paulista de Medicina
ANA	- <i>American Nurses Association</i>
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	- Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CQH	- Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CREMESP	- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
E	- Entrevistado
EEUSP	- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ETES	- Escola Técnica de Educação em Saúde
Fiocruz	- Fundação Oswaldo Cruz.
HAOC	- Hospital Alemão Oswaldo Cruz
IOM	- <i>Institute of Medicine</i>
IQP	- Incidência de Queda de Paciente
ISPM Brasil	- Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos
JCAHO	- <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
JCI	- <i>Joint Commission International</i>
MS	- Ministério da Saúde
NAGEH	- Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar
NANDA	- <i>North American Nurses Diagnoses Association) International.</i>
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	- Resolução de Diretoria Colegiada
REBRAENSP	- Rede Brasileira de Enfermagem na Segurança do Paciente
SEIPS	- <i>Systems Engineering Initiative for Patient Safety</i>
STRATIFY	- <i>St. Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	- <i>World Health Organization</i>
UPP	- Incidência de Úlcera por Pressão
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	A CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	17
1.2	QUALIDADE EM SAÚDE MONITORADA POR INDICADORES ASSISTENCIAIS.....	22
1.3	A SEGURANÇA DO PACIENTE: BASES CONCEITUAIS	26
1.4	A QUEDA DE PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: DO EVENTO À MENSURAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR	35
2	OBJETIVOS.....	47
3	O CAMINHO METODOLÓGICO.....	51
3.1	TIPO DE ESTUDO	51
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	51
3.3	DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO.....	56
3.4	COLETA DE DADOS.....	59
3.4.1	O primeiro momento	59
3.4.2	O segundo momento.....	61
3.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	64
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	65
4	A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS: AS NARRATIVAS E OS ENCONTROS.....	69
4.1	O PRIMEIRO MOMENTO: A CARACTERIZAÇÃO DA QUEDA E AS NARRATIVAS.....	69
4.2	O SEGUNDO MOMENTO: OS ENCONTROS E AS SÍNTESES	93
4.2.1	Primeiro encontro do grupo focal	93
4.2.2	Segundo encontro do grupo focal.....	99
4.2.3	Terceiro encontro do grupo focal	103
5	A ANÁLISE INTERPRETATIVA.....	109
5.1	AS CATEGORIAS ORIUNDAS DAS NARRATIVAS	109
5.1.1	A singularidade do evento queda: da expressão do fato à manifestação de sentimentos.....	109
5.1.2	O olhar do paciente e familiar para os recursos institucionais: elementos de estrutura, processo e resultado	117
5.1.3	A vulnerabilidade e os determinantes no evento queda	122
5.2	AS CATEGORIAS ORIUNDAS DOS ENCONTROS	125

5.2.1 A implementação de medidas para prevenção de queda à luz da tríade Donabediana	125
5.2.2 O modo de ser: reflexões atitudinais acerca da interface enfermeiro-paciente	135
6 EVENTO QUEDA: REMEMORANDO O PASSADO E CONSTRUINDO INTERVENÇÕES PARA QUALIFICAR O CUIDADO	141
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	153
APÊNDICES	163
ANEXOS	187

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Qualidade é um atributo imprescindível nas instituições de saúde, não apenas como diferencial competitivo, mas também por constituir-se em um aspecto essencial da assistência prestada ao paciente e à sociedade, assumindo caráter político, técnico, ético e social.

As organizações governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, instituições de saúde públicas e privadas e pesquisadores vêm discutindo a implementação de estratégias e programas que promovam a qualidade dos serviços e, conseqüentemente, a segurança dos pacientes e dos trabalhadores, empregando instrumentos que permitam avaliar a estrutura, o processo e os resultados alcançados, bem como mensurar a cultura de segurança do paciente entre os profissionais.

Ao iniciar minha carreira, como enfermeira assistencial, acreditava que o cuidado era o objeto lógico de uma prática derivada do conhecimento baseado em evidências, em competência, em habilidades profissionais, acrescida dos valores pessoais e institucionais. Contudo, no cotidiano do processo de trabalho, enfrentei inúmeras dificuldades, visando a garantir o exercício profissional seguro e de qualidade.

Diante dos desafios e inquietações vivenciados ao longo de minha trajetória profissional, busquei na pós-graduação *lato-sensu* em Cardiologia e Terapia Intensiva oportunidades para aprofundar meus conhecimentos. Envolvida no processo de trabalho assistencial, em 2007 ingressei no mestrado em enfermagem, tendo por finalidade realizar uma revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem ao paciente acometido por acidente vascular encefálico na fase aguda.

Esta pesquisa possibilitou-me compreender os inúmeros elementos constituintes do processo de assistir os portadores de acidente vascular encefálico,

aguçando também meu interesse na temática da qualidade assistencial, com ênfase em seu monitoramento e avaliação.

Essas experiências tornaram-se determinantes para que assumisse novos desafios, como integrar o Serviço de Educação Continuada, coordenar o setor de Práticas Assistenciais e, mais recentemente, a gerência da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), em São Paulo, cenário deste estudo, onde atuo há 13 anos.

Para melhor compreensão e verticalização do conhecimento nas temáticas qualidade em saúde e segurança do paciente, passei a frequentar, em 2010, o Grupo de Pesquisa “Qualidade e Avaliação de Serviços de Saúde e de Enfermagem”, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Este grupo é cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq e, dentre suas atividades, estão as temáticas acima referidas. Soma-se também minha participação no Núcleo dos Hospitais Privados do Polo São Paulo, da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP).

As reflexões advindas de discussões nos referidos grupos levaram-me a acreditar na premissa que as preocupações com a qualidade da assistência, segurança do paciente e prevenção de injúrias são indissociáveis aos processos de trabalho do Enfermeiro. Nesse sentido, reconheço que o Serviço de Enfermagem enfrenta inúmeros desafios para atender às demandas dos usuários e de seus trabalhadores, de modo eficiente e eficaz, visando à excelência da qualidade.

No intuito de garantir uma prática segura, baseada em evidências científicas, o emprego de indicadores e a gestão de seus resultados surgem como uma das ferramentas destinadas a monitorar a qualidade de um serviço, com eficiência, eficácia, confiabilidade e completude de processos, constituindo-se, assim, em um valioso instrumento para a avaliação dos serviços de saúde.

O indicador de qualidade assistencial Incidência de Queda de Paciente (IQP) é, mundialmente, reconhecido em seu propósito de mensurar as quedas ocorridas no âmbito hospitalar e propor medidas de prevenção e monitoramento, no sentido de reduzir a incidência e as injúrias decorrentes da queda. Esse indicador é considerado como um dos mais sensíveis do cuidado de enfermagem, refletindo a qualidade da

assistência praticada, o resultado da implementação de ações e, ainda, é foco de preocupação institucional com a segurança do paciente.

Em 1995, a *American Nurses Association (ANA)* iniciou a construção e a disseminação de indicadores sensíveis da qualidade de enfermagem, dentre eles, a Incidência de Queda de Paciente, que foi relacionada aos componentes de processo e resultado, afirmando ser de responsabilidade dos enfermeiros avaliar os pacientes em risco e implementar planos de ação para redução e avaliação da eficácia de programas de prevenção relacionados (Quigley et al., 2007; Montalvo, 2007). A organização refere, ainda, que as melhores práticas relacionadas à prevenção de queda decorrem da análise dos resultados do indicador e geração de *feedback* aos profissionais das áreas onde ocorreram, bem como do acompanhamento da comparação do indicador ao longo de uma série histórica (Quigley et al., 2007).

As organizações acreditadoras de Serviços de Saúde, a exemplo da *Joint Commission International (JCI)*, determinam a mensuração e o monitoramento do IQP, como reflexo da assistência. Recentemente, no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente instituiu o Protocolo de Prevenção de Queda de Paciente e propôs que as instituições de saúde mensurem esse indicador, orientando a empregá-lo não apenas para a construção de uma série histórica, mas também para o estabelecimento de metas e parâmetros de avaliação (Brasil, 2013).

Dados da literatura mostram a incidência de queda de paciente no âmbito hospitalar. Boushon et al. (2008) verificaram que a IQP variou de 2,2 por 1.000 pacientes-dia em unidade de cuidados agudos a 3,6 quedas por 1.000 pacientes-dia em unidades médico-cirúrgicas.

Paiva et al. (2010) encontraram uma incidência de 0,30 quedas por 1.000 pacientes-dia em um hospital universitário terciário. Correa et al. (2012) citam estudos, cuja incidência de queda oscilou de 1,4 a 13,0 por 1.000 pacientes-dia, e atribuíram esse achado às características dos pacientes e da instituição. Os mesmos autores encontraram em um hospital paulistano privado no Município de São Paulo e de alta complexidade, uma incidência de queda de 1,37 por 1.000 pacientes-dia.

Na última década, o HAOC, cenário deste estudo, foi marcado por mudanças expressivas em sua estruturação, com a criação da Superintendência Assistencial e

Superintendência de Desenvolvimento Institucional, com a reorganização da área de Qualidade, Serviço de Educação Corporativa, Gerenciamento de Risco, fomentando o ambiente de cultura de segurança e a comunicação entre os profissionais, além de buscar acreditação em programas nacionais e internacionais, propiciando por meio da implementação de políticas, programas, protocolos e procedimentos, práticas seguras de cuidado aos pacientes e de atuação profissional.

Cabe ressaltar que o HAOC foi acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) no nível 3 ou de excelência em 2005, e reacreditado em 2008. Em 2009, foi acreditado pela *Joint Commission International*, com reacreditação em 2012.

A partir de 2005, integra o Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), mantido pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), seguindo a metodologia para coleta dos indicadores de qualidade assistencial e gerencial.

Na referida Instituição, o evento queda de pacientes vêm sendo monitorado e avaliado, desde 2005, por meio da aferição do indicador de qualidade assistencial IQP, calculado mensalmente pela relação número de quedas por pacientes-dia, multiplicado por 1.000. O IQP é ainda desdobrado em Incidência de Queda com Lesão, calculado mensalmente pela relação entre o número de quedas com lesão por pacientes-dia, multiplicado por 1.000. Este evento passou a ser mensurado, tanto pela preocupação e pelo compromisso com a qualidade assistencial e segurança do paciente como pelo envolvimento em Programas de Qualidade Hospitalar, e também por ser um requisito das organizações acreditadoras nacional e internacionais, vigentes na organização.

Da mesma forma, a reestruturação dos processos assistenciais e gerenciais para avaliação de risco, a implementação de medidas de prevenção de queda, incluindo os planos de educação para pacientes e familiares e condutas pós queda foram instituídos e aprimorados ao longo desses 10 anos.

Percebo que a preocupação dos profissionais e da instituição com o evento queda e seu desdobramento são incontestáveis, entretanto, a análise do indicador IQP evidencia oscilações em seus resultados mensais, constituindo-se em ponto de

interesse e de estudo de minha parte, sobretudo, por ser, desde 2014, líder da meta de prevenção de lesões relacionadas à queda do paciente no HAOC.

Nessa direção, acredito que o evento queda assume um caráter multidimensional, passível de análise sob diversos olhares, sobre os quais passo a discorrer.

No que tange ao paciente, as quedas podem ter como consequências desde a perda da autoconfiança e autonomia do indivíduo, aumento do tempo de internação, injúrias físicas incapacitantes até mesmo a morte.

Para os profissionais envolvidos e gestores denotam má prática, podendo culminar em processos judiciais (Oliver, 2004; Heinze et al., 2006). Nessa perspectiva, a responsabilização, tanto de profissionais como da instituição de saúde está prevista na legislação pelo Código Civil Brasileiro, na modalidade de responsabilidade “culpa *in vigilando*” e vem sendo requerida pelos usuários dos serviços de saúde (Brasil, 2002).

Por meio de busca realizada em site especializado de processos jurídicos, constatei a existência de várias ações movidas por pacientes e familiares contra instituições de saúde, por quedas ocorridas durante a prestação de cuidados. Esses processos concentram-se nos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul pela jurisprudência local sobre o tema (Rede Jusbrasil, 2013).

Entendo que a queda de paciente ultrapassa o componente de ato falho da assistência e que a avaliação e o estabelecimento do risco para queda, bem como a prática de medidas de prevenção e educação vêm sendo exaustivamente trabalhadas e divulgadas na assistência à saúde. Embora haja esforços de todos os envolvidos, outros fatores concorrem para sua irresolutividade, uma vez que o evento queda persiste em maior ou menor grau, reiterando sua complexidade, tanto no monitoramento do indicador, como nas medidas adotadas, o que leva a inferir que nem todas as quedas são evitáveis.

Nos últimos anos, observo que inúmeras instituições de saúde implementaram programas, medidas e equipamentos para redução de quedas de pacientes, além de

estratégias traçadas e protocolos instituídos, contudo, as quedas permanecem recorrentes.

Assim ,passei a questionar: Qual é o significado do evento queda de paciente para os enfermeiros? Os enfermeiros acreditam que as medidas de prevenção de quedas são efetivas? Qual o impacto das medidas propostas na redução do evento queda? Como os enfermeiros vivenciam a implementação de programas ou protocolos de prevenção de queda e redução dos agravos decorrentes do evento? Qual é a percepção dos pacientes frente à queda no ambiente hospitalar? Qual a repercussão da queda aos pacientes e familiares?

No intuito de responder a estas inquietações e compreender as vivências dos enfermeiros e dos pacientes acometidos pelo evento queda no hospital cenário deste estudo, optei por desenvolver esta investigação, com a finalidade de verticalizar o conhecimento e revisar o monitoramento do indicador IQP, perpassando pela implementação das ações, dos planos e dos protocolos de prevenção da queda à luz do modelo avaliativo Donabediano, pautado nos componentes de estrutura, processo e resultado.

1.2 QUALIDADE EM SAÚDE MONITORADA POR INDICADORES ASSISTENCIAIS

Nas últimas quatro décadas, a qualidade na área de saúde passou a ser foco de atenção dos profissionais e das instituições. A preocupação com a possibilidade de gerar um resultado não desejado ao paciente, por consequência de falhas nas estruturas dos serviços e no processo de cuidar, instigou trabalhadores e gestores a buscarem estratégias para garantir a qualidade e a segurança ao paciente.

A discussão a respeito da qualidade pelos setores públicos e privados, como pelos prestadores de serviços e de produção, objetiva atender às expectativas dos usuários internos e externos, repercutindo nos modelos gerenciais, nos processos de trabalho e nas políticas de recursos econômicos, humanos e materiais (Tronchin, 2011).

Ao longo das últimas décadas, o conceito de qualidade vem evoluindo e seu significado pode ser expressado, para atribuir uma conotação positiva a um produto ou serviço, objetivando atender ou superar às necessidades e expectativas dos usuários.

Qualidade é o resultado do somatório das características de uma entidade, que lhe possibilita satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos usuários e de outros interessados (Fundação Nacional da Qualidade, 2006).

Da mesma forma, pode ser definida como um conjunto de propriedades de um serviço que o torna adequado à missão de uma organização, concebida como respostas às necessidades e às legítimas expectativas de seus usuários (Mezomo, 2001).

Para atingir a excelência nos serviços, torna-se imperativo que os gerentes das organizações construam e implementem uma política da qualidade, atrelada a um contínuo monitoramento, viabilizando produtos e serviços com maior uniformidade, com redução de não conformidades, menores custos, sem o desperdício e o retrabalho (Miguel, 2001).

A busca pela qualidade traz consigo modificações no modo de gerar/produzir bens e serviços. Acompanhando essa tendência, o setor de saúde vem há alguns anos fomentando programas para o desenvolvimento desta área específica, na qual o conceito de qualidade passou por algumas modificações, visto que o bem ou serviço gerado é consumido imediatamente durante sua produção, diferenciando-o dos demais setores produtivos (Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2010).

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* conceituou qualidade em saúde como o grau, conforme o qual os cuidados com a saúde do usuário aumentam a possibilidade de desejada recuperação e reduzem a probabilidade de aparecimento de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento (JCAHO, 1989).

O primeiro a estudar, de modo sistemático, o tema qualidade nos serviços de saúde foi Avedis Donabedian, que a conceituou como a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos ao paciente/usuário; benefícios esses

que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes (Donabedian, 1985; Donabedian, 1990).

Donabedian (1992) traz a ideia de que a qualidade é construída pela avaliação assistencial que abrange a análise na estrutura, nos processos de trabalho e nos resultados. Nesse sentido, propôs um modelo avaliativo em saúde com base em três componentes, a saber: a estrutura (recursos humanos, físicos, materiais, financeiros e modelo organizacional), o processo (conjunto de relações empreendidas entre profissionais e clientes) e o resultado (efeitos na saúde do usuário em resposta ao cuidado empreendido) (Donabedian, 1985; Donabedian, 1992; Wachter, 2013).

Para cada componente da tríade proposta pelo modelo avaliativo Donabediano, há a possibilidade de se elaborar um conjunto de indicadores ou atributos de qualidade, que evidenciam o contexto a ser avaliado (Soboll et al., 2001). Esse modelo tem fundamentado e guiado os processos avaliativos nas instituições de saúde e permitido que programas, protocolos e processos sejam revistos e aprimorados com vistas a atingir cuidados seguros e de qualidade.

O *Institute of Medicine (IOM)* definiu a qualidade assistencial como grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e consistentes em função do conhecimento atual (Wachter, 2013).

Em 2001, o referido instituto propôs seis dimensões da qualidade para os sistemas de saúde, incluídas as temáticas relevantes ao paciente e à sociedade:

- O cuidado em saúde deve ser seguro;
- O cuidado em saúde deve ser eficaz;
- O cuidado em saúde deve ser centrado no paciente;
- O cuidado em saúde deve ser oportuno;
- O cuidado em saúde deve ser eficiente e
- O cuidado em saúde deve ser equitativo.

Face ao exposto, reitero que a avaliação em saúde é imprescindível quando se trata de qualidade e segurança nesta área. Mensurar resultados e, sobretudo, atuar baseando-se nas evidências científicas são princípios da gestão de qualidade.

Nessa direção, os indicadores de qualidade ou de desempenho institucional constituem-se em ferramentas de monitoramento da qualidade, de geração de informações com vistas à melhoria dos programas de qualidade implementados nas organizações de saúde.

Conforme a *JCAHO* (1989), indicadores são medidas quantitativas que podem ser utilizadas para monitorar e avaliar a qualidade de cuidados providos aos usuários e às atividades dos serviços, não como medida direta, mas, um sinalizador para assuntos específicos de uma organização de saúde e que necessitam de acompanhamento e revisão periódica.

Donabedian (1992) refere que os indicadores fornecem dados concretos da realidade, equacionando a questão da viabilidade dos resultados. Para esse autor, a combinação da análise do processo e do resultado significam uma cadeia ininterrupta de meios antecedentes, seguida de fins intermediários, que são meios para outros fins.

Para Tronchin et al. (2009), o indicador é uma das ferramentas destinadas a monitorar a qualidade de um serviço para acessar a eficiência, a eficácia, a confiabilidade e a completude de processos de trabalho, constituindo-se, assim, em uma prática valiosa para avaliação dos serviços de saúde. Acrescentam Kurcgant et al. (2009), que o emprego de indicadores tem permitido acompanhar processos e resultados e a influência da estrutura na redução dos riscos

No âmbito hospitalar, indicadores assistenciais vêm sendo empregados, como a incidência de queda de paciente, a incidência de extubação não planejada, a incidência de perda de sonda nasointestinal, a incidência de úlcera por pressão (UP), erro de medicação e a incidência de flebite (CQH, 2012).

De Vos et al. (2009) citam que em vários países, os hospitais monitoram dados de indicadores, a fim de melhorar a qualidade do atendimento e orientar processos de melhoria, permitindo maior transparência nos cuidados prestados. Entretanto, os mesmos autores afirmam que a coleta dos indicadores implica um trabalho gerencial intenso e, portanto, o uso da informação deve ser otimizado e repercutir na melhoria assistencial.

Outra medida de resultado da qualidade em saúde é a experiência do paciente, geralmente, expressa por meio de pesquisas, refletindo resultados intrínsecos e identificando problemas não observados por outros métodos, corroborando a premissa do cuidado centrado no paciente do *IOM* (Wachter, 2013).

O monitoramento dos indicadores de qualidade assistencial pelas instituições de saúde, bem como a divulgação dos resultados podem contribuir para que os profissionais de saúde aprimorem seus processos de trabalho, buscando o *benchmarking* e melhorias com a finalidade de promover a segurança do paciente e a qualidade do próprio serviço.

Nessa ótica, a segurança do paciente, por sua complexidade, simboliza um dos maiores desafios para a implantação de melhoria nos processos de qualidade nos serviços de saúde. A ocorrência de erros relacionados à assistência à saúde e suas consequências podem contribuir para o desgaste da imagem dos profissionais e das instituições de saúde e ocasionar danos, muitas vezes, irreparáveis ao paciente.

1.3 A SEGURANÇA DO PACIENTE: BASES CONCEITUAIS

A segurança do paciente tornou-se um tema prioritário aos diversos setores na atenção à saúde, fortemente associado ao fato de que as estratégias e políticas de segurança estão direcionadas a programas de qualidade e acreditação, que favorecem e destacam as instituições na área de saúde.

A *World Health Organization* (WHO, 2009; WHO 2011) define segurança do paciente como a ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente, associados aos cuidados de saúde. Logo, a segurança é um princípio fundamental do cuidado, um componente crítico de gestão da qualidade e sua melhoria exige esforço complexo, abordagem abrangente e multifacetada para identificar e gerenciar riscos à segurança do paciente, como um todo.

Vincent (2009) cita que segurança consiste em evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos dos processos de assistência à saúde e que esta reside nos sistemas e nas pessoas, necessitando ser, ativamente, buscada e estimulada para se

obter alta confiabilidade nos processos, componente essencial de uma prática assistencial dotada de qualidade, assegurando a confiança dos usuários em processos eficazes.

Para Runciman et al. (2009), as temáticas qualidade em saúde e segurança do paciente têm como princípio comum a redução do risco de um dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde, limitando-o a um mínimo aceitável.

Algumas terminologias estão atreladas ao conceito de segurança do paciente e relacionam-se entre si, auxiliando a compreensão do fenômeno, com destaque para o erro, o dano, o incidente e o evento adverso.

Nessa linha de pensamento, o erro é definido como um ato voluntário ou de omissão, levando a um desfecho indesejável ou com potencial para tanto (Wachter, 2013).

De acordo com a *WHO* (2009; 2011), erro é a falha na execução de uma ação planejada, de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano, que pode manifestar-se por prática da ação errada ou por não conseguir praticar a ação certa, seja no planejamento, ou na execução.

Nem sempre os erros resultam em eventos adversos, definidos por Hiatt et al. (1989), como injúrias não intencionais, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados, prolongamento no tempo de internação ou óbito.

A *WHO* (2009; 2011) define evento adverso como o incidente com dano, que é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico.

Wachter (2013) conceitua evento adverso como a lesão ou dano resultante da assistência à saúde, podendo ser classificado em evitáveis e não evitáveis.

Os incidentes são descritos, como complicações decorrentes dos cuidados à saúde e que não acarretam lesões mensuráveis ou prolongamento do tempo de internação (Chang, Schyve, Croteau, 2005).

Em função da variabilidade das definições de erro em saúde, a *WHO* desenvolveu e classificou os conceitos-chave associados à segurança do paciente, traduzidos para o português, pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Brasil, 2014).

Os dados do Quadro 1 apresentam as definições empregadas pelo Ministério da Saúde e pela *WHO* a respeito do erro em saúde.

Quadro 1 - Conceitos-chave relacionados à segurança do paciente e classificação de eventos.

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 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.
<i>Near miss</i> *	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão*	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento adverso**	Incidente que resulta em dano ao paciente.
Evento adverso leve**	Sintomas leves, perda da função ou danos mínimos ou moderados com curta duração e apenas intervenções mínimas.
Evento adverso moderado**	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção, com aumento do tempo de internação, dano ou perda de função permanente ou temporária.
Evento adverso grave**	Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte a vida ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
Evento sentinela***	Ocorrência inesperada que implica morte, dano grave físico ou psicológico, ou risco disso. Dano grave inclui, especificamente, perda de um membro ou função.

Fontes: *Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. **World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: the concept framework for the International Classification for Patient Safety: final technic report. Genebra; 2009. ***World Health Organization. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. 2011.

Sousa (2006) indica que a ausência de segurança do paciente pode resultar em falta de confiança nas organizações de saúde e nos profissionais, aumento de custos sociais e econômicos e redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados, tendo impacto direto na qualidade dos cuidados.

Ainda, segundo a *WHO* (2009; 2011), os incidentes com pacientes podem ser classificados em 13 tipos: administração clínica; processo/procedimento clínico; documentação; infecção associada aos cuidados de saúde; medicação/fluidos endovenosos; sangue/hemoderivados; dieta/alimentação; oxigênio/gás/vapor; equipamento médico; comportamento; acidentes do paciente; infraestrutura/edifício/instalações e recursos/gestão organizacional.

Até recentemente, os eventos relacionados à segurança do paciente eram considerados inevitáveis ou resultantes de profissionais que não receberam treinamentos ou capacitação (Brasil, 2011).

Tal percepção vem sendo modificada com base na análise a respeito dos dados revelados pelo relatório *To err is human: building a safer health care system* pelo *IOM*, que provocou uma série de discussões sobre as mudanças e os avanços para o estabelecimento e implantação de práticas seguras ao paciente (Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999; Pedreira, Chanes, 2011; Wachter, 2013).

A *WHO* adotou esta questão como tema prioritário na agenda de políticas de seus países membros a partir do ano 2000, trazendo a discussão relativa à questão da segurança do paciente na prática de cuidados em saúde.

Em 2004, a *WHO* criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, visando à socialização dos conhecimentos e das soluções encontradas por meio de programas, alertas e campanhas internacionais de recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (*WHO*, 2004a; Silva, 2010).

Nessa perspectiva, ações voltadas para a prevenção ou minimização dos fatores contribuintes do erro e eventos adversos devem ser foco da gestão em saúde. A fadiga, a pressão no trabalho, a síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) e dependência de substâncias, vêm sendo relacionadas à ocorrência de erros. Da

mesma forma, os erros podem ser consequência de sistemas mal delineados que, consequentemente, geram resultados ruins (Brasil, 2014).

A importância da temática e a preocupação com a qualidade dos serviços em saúde e com a segurança no ambiente hospitalar instigaram organizações e autores a investigarem as causas relacionadas aos erros em saúde e à dinâmica envolvida, que têm os principais atores nos seres humanos falíveis.

O modelo do queijo suíço, de James Reason, traz o conceito de erros ativos, que são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema, e de erros latentes (orifícios no queijo), que são atos ou ações evitáveis dentro do sistema (Reason, 2000; Wachter, 2013; Brasil, 2014).

Esse modelo destaca ser impossível aperfeiçoar o comportamento humano e eliminar falhas humanas e técnicas, que os esforços devem se concentrar na necessidade de diminuir os orifícios do queijo suíço, avaliando suas causas e criando camadas de proteção, evitando que estes se alinhem e que os erros aconteçam (Wachter, 2013; Brasil, 2014).

Vincent (2003) expandiu o modelo de Reason, descrevendo sete categorias de fatores que influenciam a prática clínica, a saber: institucional, organização e gestão, ambiente de trabalho, equipe, indivíduo, atividade e paciente. Estas categorias favorecem o entendimento do erro e podem contribuir para a elaboração de medidas preventivas.

Leape (2009) afirma que os erros são causados por sistemas defeituosos e mal desenhados e que seis mudanças devem ser implementadas: olhar para os erros como falhas do sistema; sair do ambiente punitivo para uma cultura justa; passar de sigilo para a transparência; o cuidado deve ser centrado no paciente e não no de saúde; desenvolver modelos de cuidado interdependentes, colaborativos e de trabalho interprofissional, pois a responsabilização é universal e recíproca.

O IOM propôs a aplicação de conceitos de engenharia de sistemas para a melhoria dos processos relacionados à segurança do paciente, criando o modelo *Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS)*, que tenta explicar, como o

desenho do sistema de trabalho pode impactar na segurança dos pacientes, dos trabalhadores e nos resultados organizacionais (Carayon et al., 2006).

O modelo SEIPS considera que a pessoa (profissional, paciente) executa uma série de atividades, apropriando-se de ferramentas e tecnologias, dentro de um ambiente físico e organizacional, sob condições específicas.

Os cinco componentes do sistema de trabalho (pessoa, atividades, ferramentas e tecnologias, ambiente físico e condições organizacionais) interagem entre si e influenciam uns aos outros. As interações entre os vários componentes produzem resultados diferentes: saúde, segurança, desempenho e qualidade de vida no trabalho. A estrutura de uma organização (sistema de trabalho) influencia a forma como os cuidados são prestados de modo seguro (o processo). Os meios de cuidar/assistir (processo) afetam o quão seguro está o paciente (resultado).

Os dados da Figura 1 exemplificam o modelo SEIPS.

Figura 1 - Modelo *Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS)* de interação de processos na segurança do paciente.

Fonte: The Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS). Center for Quality & Productivity Improvement. University of Wisconsin – Madison. 2015

Por enfatizar a abordagem de sistemas, o modelo *SEIPS* pode ser utilizado, tanto de forma proativa como reativa para aprimorar a segurança do paciente, concentrando-se na concepção de sistemas de trabalho (Carayon et al., 2006).

Cabe ressaltar que fomentar a cultura de segurança e a implementação de estratégias para garantir a assistência segura são requisitos indispensáveis das organizações acreditadoras de serviços de saúde e da WHO.

Nesse aspecto, a própria *JCI* e a *WHO* têm, por meio de campanhas, programas e projetos com vistas à segurança do paciente, atuado como base para que outras organizações em diversos países desenvolvam estratégias semelhantes. Entre as iniciativas, destacam-se as metas internacionais de qualidade e segurança, que incluem a identificação correta do paciente, segurança da comunicação, cuidados com medicamentos, cirurgia segura, prevenção de infecção e prevenção de lesões decorrentes de quedas.

No Brasil, acompanhando esses órgãos internacionais, várias ações governamentais foram implementadas, visando à segurança do paciente, como a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas, operando como observatório do uso de tecnologias para o gerenciamento de riscos à saúde (Brasil, 2014).

Ainda, no contexto da segurança do paciente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em sua Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 63, de 25 de novembro de 2011, instituiu as boas práticas para o funcionamento dos serviços de saúde (Brasil, 2011)

O documento tem como objetivo estabelecer os requisitos para tal, fundamentados na qualificação, humanização da atenção e gestão, redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Propõe, ainda, que os serviços de saúde implementem uma política de qualidade que envolva as dimensões de estrutura, de processo e de resultado do serviço, empregando a garantia de qualidade como ferramenta de gestão.

Os dados da Figura 2 demonstram os tópicos relacionados às boas práticas para o funcionamento dos serviços de saúde.

Em relação à segurança do paciente, a RDC 63/2011 indica que os serviços de saúde adotem estratégias e ações destinadas aos seguintes tópicos: identificação do paciente, higienização das mãos, prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência, à saúde, segurança cirúrgica, administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes, prevenção de quedas e de úlceras por pressão e orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Figura 2 - Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, de acordo com a RDC 63/2011.

Fonte: Brasil. Anvisa. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2011.

Outra importante resolução criada pela ANVISA com o Ministério da Saúde (MS) refere-se à Portaria 529/2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança

do Paciente (PNSP), regulamentado pela RDC 36/2013, estabelecendo ações para promover a segurança do paciente e contribuir para a qualidade dos serviços de saúde (Brasil, 2013). A referida portaria determina a obrigatoriedade pelos estabelecimentos de saúde da implantação de um núcleo de segurança do paciente, passando a ser compulsória a notificação mensal de eventos adversos associados à assistência à saúde.

O PNSP objetiva promover melhorias relativas à segurança do paciente, prevenindo e reduzindo a incidência de eventos adversos por ocasião do atendimento e da internação.

O PNSP está estruturado em quatro eixos, a saber: estímulo à prática assistencial segura, o envolvimento do cidadão em sua segurança, a inclusão do tema no segurança do paciente no ensino e o incremento de pesquisa sobre o tema (Brasil, 2014). Desse modo, pretende-se disseminar os aspectos da cultura de segurança nas instituições públicas e privadas, envolvendo os profissionais, os pacientes e profissionais e os serviços, fomentando o emprego de mecanismos que estimulem a notificação das ocorrências, como ação de aprendizado, prevenção de erro, considerando a falibilidade humana.

Adensando as medidas destinadas à segurança do paciente, o PNSP estabeleceu seis protocolos destinados a prevenção de eventos adversos envolvendo os seguintes temas: Cirurgia Segura; Higiene das Mãos; Identificação do Paciente; Prevenção de Quedas; Segurança Medicamentosa e Úlcera por Pressão. A RDC 36/2013 determina como responsabilidade dos núcleos de segurança do paciente a implementação dos protocolos nos serviços de saúde (Brasil, 2014).

Os seis protocolos supracitados estão consonantes aos recomendados pela *WHO*, com elevada influência na relação custo-benefício, visto que a implementação produz impacto na redução dos erros e eventos adversos.

Cabe salientar que esses protocolos são componentes compulsórios dos planos locais de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde (Brasil, 2014) e que foram construídos com base nas melhores práticas e recomendação para o cuidado seguro, constituindo-se em um guia sistematizado na atenção à saúde.

Outras iniciativas brasileiras incluem o portal PROQUALIS da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISPM Brasil) e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), com a finalidade precípua de disseminar o conhecimento e sedimentar a cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, instituições de ensino e sociedade (Cassiane, 2010; Brasil, 2014).

Diante do exposto, constato que ao se tratar de segurança do paciente, a prevenção de quedas assume papel basilar no cuidado, sendo um dos indicadores assistenciais para o monitoramento da qualidade e para implementação de medidas preventivas e educativas, para mitigar sua ocorrência e as consequências advindas, como as injúrias, a morbidade ou a morte.

1.4 A QUEDA DE PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: DO EVENTO À MENSURAÇÃO E ANÁLISE DO INDICADOR

Embora os avanços no monitoramento do indicador de queda e na gestão da qualidade tenham ocorrido, o evento queda de pacientes no ambiente hospitalar é, ainda, crucial no contexto segurança afetando os pacientes, os profissionais de saúde, especialmente, a enfermagem e a instituição prestadora de serviço. Reitera-se que a ocorrência de queda está associada diretamente à avaliação da qualidade da assistência de enfermagem e traz consigo danos à imagem profissional e organizacional no que tange à judicialização da assistência à saúde.

Para Yauk et al. (2005), a queda é o tipo de acidente mais comum nos hospitais e cerca de 2% dos pacientes admitidos caem, provocando um aumento do período de internação, sendo a fratura de quadril a lesão mais grave, com um custo anual de cerca de 20 milhões de dólares.

Boushon et al. (2008) relatam que, apenas 10% das quedas acontecem nas instituições de saúde; no entanto, representam a principal causa de morte de pessoas internadas com idade superior a 65 anos. Os mesmos autores também afirmam que as quedas de pacientes são os eventos adversos mais notificados nos hospitais.

Almeida, Abreu e Mendes (2010) corroboram a afirmação de que as quedas são os eventos adversos mais frequentes nos hospitais, podendo ter consequências físicas, psicológicas e sociais e resultarem em aumento no tempo de permanência, na dependência de terceiros, acarretando em acréscimo nos custos econômicos e sociais.

Para a *The Joint Commission* (2015), a queda foi o segundo tipo de evento sentinela de maior notificação nos Estados Unidos da América, no ano de 2014, compreendendo 91 entre os 764 eventos, precedido, apenas, pela retenção não intencional de objeto estranho.

Nesse sentido, a queda é um evento complexo a ser discutido e estudado, uma vez que perpassa pelos méritos conceituais, classificações, fatores intervenientes, como estrutura ambiental, condições clínicas e comportamentais dos pacientes, assim como as complicações resultantes do evento. Além disso, é indissociável da gestão da qualidade e da segurança, compreendendo elementos da estrutura e dos processos organizacionais.

Em revisão de literatura constata-se diferenças conceituais quanto ao evento queda de paciente, consequentemente dificultando a compreensão, a avaliação e mesmo a comparação entre estudos e instituições, bem como a respeito da identificação de medidas que possam impactar efetivamente em sua ocorrência.

Lawrence e Maher (1992) definem queda como o evento não planejado que culmina com a ida do paciente ao solo, com ou sem a presença de lesão.

No entender de Tinetti (2003), a queda é uma mudança de posição, inesperada e não intencional, que faz com que o indivíduo desloque-se para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil e sem haver perda prévia da consciência. Nesta definição, entendemos que a perda do nível de consciência excluiria a queda como evento principal.

Para a *WHO* (2004b; 2007), queda é a consequência de qualquer acontecimento que leva o indivíduo a cair ao chão involuntariamente, excluída a ida para descansar em móveis, parede ou outros objetos.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2008) define queda como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil. Ainda, para esta entidade, a queda é determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, gerando a perda de equilíbrio postural, podendo ser decorrentes, tanto de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico como de condição clínica adversa, que afete secundariamente os mecanismos do equilíbrio e estabilidade.

Almeida, Abreu e Mendes (2010) citam que a queda é um evento traumático, multifatorial, habitualmente, involuntário e inesperado, que pode ser recorrente em um mesmo indivíduo.

No Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (CQH, 2012), queda é definida como um evento não intencional que resulta no deslocamento do paciente para o chão ou a um nível mais baixo em relação à sua posição inicial. O indicador relacionado ao evento é descrito, como a relação entre o número de queda de pacientes e o número de pacientes-dia, multiplicado por 1.000.

Pelas definições de queda encontradas na literatura, constatamos elementos em comum, como a não intencionalidade e o inesperado; contudo, o fato da ida ao solo, não é consenso entre os autores.

A elucidação e a clareza na definição do evento queda são determinantes para procedermos a descrição do indicador, a metodologia de coleta e a comparação dos resultados intra e extrainstitucionais, assegurando a mensuração e a interpretação inequívoca dessa ferramenta de qualidade.

Neste estudo, a definição de queda adotada segue o preconizado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e pelo CQH, para os quais a queda é um evento não intencional, com deslocamento para o chão ou um nível abaixo em relação à posição inicial.

Quanto à classificação, verificamos que, para Simpson (2000), as quedas são ocasionais (relacionadas a fatores extrínsecos), intermitentes (associadas a alguma doença aguda ou distúrbio momentâneo do aparelho circulatório), recidivantes (mais

de uma queda em 6 meses) e casos de risco (indivíduos com alto risco de queda, mas, que nunca caíram).

Além da classificação supracitada, Morse (1995), Hendrich et al. (2003) e Morse (2009) apontam três tipos de queda:

- Acidentais - associadas a perigos ambientais, como obstáculos e barreiras, que acontecem em pessoas orientadas, com marcha normal;
- Fisiologicamente previsíveis - acometem indivíduos que apresentam alterações fisiológicas, elevando o risco de queda; estas correspondem a 78% do evento e estão associadas à alteração de locomoção e desorientação; e
- Fisiologicamente imprevisíveis - resultantes de eventos inesperados e incontrolados pelo indivíduo, representando 8% de todas as quedas.

Pela *WHO* (2011), a queda é concebida como um acidente envolvendo o paciente, associada ao ato de tropeçar, escorregar, desmaiar ou perder o equilíbrio, ocorrendo com maior frequência de aparatos, como berço, cama, cadeira, maca e equipamentos e, em locais, como banheiro, escadas ou durante transporte/apoio.

Ponderamos que conhecer os tipos de queda é essencial para a implementação de programas de prevenção e para buscar na população que se almeja estudar os fatores de risco associados a cada um dos tipos. No entanto, a classificação ora apresentada evidencia elementos comuns como as condições clínica e física do indivíduo e o ambiente que o cerca.

Dentre os fatores que contribuem para a ocorrência de quedas, Saraiva et al. (2008) apontam os extrínsecos e os intrínsecos. No primeiro grupo, estão aqueles relativos ao ambiente, como espaços inadequados, mobiliário e iluminação, obstáculos, auxílios técnicos de pessoas ou profissionais não preparados ou ausentes e vestimentas inadequadas. No segundo, encontram-se as alterações fisiopatológicas, como a diminuição da visão e audição, os distúrbios vestibulares, musculoesqueléticos, alteração de marcha; doenças cardiovasculares, neurológicas, osteoarticulares, geniturinárias; efeitos do uso de fármacos induzindo diminuição das funções motoras, tonturas, hipotensão, confusão e sonolência.

No que tange às complicações ou injúrias, Oliver et al. (2004) e Heinze et al. (2006) asseveram que de 30% a 40% das quedas podem resultar em lesões, incluindo fraturas, trauma em tecidos moles, que podem levar à dificuldade de reabilitação e à presença de comorbidades. Ressaltam, ainda, o comprometimento de ordem emocional decorrente do evento, caracterizado por ansiedade, depressão, perda de confiança e síndrome pós-queda, acrescido do aumento na permanência hospitalar, bem como a insatisfação ou processos judiciais por parte dos familiares ou do próprio paciente.

As lesões decorrentes de quedas envolvem com maior frequência a pele, fraturas e traumatismo craniano e óbito, que embora representem menos de 1% do total, geram uma estimativa de 11.000 mortes, no ambiente hospitalar, por ano nos Estados Unidos da América (Currie, 2008).

Para Hendrich et al. (2003), Currie (2008) e Almeida, Abreu e Mendes (2010), as consequências da queda podem acarretar aumento na internação, elevação de custos financeiros e sociais, além de complicações administrativas e legais aos envolvidos.

Alguns estudos mencionam a questão de custos em função da queda. Tzeng e Yin (2008) citam que o custo médio por queda com e sem lesão pode chegar a 425 dólares. Ainda argumentando a respeito dos aspectos financeiros, a queda com lesão tende a acrescentar, ao menos, 6 dias no período de internação (Wong et al., 2011), com um custo aproximado de 14 mil dólares (Galbraith et al., 2011; Haines et al., 2013).

Outro ponto que merece destaque diz respeito aos aspectos éticos e legais circunscritos ao evento queda de paciente no âmbito hospitalar. No que tange à prevenção, à ausência de avaliação do paciente e à implementação de medidas preventivas pode ser considerada uma omissão de cuidado por parte dos profissionais. Por outro lado, algumas medidas de prevenção podem ser interpretadas como abusivas e ofensivas, como o uso de contenção mecânica. Oliver et al. (2007) afirmam que as intervenções de prevenção de queda de pacientes, como o uso de grades no leito e a contenção do paciente são controversas, estando associadas a lesões e a mortes.

Acrescentam que o uso de tais medidas não impacta acentuadamente na redução da incidência de queda, devendo ser aplicadas como parte de protocolos, criteriosamente, analisados, respeitando-se a autonomia dos pacientes.

A contenção mecânica é um recurso que deve ser empregado quando todas as outras medidas não surtiram efeito ou não puderam ser utilizadas e a agitação psicomotora do paciente representar um risco para sua segurança (Conselho Federal de Enfermagem, 2012).

De acordo com o Código Civil Brasileiro (Brasil, 2002), a responsabilização civil frente à queda do paciente ocorre pela chamada culpa *in vigilando*, que consiste na falta de vigilância ou atenção apresentada em relação a alguém ou alguma coisa e que, por isso, ocorreu um prejuízo. A mesma legislação estabelece a "cláusula de incolumidade", situação definida, quando o paciente internado deve ser mantido livre de qualquer perigo. Todo e qualquer acidente que acometer o paciente, a instituição e seus propostos serão responsáveis, salvo se o estabelecimento provar que não houve culpa por parte de seus trabalhadores.

Nos últimos anos, inúmeras ações foram impetradas contra instituições de saúde públicas e privadas, em razão de pacientes acometidos por quedas (Rede JusBrasil, 2013).

Nessas situações, o poder judiciário vem se posicionando frente à responsabilidade civil que as instituições de saúde têm como prestadoras de serviços, devendo responder objetivamente nos termos do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Brasil, 1990). Existe, ainda, o aspecto relacionado à conduta dos profissionais envolvidos na queda, mas o dever de reparação, que também é previsto no Código de Processo Civil Brasileiro (Brasil, 2002), é definido com base em prova pericial.

Esses processos judiciais envolvem desde queda de recém-nascido em berçário e sala de parto à queda de adultos em unidades de emergência, de internação e centro-cirúrgico, que resultaram em fraturas, perda de função e morte.

Não obstante, a necessidade de implementação de protocolos assistenciais relacionados às medidas preventivas torna imprescindível a aplicação de instrumentos, destinados à avaliação do risco de queda.

Desse modo, dentre as escalas de avaliação de risco de queda amplamente empregadas no âmbito hospitalar por enfermeiros, encontram-se as de Hendrich, Morse, Schmid e a *St. Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients*, conhecida, como STRATIFY.

As escalas de enfermagem para avaliação de risco de queda são aplicadas na admissão e nas reavaliações de risco, permitindo identificar os fatores de risco intrínsecos e a escolha de intervenções individuais de prevenção e minimização desses fatores. As variáveis contidas nessas escalas incluem a história de quedas, diagnósticos secundários, auxílio para deambulação, terapia endovenosa, terapia medicamentosa, tipo de marcha e estado mental (*Joint Commission Resources*, 2007).

Cabe ressaltar que essas escalas são preditivas do risco do indivíduo para quedas, fisiologicamente, previsíveis. As quedas acidentais ou fisiologicamente não previsíveis, que juntas representam em torno de 20% dos eventos não podem ser mensuradas por esses instrumentos.

No que tange aos fatores envolvendo a situação, a maioria das quedas no ambiente hospitalar ocorre em razão de fatores intrínsecos, e os fatores extrínsecos respondem por menos de 15%; e mais da metade envolve a tentativa do paciente ir ao banheiro (Hendrich, 2006).

A literatura mostra grande preocupação em relação a quedas na população idosa, considerando-a mais vulnerável, entretanto, no ambiente hospitalar todos os pacientes, independentemente da idade podem sofrer uma ou mais quedas.

Vale ressaltar que, para Morse (2009), pacientes inconscientes não teriam risco de queda, mas a mobilização desses pela equipe de enfermagem ou outros profissionais de saúde constitui-se em um fator de exposição ao risco de queda, como também as mobilizações realizadas em pacientes obesos e por número de profissionais insuficientes.

A atuação da equipe multiprofissional na prevenção das quedas é imprescindível, mas cabe à equipe de enfermagem e, especificamente, ao enfermeiro o papel de liderança e supervisão nesse processo. A avaliação e identificação do risco de queda, o diagnóstico de enfermagem relativo ao risco e o planejamento das intervenções necessárias para evitar que este evento ocorra são responsabilidades do enfermeiro.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) relata que as intervenções de prevenção de queda compreendem uma combinação de componentes que incluem a avaliação pós queda, educação de pacientes e da equipe, orientação para uso de calçado adequado, agendamento e supervisão de eliminação fisiológica e avaliação de medicamentos (Shekelle et al, 2013). A AHRQ cita, ainda, que as intervenções individuais incluem o uso ou remoção de grades dos leitos, uso de restrições físicas, dispositivos de alarme de movimento, camas mais próximas ao chão, exercício ou terapia física adicional, aumento de observação ou de assistência, cálcio ou vitamina D, protetores de quadril e prevenção de delirium.

A implantação de programas de prevenção de quedas no ambiente hospitalar é essencial para qualquer instituição e sua construção deve ser baseada nas melhores evidências encontradas na literatura. Entretanto, Oliver (2008) afirma que há escassez de estudos consistentes e confiáveis do ponto de vista científico que contribuam para intervenções eficazes na redução das quedas e quedas com lesão.

As medidas de prevenção universal de queda incluem: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados, movimentação segura dos pacientes, manter a campainha e objetos pessoais ao alcance do paciente, uso de barras de apoio no banheiro e corredores, cama baixa e travada (Brasil, 2013; Ganz et al., 2013).

Desse modo, apreendemos que as ações preventivas para queda no ambiente hospitalar incluem: avaliação e reavaliação do risco de queda; sinalização pelo uso de pulseiras ou placas nos quartos, identificando o risco de queda; grades do leito elevadas, camas baixas e travadas, campainha próxima ao paciente, luzes de orientação à noite; orientação ao paciente e família; alarmes de saída do leito, pisos antiderrapantes, uso de protetores de quadril, retirada de obstáculos e material

educativo sobre prevenção de quedas (*National Center for Patient Safety*, 2013). Somam-se, ainda, as medidas preventivas como o uso de contenção do paciente no leito, por meio de grades elevadas, assim como as pulseiras de restrição, cintos, faixas, amarras e outros materiais.

Dentre as várias possibilidades de se analisar quantitativamente as quedas em ambiente hospitalar, a medida de incidência de queda é, com probabilidade, a mais empregada, mensurada e analisada como um indicador de qualidade assistencial.

Como ponto de atenção, se faz necessário que a metodologia de coleta do indicador seja idêntica em todas as instituições, para que a comparação dos resultados possa ser realizada, levando-se em conta o perfil dos pacientes atendidos pelas mesmas.

Estudos monitorando a incidência de queda de paciente no ambiente hospitalar, em que o indicador de queda tem a equação na razão do número de quedas por pacientes dia multiplicado por 1.000, têm demonstrado oscilação na série histórica e seus determinantes.

Enloe et al. (2005) analisaram a série histórica do indicador de queda em um hospital de ensino americano, no decorrer de 6 anos e encontraram uma incidência de 2,63 quedas por 1.000 pacientes-dia, atingindo, sobretudo, os pacientes em fase de reabilitação.

Estudos conduzidos por Morse (2009) demonstram incidências de queda de 3,2 a 17,99 por 1.000 pacientes-dia, concluindo que as quedas são passíveis de ocorrer em toda a população, com exceção de pacientes inconscientes e crianças que, ainda, não deambulam.

Oliver, Healey e Haines (2010) relatam uma incidência de quedas que varia de 1,3 a 8,9 por 1.000 pacientes-dia. Paiva et al. (2010) encontram uma incidência menor em um hospital universitário brasileiro, de 0,30 por 1.000 pacientes-dia. Correa et al. (2012) citam estudos que evidenciaram uma incidência de 1,4 a 13 quedas por 1.000 pacientes-dia.

A associação entre a incidência de quedas de paciente e a assistência de enfermagem prestada pode ser analisada, visto haver relação direta entre ambas.

Lake et al. (2010) verificaram que a incidência de quedas de pacientes em hospitais *Magnet* foi 5% menor quando comparada a hospitais sem essa certificação específica do Serviço de Enfermagem.

Uma revisão sistemática acerca dos programas de prevenção de quedas para pacientes hospitalizados conduzida por Miake-Lye et al. (2013), cita uma incidência de 1,3 a 8,9 quedas por 1.000 pacientes-dia, sendo mais elevadas nas enfermarias de neurologia, geriatria e reabilitação.

Viana et al. (2011) verificaram em um estudo observacional italiano realizado em 58 hospitais, embora não aplicado à equação, a incidência de quedas de 2,2%, mas contrário aos encontrados em publicações espanholas, que oscila entre 0,4% a 1,3%. Estes dados foram apresentados em porcentagem, não possibilitando a comparação com outros estudos que utilizam a fórmula de incidência do indicador.

Entre os estudos brasileiros que buscaram traçar o perfil de pacientes que sofreram queda no âmbito hospitalar, Paiva et al. (2010) analisaram 80 quedas de pacientes de um hospital terciário e encontraram uma maior frequência de quedas do leito, em pacientes do sexo masculino e com problemas neurológicos.

Em um estudo semelhante, Costa et al. (2011), encontraram uma maior incidência de quedas do leito também em homens. Com relação ao período de ocorrência do evento, ambos estudos apontaram o período noturno.

Assim, o monitoramento e a implementação de medidas de prevenção de quedas de pacientes devem ser foco de atenção de todas as instituições de saúde e de seus profissionais, cabendo, ainda, o envolvimento do paciente e família no cuidado.

Dado o exposto relacionado à complexidade e à severidade do evento queda de paciente nos processos de trabalho assistencial e gerencial, este estudo tem por finalidade avaliar o evento queda de paciente no âmbito hospitalar.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

- Compreender a vivência dos enfermeiros acerca do processo de implementação de medidas preventivas e monitoramento do evento queda de paciente em um hospital privado do Município de São Paulo; e
- Compreender a vivência dos pacientes acometidos pelo evento queda em um hospital privado do Município de São Paulo.

3 O CAMINHO METODOLÓGICO

3 O CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para atender aos objetivos descritos e por reconhecer que a experiência dos profissionais e dos pacientes é crucial na avaliação dos serviços prestados, optei por realizar esta investigação na abordagem qualitativa, exploratória, descritiva na modalidade estudo de caso.

Os estudos exploratórios, descritivos investigam os fenômenos visando à maior familiaridade do pesquisador com o problema, descrevem e relacionam as variáveis, buscando informações precisas sobre as características dos participantes, grupos, instituições ou situação (Lo-Biondo-Woud , Harber, 2001; Gil, 2002).

O estudo de caso evidencia ligações entre intervenções e situações da vida real, o contexto em que ocorrem, como também o sentido e a relevância de determinadas situações-chave nos resultados de uma intervenção (Minayo, 2010).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário deste estudo foi o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), hospital geral, de natureza jurídica privada, de grande porte, localizado no Município de São Paulo. A referida instituição, fundada há 117 anos por imigrantes europeus de língua alemã, realiza, aproximadamente, 13 mil atendimentos clínicos e cirúrgicos por mês, de pacientes particulares, conveniados e daqueles provenientes da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), via programa de sustentabilidade social.

O HAOC possui 324 leitos distribuídos em 20 unidades de internação, sendo duas especializadas em onco-hematologia, uma em ortopedia, uma em nefrologia, uma em transplante hepático, uma em neurologia e as demais em clínica médico-

cirúrgica. A Unidade de Terapia Intensiva conta com 34 leitos, subdivididos em três áreas dedicadas à cardiologia, à neurologia e geral.

No que tange aos profissionais, o total de trabalhadores corresponde a 2.380. A equipe de enfermagem compreende 945 profissionais, sendo 285 enfermeiros, 625 técnicos e 35 auxiliares. A organização da Enfermagem compreende: o gerente, o coordenador, os enfermeiros assistenciais, os técnicos e auxiliares de enfermagem, estes últimos em número reduzido.

O modelo assistencial adotado pelo HAOC segue os princípios do cuidado integral, do *Primary Nursing*, que foi implementado como profissional referência e do *Relationship Based Care*. Preconiza a atenção centrada no paciente e família com ênfase no autocuidado. O Processo de Enfermagem segue todas as fases determinadas pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, com referencial teórico de Wanda Horta, Dorothea Orem, Jean Watson e Kristen Swanson. A fase de Diagnóstico de Enfermagem segue a taxonomia *North American Nurses Diagnoses Association International (NANDA-I)*.

Na estrutura organizacional, o conselho deliberativo é o órgão de direção, seguido pela Superintendência Executiva, que coordena as atividades da instituição, a quem responde a Superintendência Assistencial, composta pela Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia Clínica, Psicologia e Capelania.

A instituição adota as seis metas internacionais de segurança do paciente, preconizadas pela *WHO* e *JCI*, relacionadas à identificação correta do paciente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto, reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas. Cada meta possui, ao menos, um indicador de resultado, sendo o líder da meta, o responsável pela inserção dos dados referentes ao indicador no sistema informatizado.

As ações do HAOC em relação à prevenção de queda foram iniciadas em 2004, com a identificação da população de risco, por meio de avaliação dos fatores de risco com base na literatura. Medidas de sinalização da população em risco de queda e de prevenção foram implementadas, como o carimbo de RISCO DE QUEDA, inserido

nos impressos do prontuário dos pacientes e medidas que contemplavam a manutenção da cama do paciente em nível baixo e travada, grades elevadas, iluminação de parede e corredor, campainha ao alcance das mãos do paciente, orientação quanto à importância de ter um acompanhante, dentre outras. As quedas de pacientes externos e acompanhantes também eram analisadas, e os locais de atendimento contemplavam medidas específicas.

No decorrer dos anos, as medidas de prevenção foram aprimoradas, com a implantação de pulseiras de identificação de risco de queda, na cor laranja e placa de identificação do quarto na mesma cor. Cabe ressaltar que a cor, internacionalmente, utilizada para identificação do risco de queda é a amarela, a cor laranja foi escolhida por não estar associada na Instituição a outras sinalizações, uma vez que as cores vermelha, amarela, azul e verde estavam associadas à identificação de precauções de contato.

Em relação às medidas educativas para pacientes, familiares e acompanhantes, foi criado o folheto com orientações para prevenção de queda no HAOC e no domicílio. Tendo em vista a incorporação do prontuário eletrônico, a prescrição de enfermagem foi aprimorada e um plano de educação específico para queda foi elaborado, contendo as informações a serem transmitidas aos pacientes e familiares. Outras ações envolveram a instalação de placas luminescentes nos quartos das unidades de internação, para salientar aos pacientes e acompanhantes a necessidade de solicitar ajuda no intuito de evitar queda.

A partir de 2011, as lesões decorrentes de queda e das medidas de prevenção, no caso, as contenções começaram a ser aferidas. Recentemente, em 2014, a escala de avaliação de risco de queda de Morse foi instituída para os pacientes admitidos nas unidades de internação. Assim, a avaliação do risco de queda passou a contemplar, de modo mais evidente, o paciente, a situação e o ambiente.

Quanto aos documentos que norteiam a prática assistencial, desde 2005, estão implementadas a normatização e a sistematização a assistência para prevenção de queda, que se encontram na 18ª versão, bem como as ações a serem executadas na ocorrência de queda.

Nessa trajetória de 10 anos, outro marco que se destaca, foi a instituição em 2014, dos seguintes documentos: Política de Prevenção de Lesões Decorrentes de Queda, Programa de Prevenção de Lesões Decorrentes de Queda e Protocolo de Prevenção de Quedas.

Os dados da Figura 3 ilustram as principais medidas do HAOC na linha de tempo da prevenção de queda.

Figura 3 - Linha do tempo das médias de prevenção de queda do HAOC no período entre 2005 e 2014.

Concernente à obtenção e registro dos dados e cálculo do IQP, as quedas de pacientes internados eram notificadas em impresso específico e encaminhadas ao Setor de Qualidade, que procedia à análise e cálculo do indicador e divulgava os resultados com o grupo de prevenção de queda. Em 2007, o Serviço de Educação Continuada passou a centralizar a análise das notificações e, em 2009, essa atividade foi transferida ao setor de Desenvolvimento Institucional, onde o líder do grupo de prevenção de queda calcula o indicador e insere o resultado no sistema eletrônico de indicadores, cuja visualização é acessível a todos os profissionais da instituição.

Os dados do Gráfico 1 ilustram a distribuição média do indicador IQP, entre 2005 e 2014, contemplando 10 anos de mensuração.

Gráfico 1 - Distribuição do indicador Incidência de Queda de Paciente do HAOC no período entre 2005 e 2014. São Paulo, 2015.

Fonte: Relatório interno do indicador IQP do HAOC. São Paulo, 2015.

Os resultados do Gráfico 1 apontam que a média da incidência foi de 1,51 quedas por 1.000 pacientes-dia e que o ano de 2009 apresentou a maior incidência.

A análise das notificações demonstrou uma incidência de quedas discretamente maior na população masculina, média de idade de 67 anos, pacientes clínicos das unidades de oncologia e pacientes cirúrgicos da ortopedia e neurologia. A queda ocorreu, em média, no 11º dia de internação. Quanto às características do evento, a queda da própria altura foi a mais prevalente, seguida da queda da cama. As notificações, entre 2005 e 2006, mostram a queda da poltrona como uma das mais prevalentes; após a colocação de travas na base das mesmas, esse tipo de queda diminuiu consideravelmente. A presença de acompanhante no quarto no momento da queda foi observada em 60%. As quedas distribuíram-se em frequência semelhante nos plantões matutino, vespertino e noturnos.

A análise das quedas permitiu verificar que as situações envolvendo necessidades fisiológicas são os principais motivos que levam o paciente a levantar da cama ou cadeira. Chamou a atenção também um número significativo de quedas envolvendo andadores, equipamentos hospitalares como suportes de soro, além de piso molhado. As principais lesões apresentadas foram hiperemia, hematoma, escoriação, ferimento cortocontusos e fratura.

3.3 DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

Para explicitar a natureza do objeto e o contexto da investigação, optei pela modalidade de estudo de caso e na vertente qualitativa. Para Gil (2002), o estudo de caso aprofunda e explora, exaustivamente, um ou poucos objetos, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento, estimulando novas descobertas, dando ênfase na totalidade e na simplicidade dos procedimentos, empregando um roteiro flexível no desenvolvimento da pesquisa.

Os estudos de caso têm como ponto central o caso em si, são investigações detalhadas de uma única entidade ou um pequeno número das mesmas, podendo ser um indivíduo, família, instituição, comunidade ou outra unidade social, cuja riqueza das informações descritivas pode evidenciar as relações entre fenômenos diferentes ou tendências ao longo do tempo (Polit, Beck, 2011).

Minayo (2010) considera que a abordagem qualitativa preocupa-se com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes e hábitos dos indivíduos, permitindo compreender o que pensam os indivíduos sobre suas experiências em determinadas situações, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, oferecendo a oportunidade de discussões de temas que devem ser explorados profundamente.

Os estudos de caso devem conter os seguintes atributos para garantir sua qualidade científica: objetividade, precisão, operacionalidade, credibilidade, transferibilidade e fidedignidade. A objetividade refere-se aos métodos e técnicas adotados na coleta e análise de resultados da pesquisa. Na precisão, o pesquisador inicia seu trabalho com conceitos mais ou menos amplos, os quais vão sendo

aprofundados à medida que os dados vão sendo coletados e analisados. Na operacionalidade, os conceitos são definidos para identificar o fato ou fenômeno em estudo, validando os dados a serem coletados. A credibilidade aplica-se aos estudos de caso explicativos, que necessitam de validação das inferências causais. A transferibilidade refere-se à possibilidade de generalização das descobertas. Por fim, a fidedignidade é a possibilidade de um instrumento de coleta de dados, ao ser aplicado mais de uma vez a mesma amostra, produza os mesmos resultados, estando associado aos métodos quantitativos de coleta de dados (Gil, 2009).

Este estudo de caso seguiu os conceitos propostos por Yin (2010), para quem essa modalidade, como desenho de pesquisa, é a análise sistemática de múltiplas formas de informação, que possibilitam alcançar a compreensão de um dado contexto e daqueles nele inseridos, permitindo preservar características significativas, complexas e integrais dos acontecimentos da vida real, quando os limites entre fenômeno e contexto não estão claramente definidos. Para esse autor, o estudo de caso esclarece uma decisão ou um conjunto de decisões tomadas, implementadas e seus resultados definidos, conduzindo à compreensão ampliada dos fenômenos ou das situações.

A investigação na modalidade estudo de caso possibilita contemplar situações únicas em que coexistem muitas variáveis de interesse e múltiplas fontes de evidência, retrospectivamente e, ao longo do tempo, podendo ser utilizado, mediante três condições elementares: o tipo de questão de pesquisa, a extensão de controle que o pesquisador reúne sobre os eventos comportamentais atuais e o grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos, em oposição aos acontecimentos históricos.

Yin (2010) ressalta também que esse método permite examinar acontecimentos contemporâneos sem manipulação de comportamentos relevantes, tendo como duas fontes de evidências a observação direta dos acontecimentos estudados e as entrevistas das pessoas envolvidas. O autor afirma que a essência do estudo de caso está em tentar esclarecer o motivo de tomada de uma decisão ou um conjunto de decisões, a implementação e os resultados, empregando como estratégia essencial as múltiplas fontes de evidências, fazendo com que os dados convirjam de modo triangular. Assim, de acordo com Yin:

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto são claramente evidentes (Yin, 2010, p.39).

Para esta pesquisa, justificou-se a escolha pelo método, pois a pesquisadora pretende compreender o fenômeno queda de paciente e a implementação de medidas de prevenção de quedas dos pacientes internados no HAOC e seu resultado na última década.

No entender de Yin (2010), o projeto de pesquisa de um estudo de caso possui cinco componentes:

- A questão do estudo - direcionada para como e por quê;
- Sua preposição, se houver - para estudos exploratórios, o melhor seria a finalidade;
- A unidade de análise – pode ser um indivíduo, um bairro, uma comunidade, uma empresa, país, evento, entre outros;
- A lógica que une os dados às proposições; e
- Os critérios para se interpretar as descobertas.

Para responder aos pressupostos acima descritos, listamos a seguinte questão de estudo: **Como os pacientes, familiares e os enfermeiros de uma instituição hospitalar privada vivenciam o evento queda?**

As unidades de análise foram os pacientes acometidos pelo evento queda no meio hospitalar e os enfermeiros do HAOC que vivenciam a implementação de medidas corretivas e preventivas e suas implicações na qualidade assistencial e na segurança em saúde.

Os dados foram coletados em dois momentos descritos a seguir.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 O primeiro momento

A coleta de dados ocorreu no período entre maio e novembro de 2014, empregando-se a entrevista semiestruturada gravada e o diário de campo.

De acordo com Silverman (2009), a entrevista qualitativa transcende as questões puramente técnicas, visto que o entrevistador busca a interação com o participante, tentando compreender sua experiência, ideias e opiniões. A entrevista é produzida de forma colaborativa, na qual o entrevistado e o entrevistador compartilham uma conversa com envolvimento na realidade, sendo uma profícua fonte de dados, que oportuniza o acesso ao modo como as pessoas relatam a experiência. Ainda para o mesmo autor, as entrevistas gravadas são um registro público, podendo ser reproduzidas, melhorando as transcrições e preservando a sequência da conversa.

Minayo (2010) refere que a entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo e que, para a pesquisa qualitativa, é necessário o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Esclarece que a entrevista semiestruturada difere da estruturada, pois nenhuma interação se coloca de forma totalmente aberta ou fechada, obedecendo-se a um roteiro preparado pelo pesquisador, facilitando a abordagem.

As entrevistas foram guiadas por duas questões norteadoras:

- “Conte-me como foi para você a experiência de ter sofrido o evento queda durante sua internação no hospital”;
- “Descreva-me alguma situação marcante por ocasião do evento relacionada aos profissionais do hospital ou seus familiares ou acompanhantes”;

A pesquisadora usou o diário de campo para registrar as observações referentes aos participantes como falas e comportamentos prévios à entrevista e

expressões faciais e corporais e o ambiente onde se deu a entrevista. O registro destas observações também foi utilizado na transcrição das entrevistas.

Os participantes selecionados para as entrevistas corresponderam a dez pacientes, entrevistados na Instituição; que foram identificados com a letra E, concernente a “Entrevistados” e numerados de E1 a E10, respeitando-se a cronologia dos encontros.

Os critérios de inclusão foram: estar preservada a capacidade cognitiva e de expressão verbal, de modo compreensível; possuir condições clínicas estáveis e idade superior a 18 anos. Como critérios de exclusão, foi estabelecido quando o paciente não reconhecer o evento queda, embora o evento tenha sido notificado.

Os participantes foram convidados pela pesquisadora, e as entrevistas foram conduzidas com base em um roteiro (Apêndice A). O encontro deu-se algumas horas ou dias, após o evento queda.

A pesquisadora era avisada da ocorrência de queda pelos Supervisores de Processos Assistenciais e, após a análise do evento, por meio dos registros e prontuário, dirigia-se à unidade de internação, munida do diário de campo e gravador, apresentando-se, primeiramente, à equipe de enfermagem para obter informações quanto à condição clínica do paciente e sobre o evento e, em seguida, abordava o paciente e acompanhante, convidando-os a participar do estudo e aplicando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (Apêndice B).

Nesse percurso, várias situações impediram a participação do paciente como a idade avançada e quadro confusional ou demencial, instabilidade clínica, realização de exames, comportamento agressivo e doença psiquiátrica vigente. As quedas intencionais, ocorridas em pacientes em tratamento psiquiátrico, não foram abordadas pela pesquisadora.

Alguns pacientes ao serem abordados sobre o evento queda negaram que o fato houvesse ocorrido, pois como não chegaram ao solo, não acreditavam na existência da queda. Apenas um paciente ao ser convidado recusou-se a participar, não permitindo nova abordagem acerca da queda.

As entrevistas tiveram, em média, a duração de 20 minutos e para transformá-las em textos, recorri às etapas preconizadas por Meihy (1996), que compreenderam a transcrição, textualização e a transcrição. Na transcrição, ocorre a transformação da linguagem oral gravada para a linguagem escrita. Nessa etapa, mantive entre colchetes as expressões e explicações do paciente. A seguir, ouvi a entrevista gravada, comparando-a ao texto escrito.

A próxima etapa consistiu na textualização, cujas questões norteadoras foram suprimidas e incorporadas às respostas, assumindo a primeira pessoa, passando a compor uma narrativa. Finalmente, houve a transcrição da narrativa, ordenando-se os parágrafos, as frases, produzindo, o que Meihy (1996) denomina “teatro da linguagem”. Para tanto, a própria língua dispõe de recursos, como pontuação, construção gramatical, visando à transformar o texto estático em uma leitura dinâmica, capaz de recriar o contexto da entrevista, conduzindo o leitor ao universo de sensações vividas no encontro: participante - pesquisador.

O processo de coleta de entrevistas foi encerrado ao se constatar que a compreensão sobre a lógica interna da população em estudo foi atingida. Na seleção dos sujeitos de um estudo qualitativo, é fundamental a escolha de um grupo de pessoas que esteja vivendo o fenômeno a ser investigado, uma vez que a preocupação está voltada para o aprofundamento e a abrangência na percepção desse grupo. Desta forma, o número de participantes é determinado à medida que houver a compreensão do fenômeno e o objetivo for atingido (Minayo, 2010).

3.4.2 O segundo momento

A coleta de dados ocorreu no período entre dezembro de 2014 e março de 2015.

A técnica empregada para apreender os dados correspondeu ao grupo focal, escolhido para compreender a vivência dos enfermeiros acerca do evento queda, considerando o caráter processual e a temporalidade.

Flick (2009) cita que a finalidade do grupo focal está no aspecto interativo da coleta de dados, sendo aplicado como um método em si mesmo ou em combinação com outros métodos (observações, entrevistas, levantamentos), gerando discussões, revelando os significados supostos pelas pessoas, como também o modo pelo qual negociam esses significados.

Para Minayo (2010), o grupo focal constitui-se em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos, de seis a 12 participantes, devendo ser empregado um roteiro que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador que seja capaz de estimular a participação e a opinião de cada participante, tendo também um relator.

Nos encontros realizados do grupo focal, a pesquisadora assumiu o papel de moderadora e a orientadora, de relatora.

Inicialmente, estavam previstos dois encontros para a realização do grupo focal. Mas, por solicitação das participantes e a avaliação de todos os envolvidos, houve três encontros.

O grupo focal foi constituído por 11 enfermeiras atuantes nas unidades de internação, UTI e Setor de Prática Assistencial. O tempo de atuação no HAOC variou entre 2 e 27 anos e houve a participação de enfermeiros de todos os turnos de trabalho. No grupo, as enfermeiras foram identificadas por codinome de Deuses da mitologia greco-romana, a saber: Psiquê, Mercúrio, Saturno, Vênus, Minerva, Apolo, Diana, Júpiter, Netuno, Vulcano e Juno.

O convite foi divulgado por meio de correio eletrônico a todos os enfermeiros das unidades de internação e UTI, com o critério de inclusão e a finalidade do estudo.

O grupo constituiu-se de 11 enfermeiras, todas do sexo feminino, com tempo de atuação no HAOC de 2 a 27 anos, atuantes nas unidades de internação, UTI e setor de Prática Assistencial e nos períodos matutino, vespertino e noturno.

Em síntese, no primeiro, realizado em 8 de dezembro de 2015, foram explicados a finalidade do grupo focal, o desenvolvimento dos trabalhos, o tempo de duração e a necessidade de gravação.

Às participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue em duas vias (Apêndice C) e todas concordaram com a maneira proposta pela pesquisadora na condução dos trabalhos.

A moderadora apresentou a série história do indicador de qualidade assistencial “Incidência de Queda de Paciente” entre 2010 e 2014 e as características das quedas identificadas na análise das notificações.

As discussões do primeiro encontro foram norteadas pelas seguintes questões:

- “Há algum fato marcante em sua vivência como enfermeira, em relação ao evento queda de paciente neste hospital? ”
- “Com base em sua vivência, nesta instituição, com as medidas de prevenção de quedas de pacientes, o que deve ser considerado para a efetividade e revisão dessas medidas? ”

O segundo encontro do grupo focal foi realizado em 9 de fevereiro de 2015, tendo comparecido sete participantes e teve por finalidade discutir os instrumentos destinados à prevenção de queda de paciente, com ênfase no folheto de educação e no plano de educação.

O terceiro encontro ocorreu em 17 de março de 2015, compareceram cinco participantes objetivando discutir as mudanças sugeridas pelo grupo no encontro anterior, a conclusão do folheto e do plano de educação e apresentar os resultados oriundos da construção coletiva.

Todas as sessões foram gravadas, e a relatora empregou o diário de campo, para registrar a dinâmica interpessoal do grupo, as expressões e relação dos participantes, no intuito de enriquecer a coleta de dados. Os encontros do grupo ocorreram em uma das salas de aula da Escola Técnica de Educação em Saúde (ETES) do HAOC.

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados gerados das narrativas e do grupo focal, empregamos o método de análise de conteúdo de Bardin (2011), para quem a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras, buscando a realidade por meio das mensagens sendo composta pelas seguintes etapas:

- Pré-análise – engloba a organização e preparação para a análise;
- Exploração do material ou codificação – transformação dos dados em unidades de análise; e
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – proposta de inferências e interpretações

Da análise das narrativas e do material produzido no grupo focal, busquei as unidades de significado, culminando na construção de cinco categorias:

- A singularidade do evento queda: da expressão do fato à manifestação de sentimentos;
- O olhar do paciente e familiar para os recursos institucionais: elementos de estrutura, processo e resultado;
- A vulnerabilidade e os determinantes no evento queda;
- A implementação de medidas para a prevenção de queda à luz da tríade Donabedian e
- O modo de ser: reflexões atitudinais acerca da interface enfermeiro-paciente.

A análise interpretativa das categorias deu-se à luz dos referenciais alusivos à segurança do paciente, qualidade dos serviços e autoeficácia de Bandura (1999; 2004).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil para apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), instituição proponente, e do HAOC, sob o CAAE 21725213.6.00005392 e aprovada pelo CEP da EEUSP, por meio do parecer nº 435.415 (Anexo 1) e 544.053 (Anexo 2), e pelo CEP do HAOC por meio do parecer nº 604.150-0 (Anexo 3), respeitando-se os trâmites e as exigências estabelecidas pelas instituições.

Atendendo às normas presentes na Resolução 466 de dezembro de 2012, que versa sobre as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2012), foi empregado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregue em duas vias, sendo que após a assinatura dos participantes, uma via permaneceu com a pesquisadora e a segunda com o participante. Àqueles que, por algum motivo, não podiam ler o TCLE, o mesmo foi lido em voz alta, sendo enfatizados a finalidade, os possíveis riscos, o sigilo dos dados pessoais, a possibilidade de retirar o consentimento a qualquer momento e como entrar em contato com a pesquisadora. Com exceção de um paciente que estava de alta hospitalar, todos estavam acompanhados por familiares no momento da aplicação do TCLE.

Cabe esclarecer que dois familiares voluntariaram-se a participar da pesquisa e foi-lhes aplicado o TCLE.

4 A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS: AS NARRATIVAS E OS ENCONTROS

4 A CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS: AS NARRATIVAS E OS ENCONTROS

4.1 O PRIMEIRO MOMENTO: A CARACTERIZAÇÃO DA QUEDA E AS NARRATIVAS

Este momento destina-se a apresentar a caracterização dos participantes, das entrevistas, a descrição do contexto e as narrativas dos dez pacientes acometidos pelo evento queda, seguindo a ordem de E1 a E10.

Participante E1

A Caracterização

E1, sexo feminino, 81 anos de idade, viúva, ensino médio, aposentada, admitida para tratamento clínico de linfoma não Hodgkin refratário à quimioterapia em 09/01/2014. Como antecedentes relatou Diabetes mellitus e hipotireoidismo. Durante sua internação recebeu ciclos de quimioterapia combinadas com imunoglobulinas e outros medicamentos. Em 25/05/2014, faleceu em decorrência de choque séptico.

Sua admissão hospitalar foi classificada como risco de queda e havia 13 planos de educação para prevenção de queda registrados em seu prontuário, antes da ocorrência do evento.

A entrevista

A entrevista foi realizada em 22/04/2014, às 17 horas, com duração de 10 minutos. E1 estava deitada no leito, com a cabeceira elevada e acompanhada de uma cuidadora. Demonstrou receptividade e interesse em participar da pesquisa. O relato foi detalhado, e sua fala foi clara, utilizando expressões faciais e corporais; em alguns momentos, solicitou auxílio da cuidadora para enfatizar alguns aspectos de sua fala. E1 estava em isolamento de precaução de contato. As precauções relacionadas a esse tipo de isolamento foram seguidas, conforme protocolo institucional para a realização da entrevista,

O contexto

O evento queda ocorreu em 19/04/2014, no final do período da manhã, enquanto caminhava com sua filha pelo corredor da unidade de internação e dirigia-se à sala de espera da unidade. Ao tentar se sentar no sofá na sala de espera, caiu sentada no chão. Foi atendida pela equipe de enfermagem e avaliada pela equipe médica, apresentando hematoma e escoriação em membro superior direito (MSD), decorrente da queda. Após algumas horas, queixou-se de dor no MSD, sendo realizado exame de imagem, sem alteração. A dor foi atribuída pela equipe médica à infusão de imunoglobulina.

A narrativa

“Eu estava com a minha filha e fui sentar lá na saleta, estava sentando no sofá e, na hora, que fui sentar, eu não me posicionei direito, me desequilibrei e caí no chão, sentei fora da cadeira, não foi fraqueza na perna ou tontura. Estava com a minha filha, mas essa minha filha é muito desligadona, invés dela focar em mim, ela caiu em cima de mim! Nós duas caímos, e ela caiu em cima de mim, porque ela fica atrapalhada comigo, ela não sabe o que fazer. Minha filha ficou péssima, ficou bem assustada [risos]; na hora, ela não sabia o que fazer, ela é sempre assim. Ela fica atarantada com as coisas, e ela não sabe resolver a situação. Então, depois eu vim pro quarto, mas eu não tive nada, tive esse negócio aqui, hematoma, depois tirei radiografia, tá tudo bem!

A única coisa que me deu foi uma dor terrível, daqui do começo [mostra coluna cervical] até o fim da coluna, eu não sabia por quê, mas eu gritava, eu nunca vi uma coisa assim. Eu nunca tive na minha vida uma dor desse jeito. Antes da queda, eu não estava sentindo nada; aí, o médico mandou dar uma injeção, veio outro médico e o meu médico, mesmo falou que não tinha nada a ver com a queda, foi só o remédio que estou tomando que deu esse revertério. Estou com força razoável na perna, eu estava sentindo muito mais, mas, eu estou com linfoma e isso me tira toda a força, se bem que agora eu tô melhorando um pouco, estou fazendo fisioterapia duas vezes por dia e ando com auxílio da cadeira.

Quando me internei, não achei que poderia cair, eles me deram isso daqui [aponta para a pulseira de risco de queda], mas eu nunca tive orientação para evitar uma queda. Mesmo em São Paulo dificilmente eu caio; em casa, nunca caí, mas, uma vez eu caí na calçada, acho que foi por causa da calçada [cuidadora relata que o chão estava molhado].

Agora, eu já estou com medo de cair de novo, mas, não; eu não deixei de fazer alguma atividade aqui no hospital por medo de cair, mas, eu estou andando mais muito lentamente, por causa da queda, não por precaução, acho que é medo mesmo de cair. Minha filha ficou com medo de eu cair de novo, ela é magrinha e ela não presta muita atenção nas coisas. Hoje, eu preciso do auxílio dela [cuidadora] mas sozinha eu não ando mais. Antes, eu andava sozinha com ela [cuidadora] do meu lado. Agora estou com medo, eu não sei o que me faria cair de novo, a força na perna também. Para ir ao banheiro, não vou sozinha, vou com ajuda, acho que isso não me faria cair

Pra não cair de novo, eu acho que eu devia prestar mais atenção um pouco [risos]. Eu estou na Runner®, naquela academia, e a gente aprende lá como cair, eles ensinam o jeito de cair, eles ensinam o jeito de cair pra não se machucar e é muito bom! Mas, quando eu caí, eu não consegui pensar, foi muito rápido, mas a gente faz lá também dança de roda, sabe aquela dança sagrada? É muito interessante, é lá na Avenida Angélica!

Participante E2

A Caracterização

E2, sexo masculino, 61 anos de idade, casado, ensino superior, empresário, admitido para cirurgia de ressecção transuretral de próstata e herniorrafia inguinal bilateral. O pós-operatório (PO) transcorreu sem alterações significativas, permaneceu por 3 dias com irrigação vesical, deambulou com auxílio da fisioterapia, desde o primeiro PO, com suporte de soro e uso de cinta abdominal. A partir do segundo PO, iniciou uso de clonazepan cinco gotas à noite para dormir, que não fazia uso prévio.

Como antecedentes, relatou retocolite ulcerativa e hiperplasia benigna de próstata. Na admissão, foi classificado como risco de queda e, em seu prontuário, havia cinco planos de educação previamente à queda. Recebeu alta hospitalar em 28/07/2014.

A entrevista

A entrevista foi realizada em 28/07/2014 com duração de 17 minutos, no quarto da unidade de internação e encontrava-se de alta hospitalar. Estava sentado no leito, acompanhado por sua esposa e uma filha, aguardando a liberação da alta. Demonstrou receptividade e interesse em participar da pesquisa.

O relato foi minucioso, sua fala era pausada e clara. Em vários momentos, utilizou a linguagem não verbal como: expressões faciais de espanto, dor e alegria e sinalizou os locais da ocorrência das quedas e objetos envolvidos.

A esposa de E2 esteve presente durante a entrevista e, ao final, solicitou participar da pesquisa; a esposa falou pausadamente, mantendo o tom de voz constante.

O Contexto

O evento queda ocorreu no quinto PO, às 2 horas da manhã, quando levantou da cama para urinar e tropeçou ao lado da cama, caindo com o lado esquerdo do corpo, apoiando-se em um suporte de soro, mas, chegando ao chão. Após usar o

banheiro, escorregou no chão molhado apresentando nova queda, agora da própria altura. Foi avaliado pela equipe médica e não apresentou lesão decorrente da queda.

A Narrativa

“Eu vou contar para você como foi que eu caí. Eu fui descer da cama, de madrugada, minha mulher estava sentada ali, [sofá-cama] dormindo, eu não quis acordar nem chamar ninguém. Sabe, durante o dia eu levantei, sentei várias vezes e não aconteceu nada... Mas, nessa noite, no que eu levantei, eu meio que tombei, perdi o equilíbrio e que cai pro lado. Nesse meio tempo, a minha mulher acordou, levantou e me ajudou, aí me levou até o banheiro, fomos ao banheiro. Aí não sei se me lavei, o que aconteceu, só sei que molhou um pouco o chão e, na hora de sair, escorreguei no molhado e cai de novo. Lembro que, para me levantar, eu saí da cama normalmente e, neste dia, eu fiquei em pé, com as duas pernas no chão, mesmo assim, eu tombei do lado. Não é que saí rolando, eu tombei do lado. Agora no banheiro, eu escorreguei, porque eu molhei o chão na hora que escovei o dente. [O paciente levantou para ir ao banheiro para urinar, caindo no quarto e no banheiro resolveu escovar os dentes, molhando o chão, ocasionando a segunda queda].

Isso mesmo, caí duas vezes no mesmo dia, na mesma madrugada. Minha mulher me levantou e me trouxe para a cama e chamou o pessoal. A única coisa de diferente que eu me lembro é de ter tomado o Rivotril®, nunca tomei Rivotril®, deve de ter sido isso, imagino! Outra coisa que lembro é de ter caído perto desse suporte de soro, isso eu fiquei assustado! Como você pode ver, isso é uma espécie de anzol, se esse anzol tivesse virado pra cá, talvez, eu pudesse ter me machucado, mas fora isso...

Olha, pensando bem, eu acho que o medicamento, sem dúvida, contribuiu para que eu caísse, porque eu fiquei internado todos esses dias, dia e noite. Eu estou aqui, desde de que operei na quinta, quinta pra sexta, sexta pro sábado, sábado pra domingo e domingo pra segunda e todos os dias levantei várias vezes para ir ao banheiro, só esse dia que, na noite anterior, eu tinha tomado Rivotril®, mas não levantei. Foi sim, só essa noite que levantei no meio da noite, então, pra mim tenho certeza... Parece mesmo que é o medicamento.

Isso deixou minha mulher assustada quando caí, não deu Graças a Deus, mas ela levantou e ficou assustada, porém me ajudou, não me lembro se se foi ela que chamou, o pessoal [enfermagem], daí eles vieram e tá... E me ajudaram, vejo que não teve problema algum.

Você me pergunta se quando internei eu imaginava cair aqui no hospital? Eu não imaginava não, até no dia que cheguei aqui, e eles colocaram isso [a pulseira] Risco de queda. Isso é, .nossa estranho! Nunca passei por isso, mas aconteceu. Além da pulseira, o pessoal me falou que era para sempre chamar alguém, nunca fazer nada sozinho...A!h mas, como eu já estava levantando o dia inteiro, a noite inteira, todo dia, eu não ia chamar toda hora.

Eu também não faço ideia do que mais poderia ter sido feito para que eu não caísse, não se mesmo. Veja, a cama estava na posição normal, igual a essa de agora [abaixada], eu até abaixo um pouco mais para descer, por que ela fica mais perto do chão. Nos quartos antigos, havia uma escadinha, um apoio, para ajudar a subir na cama, eu estava com dificuldade para colocar o pé no chão pois estava dolorido, o triângulo me ajudou para movimentar na cama.

Acho que deveria ter um andador, como minha mãe usava. Esse suporte de soro que me mandaram usar pra andar, mais me atrapalhou do que ajudou. Isso é um crime, [ênfase], pois roda para todos os lados, não tem apoio, tudo roda e escorrega para o lado [a esposa comenta que a posição do braço no andador é mais anatômica e o paciente concorda]. Esse suporte de soro não me ajudou, ele não dá apoio, achei estranho não terem me dado um andador, isso seria uma ajuda a mais”.

Nesse momento, a esposa deseja dar seu depoimento no intuito de esclarecer melhor o evento:

“Sabe, lembro que levantei antes, acendi a luz do banheiro para que ele pudesse ir até lá, percebi que ele estava totalmente dopado, tentando segurar no suporte de soro, mas ficou em pé e fui ajudar ele a ir ao banheiro. Eu deixei ele sozinho no banheiro para que ele pudesse urinar e deve ter molhado o chão, ele saiu de ré do banheiro e caiu sentado. Nessa hora, eu deixei ele sentado e fui o posto [de enfermagem] chamar um enfermeiro homem para ajudar, chamaram o médico de plantão também. Sabe, até acho que o médico demorou um pouco para chegar. Até o médico percebeu que ele estava totalmente dopado, não estava acordado, pois não sentiu dor ao bater o cóccix, logo depois ele dormiu. Ele lembrou que caiu, mas não foi algo marcante para ele. Eu não imaginava que pudesse cair, mas pensei que fosse possível depois da cirurgia, pois vem escrito e viu em várias portas, mas não pensou que fosse acontecer com ele. Eu mesma não estava com ele quando foi orientado sobre o risco de queda. Gostaria de ter sido orientada sobre como a grade da cama deveria ficar, principalmente, à noite para prevenir a queda, pois uma estava abaixada, se a grade estivesse elevada isso ajudaria. Ele não teria se levantado, o máximo que poderia ter acontecido é ter feito xixi na cama. Mas, ela sempre ficou abaixada com a mesinha do lado.

Como estamos de alta, em casa, acho que isso não vai mais acontecer, porque o Rivotril® não vai continuar, a queda, também foi por causa da medicação. Em casa, eu já até coloquei um banquinho no banheiro. Acho que os pacientes deveriam sair do hospital em cadeira de rodas, como um ser um procedimento padrão, entendo que também é para não ter problema pro hospital.”

Participante E3

A Caracterização

E3, sexo feminino, 47 anos de idade, casada, ensino superior, funcionária pública. Portadora de tumor de seio cavernoso (Schwanoma maligno) com prováveis metástases pulmonares e histórico de internação recente por meningite bacteriana e fístula liquórica. Em decorrência do tumor, apresentava hemiparesia à direita completa. Estava em tratamento radioterápico e recebia quimioterapia oral. Internada em 18/07/2015 por agitação, sem rebaixamento do nível de consciência e com diagnóstico de meningite, tendo apresentado uma queda em casa, com hematoma na região posterior com edema.

Em 31/07/2014, a pedido da família, foi transferida para outra instituição hospitalar da cidade de São Paulo para continuidade do tratamento oncológico. E3 faleceu em decorrência da doença oncológica em 08/12/2014.

A Entrevista

A entrevista foi realizada no dia 28/07/2014, 3 dias após a segunda queda, no período da tarde, com uma duração de 18 minutos. No momento da entrevista estava no leito, acompanhada pela sogra e servia-se de frutas de seu jantar. E3 foi muito solícita, bem como sua sogra, aceitou prontamente participar do estudo e quis responder às perguntas mesmo em horário de sua refeição. Sua fala era curta, com alguma dificuldade de dicção, sequela de seu tumor neurológico. Minha avaliação naquele momento foi que estava orientada no tempo e espaço e apta a participar da pesquisa. A equipe de enfermagem do setor informou que E3 apresentava alguns períodos de desorientação, mas esse relato não foi encontrado em prontuário. O TCLE foi lido para a participante, pois não conseguia ler em decorrência do tumor [dificuldade para focar as letras], mas conseguiu assinar o TCLE. Sua sogra participou da entrevista com detalhamento de situações, assinando também o TCLE.

O Contexto

A primeira queda no ambiente hospitalar ocorreu em 23/07/2014, no sétimo dia de internação. De acordo com os registros em seu prontuário, a queda aconteceu no período noturno, quando a mesma tentou se levantar da cama, com as grades

elevadas, sentiu fraqueza em MID com queda e trauma em quadril direito, conseguiu se levantar e retornar para a cama. Como consequência houve hematoma coxofemoral direito de, aproximadamente, 5 centímetros, doloroso à palpação. Foi realizada radiografia de quadril que não evidenciou fratura. De acordo com dados do prontuário, P3 recebeu dois planos de educação específicos para prevenção de queda aplicados por técnicos de enfermagem e estava com a sinalização preconizada [pulseira laranja de risco de queda e placa laranja na porta do quarto].

A segunda queda no ambiente hospitalar ocorreu em 25/07/2014, no período da manhã, 2 dias após a primeira, no nono dia de internação. De acordo com seu prontuário, não havia planos de educação de prevenção de queda entre a primeira e a segunda, um novo e último plano foi aplicado em 28/07/2014 por técnico de enfermagem. Os registros relatam queda da própria altura, após o término do banho de aspersão em cadeira higiênica, acompanhada por profissional de enfermagem, quando sentiu fraqueza na perna direita e bateu levemente a região coxofemoral direita e cabeça. Houve recomendação médica de que as próximas atividades fossem realizadas com paciente sentada, visto que era a segunda queda na semana.

A Narrativa

“A minha primeira queda foi na terça-feira, à noite, foi sem querer, estava sozinha, meu marido estava tomando banho, e eu queria pegar uma coisa na mala dele, levantei e caí em seguida. Era um espaço pequeno, coloquei o pé no chão e caí. Foi uma falta de cuidado meu, do lado direito não tenho equilíbrio. Na segunda queda, a enfermeira não conseguiu me segurar, estava no banho, em pé, ela estava me secando e não aguentou meu peso, e eu fui para o chão, nós duas fomos para o chão. Não me machuquei, apenas ficou roxo do lado, não chegou a doer, só dói quando põe a mão. Na segunda queda, é que ficou o hematoma, machucou porque foi com diferença de poucos dias a queda e bati no mesmo lugar. Não havia caído antes e não imaginava que pudesse cair aqui no hospital. Fiquei assustada e quem estava aqui comigo ficou abalado. Não acredito que possa cair novamente, pois agora estou tomando mais cuidado, tem sempre alguém comigo, mesmo acreditando que isso não teria impedido as quedas, agora sempre tem alguém me segurando. As informações que recebi sobre como evitar a queda foram suficientes e agora já estão fazendo mais para que eu não caia novamente, eu estou com a cadeira, não estou levantando mais.

A sogra de E3 participou espontaneamente da pesquisa, foi-lhe aplicado também o TCLE, sendo este seu relato:

“Ela não fica em pé. Na primeira queda, meu filho estava com ela, mas tinha ido tomar banho e, nesse dia, havia uma amiga aqui, fui acompanhá-la e a deixei sozinha e aconteceu essa queda. Foi um erro meu, eu devia ter falado para esperar um pouquinho e quando ele acabasse, iríamos embora. Ela foi pegar algo na mala dele e caiu, mas graças a Deus não aconteceu nada nessa queda, ficou bem roxinho, mas não aconteceu nada. Na segunda queda, foi falta de alguém para ajudá-la, ela estava sentada na cadeira e resolveu levantar de repente. A enfermeira estava pegando a toalha para enxugá-la, ela levantou e as duas caíram no banheiro, porque estava molhado. Ela se machucou na queda, bateu no mesmo lugar. Agora ela não fica nunca sozinha. Ela ficou bastante assustada, principalmente, na segunda queda, agora ela espera um pouco, ficou com medo, não faz como antigamente, antes ela levantava e ia, agora ela espera a gente trazer a cadeira para sentá-la, agora ela não corre mais esse risco, agora ela não levanta mais. Quando a gente chega com a cadeira, ela testa, quando percebe que estou segurando firme, ela vai pra frente. Eu só acho que, no caso dela, na hora do banho, deveria sempre haver duas pessoas, pois ela levantava e não dava tempo de segurar, agora ela não levanta mais, não faz mais isso, mas, mesmo assim por precaução, deveriam ter duas pessoas para dar apoio. P3 sempre teve o hábito de dois banhos por dia, isso é um conforto para ela, mas, agora por causa da queda, o médico orientou que a enfermagem é que tem que ajudar a ir ao banheiro. Antes eu ajudava, mas agora estou com medo. Está difícil conseguir isso aqui, isso seria o mínimo que se poderia fazer para alguém nas condições dela, tem que implorar para o segundo banho. Sinto que estamos criando problemas para a organização. Deveria haver uma flexibilidade, mas, tudo que envolve o antes do banho é difícil. Um banho é o mínimo que um paciente pode pedir. Nós aqui somos muito bem tratados por todos, apenas o banho está nos inibindo.”

Participante E4

A Caracterização

E4, sexo feminino, 51 anos, solteira, ensino superior, enfermeira. Portadora de melanoma com metástase cerebral, pulmonar e hepática, estava em tratamento quimioterápico e radioterápico. Possuía déficit auditivo à esquerda. Foi internada pela oncologia em 25/07/2014 por sonolência causada por opioides, anemia e falta de ar. Por decisão da paciente, desde sua admissão havia a orientação para não realização de medidas de ressuscitação (diretiva antecipada). Durante sua internação, recebeu atendimento psicológico, havia relato de que a mesma possuía perfil controlador e exigente em relação à qualidade de seu trabalho como enfermeira, tinha percepção de suporte social negativo e ausente [mesmo recebendo muitas visitas, considerava-as sociais e sem suporte efetivo], com tendência psíquica de não volição à vida [sensação de estar sobrecarregando sua mãe, não conseguir sentir dor, não querer lutar contra a doença], assumindo postura passiva e contemplativa.

Nos dias subsequentes, E4 recebeu sessões de quimioterapia, referia dor descontrolada, mas recusava, por vezes, os resgates de morfina. Em 15/08 foi iniciada sedação contínua, falecendo em 16/08/2014.

A Entrevista

A entrevista foi realizada em 11/08, às 18h30, no quarto da unidade de internação, com duração de 18 minutos, 9 dias após a queda. Estava acompanhada por duas familiares que mesmo sem ser solicitado, saíram do quarto para a entrevista. E4 foi muito solícita em contribuir para a pesquisa, concluíra seu mestrado e afirmou colaborar, reconhecendo como foi difícil realizá-lo. Sua fala foi clara e pausada, porém, curta. Desligou a TV durante a entrevista. Estava sentada em poltrona, tomando sorvete e para que pudesse me ouvir bem, coloquei-me a seu lado esquerdo.

O Contexto

A queda ocorreu em 02/08/2014, às 11h30, no nono dia de internação. De acordo com seu prontuário, estava com identificação para risco de queda, com pulseira laranja de identificação e sinalização com placa laranja na porta do quarto. Antes do evento, recebeu dois planos de educação para prevenção de queda e após, outros seis planos. O relato da queda traz que estava acompanhada pela prima e ao

tentar sentar no leito, sentiu fraqueza nas pernas e caiu sentada no chão, estava chorosa e referindo desconforto em hipocôndrio esquerdo. A equipe médica a avaliou pela equipe médica e não foi constatada lesão nem foram solicitados exames de imagem.

A Narrativa

“Quando me internei não imaginava cair. Eu achava que eu era capaz de andar independente de alguém me ajudar. Nesse dia, eu estava deitada, fui levantar, ao levantar escorreguei, estava de chinelo, mas escorreguei; embora tivesse mais duas pessoas, acompanhantes aqui no quarto me ajudando. Nem elas conseguiram, nem eu consegui me segurar, a ponto de não escorregar no chão do hospital. Acho que levantei muito rápido da cama, do leito, e não dei o tempo necessário pro primeiro passo, foi por descuido, enfim! Eu havia chamado [a enfermagem] e não tive uma resposta imediata. Minhas acompanhantes não tinham preparo para evitar uma queda. Elas ficaram aflitas para me levantar rápido do chão, para ver se eu não tinha me machucado, se não tinha acontecido nada demais. Se elas tivessem preparo ou uma orientação, acho que isso poderia ter ajudado.

Acho que posso cair de novo e, por isso, mudei minha rotina aqui no hospital. Se eu não estou firme ou eu não consigo dar o primeiro passo, espero alguém me ajudar para andar, coisa que eu não fazia antes. Eu tenho medo de cair de novo. Acho que, para isso não acontecer de novo, deveriam talvez agir com mais rapidez, porque a gente espera uma ação rápida, como não houve ação rápida, pensei, não vou esperar, vou levantar sozinha.

Não percebi algo marcante nos profissionais após a minha queda, mas nos acompanhantes sim, eles ficaram mais atentos e mais prontos para me ajudar a levantar. Na hora me ajudam a levantar, adiantando-se frente às minhas necessidades para evitar que eu caia de novo. Quanto às outras ações que pudessem ser feitas, como enfermeira, acho que dependendo do profissional e da pressa do plantão, o olhar é um ou outro, alguns têm um olhar mais cuidadoso e outros menos cuidadoso, isso é pessoal.”

Participante E5

A Caracterização

E5, sexo feminino, 71 anos, casada, ensino superior, empresária. Portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e com antecedente de retirada de nódulo pleural à direita há 2 anos, foi internada em 05/08/2014 por pneumonia. Desde a admissão, fazia uso de oxigênio por cateter nasal e o risco de queda foi caracterizado o risco de queda, recebendo pulseira de identificação de risco de queda e placa laranja na porta do quarto. Os cuidados de enfermagem para prevenção de queda estavam prescritos.

Após as quedas ocorridas, o serviço social entrou em contato com os filhos da paciente para que a acompanhassem durante a internação. E5 solicitou que uma trabalhadora doméstica pernoitasse com ela. Em 04/09/2014, recebeu alta hospitalar, ainda com hematoma periorbital e em uso de cateter nasal de oxigênio.

A Entrevista

A entrevista foi realizada em 11/08/2014, em seu quarto na unidade de internação, no final da tarde, cerca de 12 horas após a segunda queda. Estava deitada no leito, acompanhada por seu filho, que estava no computador e permaneceu assim durante toda a entrevista. Apresentava intenso hematoma periorbital esquerdo e no membro superior esquerdo, além de escoriações no joelho direito. E5 foi muito solícita e disposta a participar da pesquisa, dizendo achar lindo e importante o estudo. Sua fala foi clara e objetiva, utilizou comunicação não verbal, com expressões faciais e gestos com ombros e mãos. O único momento em que sua expressão facial demonstrou tristeza foi quando perguntada sobre a reação de sua família à queda, com pausa e olhar voltado ao filho, que estava no computador. A entrevista durou 18 minutos.

O Contexto

A primeira queda aconteceu na madrugada de 10/08/2014, no quinto dia internação, estando sem acompanhante. De acordo com seu prontuário, houve queda da própria altura ao levantar-se para ir ao banheiro, havia recebido midazolan por via oral e quando levantou da cama sentiu tontura e caiu ao solo, sem lesões aparentes.

Não foram encontrados registros de plano de educação para queda em seu prontuário, antes e após essa queda.

A segunda queda ocorreu na madrugada de 11/08/2014, quando também estava sem acompanhante e estava no quarto dia de midazolan por via oral para insônia. De acordo com seu prontuário, levantou do leito com grades de proteção elevadas, com queda da própria altura, sem perda de consciência mas com escoriação no joelho direito e face e sangramento nasal. Os registros informam que ao ser indagada do porquê ter se levantado sem ajuda, respondeu que imaginou ter chamado e ter a impressão de que havia pessoas em seu quarto, inclusive, o marido e o filho. Tomografia de crânio e face foi realizada que evidenciou hematoma subgaleal e fratura de osso nasal esquerdo. Foi feita também radiografia de joelho que não indicou lesão. Após essa queda e até a alta hospitalar, há quatro registros de plano de educação.

A equipe médica solicitou avaliação da cardiologia e neurologia que, após realizar exames específicos, não evidenciou lesão neurológica e arritmia.

A Narrativa

“Eu não caio não, isso é muito raro, eu tenho uma vida relativamente ativa, eu vou ao supermercado, faço musculação, vou para barzinho, tem nada a ver, não! Não sou idosinha velhinha de ficar em casa, caindo em casa, de jeito nenhum. É lógico que de vez em quando acontece da gente levar um tropeção e cair, mas, nada de excepcional. Não é um hábito meu levar tombo. Quando me internei, não imaginava cair no hospital, mas, na primeira queda, que foi ontem à noite, eu tomei remédio para dormir, coisa que não estou acostumada, porque estava com enfisema muito feio, estava com muita tosse, não conseguia dormir e me deram Dormonid®. Eu tomei e quando me levantei escorreguei e caí que nem bêbada.... Deus protege os bêbados e crianças, os inocentes também, então, ele me protegeu e tudo bem. A segunda vez foi essa noite. A enfermeira me avisou bem: a senhora não levante da cama sem me chamar!

É claro que eu não sou nenhuma idiota, não queria cair de novo, mas não vi que levantei, devo ter ido sonâmbula completamente e devo ter desmaiado, pois quando acordei, eu estava em uma cama, indo pra tomografia. Não percebi o tombo, não sei onde fui achada. Me disseram que fui achada no banheiro, que eu caí e bati o rosto, o nariz, o braço e deu essa arroxada toda. Mas, eu não tive noção de ter levantado da cama. Não me lembro de algo que tenha chamado minha atenção depois das quedas, nada, nada... Na primeira queda, amoleci e caí, mas consegui chamar a enfermeira. Ela veio logo e me levantou, foi uma coisa bobinha, tudo tranquilo. Na segunda, quando acordei estava já na cama indo pra radiografia e tomografia, já tava lá! Eu tenho a impressão de que fiquei desacordada um tempo. Eu posso ter tido uma pequena isquemiazinha, pois tiraram minha camisola, calcinha, eu

tinha urinado. O médico achou melhor fazer um holter por pra ter mais uma certeza de que não foi uma taquicardia, uma disrritmia. Eu acho que o motivo das quedas foi a falta do hábito do remédio para dormir. Me dopou, acho que foi forte o Dormonid®.

Na primeira queda, quando eu levantei bambeou as pernas, mas na segunda não tenho ideia de nada. Por isso, que te falei que talvez nem te ajudasse muito. Não sei se vou tomar hoje de novo, me parece que eles mudaram o medicamento. Hoje, eu estou morrendo de medo. Não sei se posso cair de novo, quem sabe? Ninguém pode dizer que não vou cair de novo. Espero que não aconteça...

Eu estou com medo. Eu estava sozinha quando cai nas duas vezes. Pelo menos, estou com meu filho aqui, ele vai ficar comigo hoje, pelo menos, ele não me deixa cair, ou então, ele cai comigo, me ajuda pra cair. Hoje, eu tenho medo de cair de novo, já mudei o hábito aqui no hospital, por conta disso, eu que já estava caminhando no quarto pra lá e pra cá, pois, pra mim isso é bom, eu preciso por causa do enfisema, agora eu não tenho mais coragem, morro de medo e não quero andar sozinha.

Não senti que minha família quando soube da minha queda ficou preocupada..... [pausa a fala, olha para o filho e movimenta os ombros com expressão facial de tristeza]... tiveram preocupação, mas não muita. Não acho que poderiam fazer muita coisa diferente para evitar quedas iguais às minhas, acho que isso da medicação e realmente prender uma coisinha no braço da gente, na cama, alguma forma restritiva que se eu for levantar, eu sou acordada, me despertasse, que me lembrasse: Oh não levanta sozinha! Alguma coisa nesse tipo, eu acho que deveria ter.

Acho que se tivessem me dado uma amarradinha na cama, não para prender, atar o suficiente para me lembrar, para quando eu acordasse, lembrar para que eu não levantasse à esmo, como eu me levantei sem sentir. ”

Durante a entrevista, o filho de E5 opina sobre a questão da medicação Dormonid® que sua mãe recebera nos dias anteriores para induzir o sono. Em sua opinião, depois da primeira queda deveriam ter retirado a medicação, pois ela havia relatado isso para a equipe médica e a medicação foi mantida. Afirmou que os profissionais deveriam ter revisado a prescrição médica e que isso teria evitado a segunda queda.

Participante E6

A Caracterização

E6, sexo feminino, 71 anos, casada, ensino médio, aposentada. Com antecedentes de arritmia ventricular com implante de marcapasso definitivo, hipotireoidismo e hipercolesterolemia, foi internada em 26/08/2014 para realização de artroplastia de joelho direito no dia seguinte. No primeiro PO, andava com apoio de andador e acompanhamento da fisioterapeuta. Recebeu alta hospitalar no sexto PO, sem evidência de complicações relacionadas à queda.

A Entrevista

A entrevista foi realizada em 01/09/2014, no início da noite, um dia após a queda. Estava no quarto da unidade de internação, no leito, acompanhada pelo esposo, ambos foram solícitos e dispostos a participar da pesquisa. Sua fala foi clara e objetiva, utilizou de comunicação não verbal, por meio de gestos e sinalização com as mãos para evidenciar o local da queda e o andador. Em determinado momento da entrevista, solicitou que a gravação fosse suspensa para opinar sobre a atuação da profissional de enfermagem que a acompanhava no momento da queda. A entrevista teve 20 minutos de duração.

O Contexto

A queda ocorreu em 31/08/2104, no período noturno, no quarto pós-operatório de prótese total de joelho direito. De acordo com os dados de seu prontuário, um profissional de enfermagem a auxiliava ir ao banheiro, com andador, quando sofreu a queda, retornando ao leito com auxílio de cadeira higiênica. Referiu dor no quadril direito, e a equipe médica solicitou radiografia e ultrassom, que não evidenciaram lesões. Em seu prontuário, constavam planos de educação para prevenção de quedas diários, inclusive, na fase pré-operatória.

A Narrativa

“Em primeiro lugar, no momento da queda, eu estava perfeitamente lúcida. Eu tive um outro acidente aqui, no segundo dia da minha internação, mas foi diferente, eu não cheguei a cair, porque eu estava sentada. Tive uma queda de pressão grande que depois disseram que era um episódio de desidratação. Minha outra filha estava aqui, ela disse que eu arregalei o olho

e não respondia, não respondia. Ela chamou a enfermeira e me puseram na cama ao contrário, sabe, com a cabeça mais pra baixo.

Dessa vez, eu estava bem, eram 4 horas da manhã, meu marido estava aqui dormindo e eu chamei ajuda. Eu não faço assim essas loucuras (de não chamar ajuda), eu fui ao banheiro, usei o vaso e fui lavar a mão. Quando eu fui fazer a voltinha, a enfermeira ou a técnica, não sei, ela saiu pra eu fazer a voltinha, quando ela saiu o andador escorregou, entendeu? Eu não sei se ele escorregou porque o chão estava molhado ou se foi um apoio errado que eu fiz, realmente, eu não sei dizer. Por mais que você seque o banheiro, existe uma umidade. E aí o andador foi de um lado, e eu fui de outro. Mas, foi devagar, não foi uma queda violenta, então, foi uma queda lenta, eu fui caindo devagarzinho e tentando realmente proteger o joelho, tanto que eu não bati o joelho. Eu cheguei ao chão com o lado direito do corpo, todo esse lado, e aí deitada fiquei. Falei pra ela que eu nem ia tentar levantar. Ela foi chamar o rapaz que estava trabalhando com ela, à noite. Me levantaram e trouxeram aqui para a cama [marido comenta que acordou com a profissional de enfermagem pedindo ajuda para outro colega]. Acho que o que me fez cair foi o andador. Acho que se ela [profissional de enfermagem] estivesse do meu lado, talvez tivesse sido diferente. O andador ocupa um espaço muito grande, e ela precisou me dar um espaço grande pra eu fazer a curva. Então, ela saiu e ficou me esperando na porta do banheiro, com a porta aberta. Não é que ela tenha saído. Eu caí na porta do banheiro. Essa porta é muito complicada, toda vez que alguém entra, ela bate, isso acontece. Realmente, o espaço não é um espaço grande, elas [enfermagem] precisam ter um joguinho para poder passar. Agora, o andador tem aquela borrachinha, ele foi na hora que eu fiz a voltinha, o andador foi.

Eu acho que as moças são todas cuidadosas. Hoje, a fisioterapeuta falou que elas têm uma orientação de ou ficar do lado segurando ou atrás pra evitar a queda, mas isso não aconteceu.

Eu me internei outras vezes e não imaginava que poderia cair no hospital. Aqui não achei que isso fosse acontecer. Me parece que aqui tem uma proteção, a gente acha que está numa redoma. E não é que eu estava sozinha, eu fui obediente. Minha família realmente ficou preocupada. Hoje, enquanto não veio o resultado da radiografia, minhas filhas não se acalmaram. Assusta, não é? Se tivesse acontecido alguma coisa, não precisava ser uma grande coisa, qualquer coisa que fosse atrapalhar, assusta. Minha preocupação e das minhas filhas, por exemplo, agora é em casa, com os cuidados, com tapete.

Se eu escorreguei, acho que pode acontecer de novo, se foi isso que aconteceu, embora eu fiz tudo devagarzinho e não foi uma queda violenta, não foi porque, se não, eu não estaria assim. E ela [enfermeira] ligou pro médico de madrugada, e ele chegou bem cedinho. Ele mandou fazer radiografia de toda essa parte que eu bati, mas o joelho eu não bati, graças a Deus! Eu brinquei com uma das moças que esse é o quarto do pânico, sempre acontece alguma coisa.

Participante E7

A Caracterização

E7, sexo feminino, 39 anos, solteira, ensino superior, administradora. Admitida em 06/09/2014 por queixa de dor torácica, sendo diagnosticada com insuficiência cardíaca descompensada. Como antecedentes, referiu lúpus eritematoso sistêmico e hipertensão arterial e pulsoterapia há uma semana. Permaneceu na UTI por uma semana e após estabilização foi transferida para a unidade de internação, onde seguiu tratamento para lúpus. Desenvolveu herpes zoster sendo colocada em isolamento respiratório e de contato. Recebeu alta hospitalar em 05/10/2014.

Na admissão, foi identificada como risco de queda no plano de cuidados e havia dois registros de plano de educação para prevenção de queda antes do evento.

Em nova internação no mês de dezembro, E7 apresentou nova queda da própria altura sem lesão.

A entrevista

A entrevista foi realizada em 03/10/2014, com duração de 4 minutos. Estava sentada em uma cadeira, acompanhada pela mãe e prontificou-se imediatamente a participar da pesquisa. Suas respostas foram muito curtas e diretas e utilizou poucas expressões faciais ou movimentos corporais.

O contexto

A queda ocorreu em 30/09/2014, às 21 horas, quando ao ir ao banheiro deambulando com a mãe, escorregou com chinelo, causando trauma leve no glúteo. Recebeu avaliação médica que orientou a observação, sem necessidade de realização de exames. No momento da queda, estava em isolamento respiratório e de contato I.

A narrativa

“Eu fui ao banheiro com a minha mãe, porque eu fiquei um tempo na UTI e depois vim pro quarto, ainda não mexo bem as pernas, fiz o que eu tinha que fazer no banheiro. Ela me ajudou a levantar, e eu fui lavar a mão, eu estava de chinelo de dedo e aí no impulso, no reflexo, você pega o papel e começa a enxugar a mão e tal, como o chão estava um pouco molhado, e eu estava de chinelo, começou a escorregar. Eu percebi que ia cair no chão e deixei escorregar, então. Acho que caí pelo reflexo de lavar a mão e aí escorreguei, acabei escorregando.

Quando me internei não imaginava que podia cair. Me internei primeiro no quarto, um dia no quarto, depois uma semana na UTI e depois o resto aqui.

Não cheguei a receber informações ou orientações sobre queda, eu imaginei que eu poderia cair visto que eu não tinha forças nas pernas ainda. Eu recebi orientação do hospital de que eu deveria tomar cuidado na hora de ir ao banheiro, que eu deveria chamar as enfermeiras ou auxiliares de enfermagem, mas como eu já estava conseguindo me mexer, e a minha mãe estava aqui, eu resolvi ir com ela. Acho que caí pelo piso molhado, é, eu deixei escorregar, uma vez que eu percebi que ia cair... tinha perdido o equilíbrio, mas não, que eu tive tontura, equilíbrio no sentido que eu achei que ia cair, aí deixei escorregar.

Eu acho que aqui no hospital é tudo bem feito e orientado. Eu acho que o erro foi meu de ir ao banheiro sozinha com a minha mãe, de achar que estava mais firme do que realmente estava e por reflexo tentar lavar a mão sozinha e escorregar. Não tenho medo de cair de novo e não acho que isso possa acontecer novamente, mas poder pode, porque pode acontecer com todo mundo, mas, medo eu não tenho, pois se tiver medo, eu não vou andar. ”

Participante E8

A Caracterização

E8, sexo masculino, 70 anos, casado, ensino superior, engenheiro. Internado em 09/10/2014 com dor abdominal a esclarecer e como antecedentes, referiu lúpus eritematoso sistêmico (LES), esclerodermia, hipertensão pulmonar, fibrilação atrial crônica de baixa resposta, acidente vascular encefálico há 18 anos, com hemiparesia à esquerda, acidente isquêmico transitório em 2013, hipertensão arterial, Diabetes mellitus tipo 2 e relatou fenômeno de Reynaud. Durante a internação, foi acompanhado pela equipe de dor em razão de queixa de dor abdominal contínua. A realização de exames de imagem foi dificultada pela claustrofobia e possibilidade de piora do quadro pulmonar caso recebesse sedação. Em 08/11/2014, foi submetido a ressecção transuretral de próstata.

Recebeu alta hospitalar em 12/11/2014, após 34 dias de internação.

A Entrevista

A entrevista foi realizada em 12/11/2014, um dia após a queda, em seu quarto na unidade de internação, quando já estava de alta hospitalar, aguardando os familiares chegarem. Estava em pé na sacada e me convidou para sentar, sentando-se na cadeira à frente. Assim que foram explicados os objetivos da pesquisa, aceitou imediatamente participar. Suas respostas foram curtas e objetivas. Ao fim da entrevista, seu irmão chegou e P8 saiu de alta hospitalar.

O Contexto

A queda ocorreu no início da madrugada de 10/11/2014, no 32º dia de internação. Conforme os dados de seu prontuário, a queda foi da própria altura durante a madrugada, por lipotimia, quando se levantou para ir ao banheiro e perdeu equilíbrio ao apoiar-se na cadeira, caindo e batendo o joelho direito e a região frontoparietal na cadeira, levantando-se com auxílio do acompanhante, foi até o banheiro.

E8 só comunicou a queda à equipe de enfermagem na manhã seguinte. Foi avaliado pela equipe médica, observando-se escoriação no joelho direito sem sangramento e hematoma subgaleal em região frontoparietal direita, sendo indicada

a internação do paciente por mais um dia para observação clínica, em decorrência de trauma cranioencefálico. Em seu prontuário, constam três planos de educação antes da queda e um após a queda.

A Narrativa

“Na verdade, é um pouco difícil falar como foi que aconteceu a queda, primeiro, porque foi de madrugada e estava sozinho no momento da queda, mesmo estando acompanhado por uma pessoa dentro do quarto. Eu estava com acompanhante, ele não estava acordado. Não me lembro exatamente o que estava fazendo, provavelmente, eu ia fazer xixi. O que aconteceu é que eu estava andando e, por acaso, eu estava de meia e chinelo, por acaso esse que estou usando. E não sei o que aconteceu, eu estava nessa posição e escorreguei e foi: pum, caiu. Como estava em uma posição relativamente baixa, não estava de pé, estava meio abaixado, então, a queda em si não foi grande coisa e também não houve tanto assim machucado, porque tinha móveis de lado e não me fez deslocar assim tanto o corpo. O meu acompanhante acordou com a queda e pensou imediatamente em acudir para me levantar, mas ele não achou que eu tivesse me machucado não, porque eu estava todo vestido. Não achei que tivesse me machucado não, porque não senti nenhuma dor. Nem avisamos porque não imaginávamos que deveríamos avisar e não estava me sentindo mal não, continuei dormindo.

Acho que o que me fez cair foi talvez vontade de fazer xixi, não tenho muita certeza, mas pode ter sido isso. Pode ser que esse chinelo me ajudou a cair, mas ele é bem firme no piso. Claro que quando me internei, eu não achei que poderia cair. Sabe que nem pensei nesse assunto, sobre o que poderia ter sido feito para que eu não caísse, mas poderia pensar no chinelo, algo que pudesse dar mais firmeza. Não, absolutamente, não fiquei com medo de cair novamente. Talvez eu possa cair de novo, talvez sim, por uma outra causa. ”

Participante E9

A Caracterização

E9, sexo masculino, 42 anos, casado, ensino superior, médico. Com diagnóstico de tumor prostático com metástase em coluna e base do crânio, recebera alta hospitalar 2 dias antes e foi internado novamente em 09/10/2014, com quadro de cefaleia intensa em região occipital sem melhora com analgésicos e parestesia perioral direita.

Iniciou quimioterapia em outubro de 2014 e recebeu alta hospitalar em 13/11/2014, foi internado novamente em dezembro de 2014 e, novamente em janeiro de 2015, para realizar quimioterapia, com histórico de queda em domicílio e crises de ausências. Em junho de 2015, E9 foi colocado em cuidados paliativos.

A Entrevista

A entrevista foi realizada em 12/11/2014, 5 dias após a queda, com duração de 13 minutos. Estava deitado no leito de seu apartamento na unidade de internação, acompanhado por familiar. Prontificou-se, imediatamente, a participar da pesquisa, relatando que sabia das dificuldades para realizar uma pesquisa, pois fizera doutorado em São Paulo. Sua fala foi detalhada e longa, utilizou de linguagem não verbal em vários momentos, demonstrando, com mímica corporal, os movimentos que foi orientado a fazer para prevenção de novas quedas.

O Contexto

A queda ocorreu em 07/11/2014, no 27º dia de internação. De acordo com dados de seu prontuário, apresentou queda da própria altura, no período da manhã, no bosque (espaço verde nas dependências internas do hospital campo de estudo, área destinada a caminhada e descanso) que frequentava diariamente. Estava acompanhado pelo pai e referindo ter apenas ajoelhado no chão. Foi avaliado pela equipe médica, não foi constatada lesão e mantida apenas observação. E9 tinha 13 planos de educação para prevenção de queda em seu prontuário, sendo o primeiro em 16/10/2014.

A Narrativa

“Estou no período de pós-químio, final de quimioterapia, e tinha sido me avisado que eu iria perder a força muscular, e era para tomar cuidado quando eu passasse da linha do joelho pra baixo, que eu não iria conseguir voltar. Se dobrasse o joelho até ele ficar 90º tudo bem, passasse disso eu não ia conseguir, mas eu não acreditei. Eu estava lá no bosque quando caí e não tinha apoio. Eu fui me abaixar pra tirar uma foto, quando eu me abaixei, daí, caí pra trás.

Na verdade, eu caí pra frente primeiro, caí pra frente, fiquei lá tentando levantar não deu certo, daí, caí pra trás. Meu pai estava comigo, ele foi tentando me levantar, mas só que eu sou pesado pra ele, mas não teve machucado, assim, não! Na hora, meu pai ficou espantado, ficou olhando, ele brigou: você foi abaixar de uma vez ai!!! Depois ele conseguiu me ajudar, eu me apoiei nos dois ombros dele e me levantei. Voltei andando para o quarto. Não me machuquei, mas poderia ter tido consequências, se estivesse na plataforma, assim, entendeu?

Acho que o que me fez cair, foi a força muscular mesmo. A força muscular tá diminuída mesmo! Esse desequilíbrio, depois eu conversei com a fisio e ela me ensinou algumas manobras de apoio, por exemplo, aqui agora se eu for ficar sentado e abaixando, eu não volto, mas eu tenho que apoiar na cama e eu volto.

Acho que, hoje, eu posso cair de novo, posso, se eu sair andando rápido eu caio. Fiquei com medo de cair novamente. Não me machuquei, não. Não, não! Me assustou, porque eu não consegui levantar, tanto que eu até tenho uma bengalinha para poder me dar apoio.

Para evitar que o mesmo tipo de queda aconteça novamente, deveriam demonstrar, chegar aqui no quarto e olha só aqui, abaixa aqui, demonstrar, simular o que pode acontecer aqui no quarto, aí você vai no limite, você vai descobrir na hora que cai. Se você tivesse tido a orientação da fisioterapia antes, isso teria me ajudado, porque aí eu teria medo. Foi bem importante a orientação da fisio, sim, depois foi. Ela falou: você caiu, machucou. Aí, eu fui olhar certinho a orientação de ângulo da perna, daí, não teve mais. São orientações, mas é assim, o ser humano só acredita vendo. Tem a pulseira, tem o aviso de risco de queda, tem no quadro, mas você não acredita, só depois que cai. Tem que acreditar mesmo, avisou tem que acreditar, a gente não acredita! ”

Participante E10

A Caracterização

E10, sexo masculino, 85 anos, casado, aposentado. Admitido em 21/09/2014, por piora da função renal, portador de mieloma múltiplo e insuficiência renal. Durante a internação, foi submetido a passagem de cateter venoso de alto fluxo e sessões diárias de hemodiálise. Recebeu quimioterápicos e hemocomponentes. No início da internação, a família era presente, E10 deambulava com auxílio, fazia uso de fralda e recusava constantemente atendimento da fisioterapia.

Durante sua internação, a assistente social entrou em contato com a família sobre a necessidade de acompanhante em período integral. A família providenciou cuidador para o período noturno. E10 continuou recusando o atendimento da fisioterapia. Em 12/01/2015, foi discutida a possibilidade de alta hospitalar, mas esta foi suspensa em decorrência de piora do estado geral. Em 23/01/2014, apresentou nova queda da própria altura ao ir ao banheiro, sem solicitar o auxílio da enfermagem, escorregou acompanhado da esposa e caiu sentado, relatando dor em membros inferiores, foi avaliado pela ortopedia que o manteve observação. Em 06/02/2015, faleceu em decorrência de quadro séptico.

A Entrevista

A entrevista foi realizada, no quarto da unidade de internação, em 12/11/2014, 2 dias após a segunda queda. Naquele momento, não estava confirmado o diagnóstico de fratura de fêmur decorrente da queda. Estava sentado em poltrona, acompanhado da esposa, filha e neta. Estava lúcido, com fala precisa, curta e muito pausada, mas aparentava desconforto em falar sobre a queda, mas ao final, tornou-se mais receptivo. A princípio, não queria participar da pesquisa, mas sua família insistiu que seria importante e, dessa forma, aceitou participar, convidando-me a sentar a seu lado. Durante a entrevista, a família estava atenta à sua fala e o apoiava com gestos de cabeça e pequenos comentários de concordância. A entrevista durou 14 minutos, e E10 não mencionou que havia caído anteriormente, como constava em seu prontuário.

O Contexto

A primeira queda ocorreu em 10/10/2014, final do período da tarde, no 21º dia de internação. Solicitou ajuda por meio da campainha e foi encontrado ajoelhado no chão, com os cotovelos apoiados sobre a cama e relatou ter caído da poltrona ao tentar pegar o telefone celular. Apresentou escoriação no joelho direito, de acordo com o registro em seu prontuário, estava orientado quanto ao risco de queda e a permanecer acompanhado por familiares; entretanto, a maior parte do tempo permanecia desacompanhado.

A segunda queda ocorreu em 10/11/2014, próximo às 22 horas. De acordo com os dados de seu prontuário, a queda da própria altura, sem trauma cranioencefálico, mas com trauma em quadril esquerdo, com hematoma. No momento da queda, estava acompanhado do filho que o levava da cama ao banheiro. Realizou exames laboratoriais, radiografia e tomografia de quadril que evidenciaram fratura de trocanter esquerdo com tratamento clínico e orientação de não exercer carga no membro. Em decorrência da queda, necessitou receber transfusão de concentrado de plaquetas.

A Narrativa

“Eu estava no banheiro e estava lá escovando os dentes e o meu filho estava atrás para ver um descuido qualquer. Eu estava segurando uma peça e caí pra trás e bati esse lugar aqui no chão [quadril] só. Eu caí porque estava segurando aquele andador ali e desequilibrei, não tinha ninguém atrás de mim, caí. Eu não acho que o andador me ajudou a cair não, eu estava segurando uma coisa no balcão que não estava presa, se tivesse presa eu não teria caído. Eu não bati forte, eu bati no chão e logo chegaram os enfermeiros e me levantaram, eu não senti nada na perna, nem sinto até agora. Meu filho ficou muito assustado, foi um descuido, mas, que acontece.

Foi uma queda imprudente, ninguém tem culpa disso, coisa que acontece, que você pode até cair na rua, tropeçando em um degrauzinho em casa, também, pode cair.

Quando me internei não achava que poderia cair não, você nunca imagina isso. Acho que posso cair de novo, eu acho que pode, tudo é possível. Se tenho medo de cair novamente? Ninguém gosta de cair [risos]”.

4.2 O SEGUNDO MOMENTO: OS ENCONTROS E AS SÍNTESES

Para melhor compreensão dos achados, a seguir, descrevo as enfermeiras com seus codinomes, tempo e turno de trabalho, os encontros e o relatório síntese.

Assim, os participantes dos encontros foram:

- Psique – há 29 anos, período noturno;
- Mercúrio – há 22 anos, período diurno;
- Saturno – há nove anos, período diurno;
- Minerva – há 17 anos, período noturno;
- Apolo – há 2 anos, período vespertino;
- Diana – há 11 anos, período matutino;
- Júpiter – há 18 anos, período diurno;
- Netuno – há 27 anos, período diurno;
- Vulcano – há 7 anos, período vespertino;
- Juno – há 5 anos, período diurno.
- Vênus – há 25 anos, período diurno

Os encontros estão apresentados na sequência de realização, conteúdo, discussões e os relatórios-síntese.

4.2.1 Primeiro encontro do grupo focal

O primeiro encontro do grupo focal foi realizado no dia 8 de dezembro de 2014, inicialmente, estava marcado às 14 horas, mas, em decorrência de atrasos de alguns participantes, foi iniciado 30 minutos mais tarde e durou 1h30.

Como impressão geral, o grupo foi muito participativo e descontraído, pelo fato de todas se conhecerem e várias terem trabalhado juntas. Houve interação entre todas e algumas discordâncias de opinião. Duas participantes necessitaram ausentar-se, antes do término do encontro, mas, sem prejuízo à dinâmica do grupo focal.

Após a explanação da finalidade, da condução do grupo focal e aplicação do TCLE, as participantes apresentaram-se com os nomes dos deuses greco-romanos escolhidos.

Os dados referentes à pesquisa, à linha do tempo das ações implementadas para redução de quedas de pacientes e à análise do indicador IQP, entre 2010 e 2014, e das notificações do mesmo período foram apresentados aos participantes, com o apoio de uma apresentação de diapositivos, como recurso audiovisual (Apêndice D).

Os dados referentes ao número absoluto de quedas nesse período foram explicitados e salientei que houve um aumento do número total de leitos das unidades de internação em 2013.

Durante a apresentação, Minerva questionou se os números das quedas apresentados incluíam as subnotificações.

“Mas, nesses números de quedas que você apresentou, estão incluídas as subnotificações?”

[Minerva]

Expliquei que esses números são obtidos por meio das notificações de queda, encaminhadas pelos profissionais da instituição; e, para análise do indicador, são comparados os números de quedas relatadas à supervisão de enfermagem, com o número de notificações realizadas e que, em alguns meses, existe uma pequena diferença. relatei que a percepção geral sobre o evento queda é de que seja um dos com melhor notificação, pois sua ocorrência envolve vários profissionais e medidas a serem tomadas, como a avaliação médica e a realização de exames.

A observadora sinalizou que, a existência de muitas notificações, leva a inferir que o evento está sendo mais observado e melhor notificado, devendo-se fazer a

seguinte avaliação: está caindo mais ou está notificando mais? Minerva comentou que, hoje em dia, há uma maior preocupação com as notificações de queda:

“Hoje quando o paciente cai, a gente aciona o código, toma as providências, notifica e tal, mas há alguns anos, quando entrei aqui, não me lembro de ter essa preocupação, a gente chamava o médico se tinha lesão. ”

[Minerva]

Informei que, no HAOC, as notificações foram implementadas em 2005, confirmando a percepção de Minerva.

Minerva ainda comentou sobre a faixa etária maior de 60 anos dos pacientes que caem, associando com sua mãe idosa que sofreu duas quedas em casa, referindo que ela testa sua autonomia e que percebe isso nos pacientes, fato que as participantes do grupo concordaram.

“ Eu já ouvi de pacientes que eles se sentem constrangidos por pedirem a nossa ajuda para realizar os cuidados com higiene e necessidades fisiológicas, que se sentem envergonhados e acham que estão usando nosso tempo. Aqui a gente tem o termo do cuidador e acompanhante, mas se eles participassem mais do cuidado, se responsabilizado para auxiliar o paciente, se envolveriam mais. ”

[Minerva]

Antes do início das discussões, Saturno questionou o dado da não relação aparente entre queda e absenteísmo.

“Essa informação de que o absenteísmo não está aparentemente relacionado é confirmado ou é uma suposição? ”

[Saturno]

Informei que, na análise do indicador, em alguns meses, foram analisados estatisticamente, citando o mês de dezembro de 2013, em que a incidência de queda foi maior que 3 por 1.000 pacientes-dia, mesmo com baixa ocupação das unidades de internação e que não foi possível associar a relação entre queda e absenteísmo.

Outro ponto discutido refere-se ao período em que as quedas ocorrem, no HAOC, distribuindo-se igualmente em todos os períodos. A informação foi recebida

pelas participantes que atuam no período noturno com alívio, pois acreditavam que havia essa relação, como relata Psiquê.

“Nossa, que alívio, pensei que eram todas à noite...[risos]!”

[Psiquê]

A sessão encerrou-se às 16h30 com a data e a atividade prevista do próximo encontro.

Síntese

Estiveram presentes 11 participantes, totalizando 100% do grupo.

A dinâmica, a forma participativa, a integração e o interesse demonstrados contribuíram para a expressão de opiniões e percepções sobre a ocorrência das quedas de pacientes no HAOC.

As discussões sobre determinados assuntos, algumas vezes, eram atravancadas, não conseguindo seguir a proposta inicial da sequência dos temas e atividades. Nesse momento, havia a intervenção do moderador no intuito de retomar a proposta inicial.

Os participantes citavam eventos vivenciados e que envolviam as quedas de pacientes, como as recorrentes em um mesmo paciente, embora todas as medidas tivessem sido implementadas, gerando sentimento de impotência e que foi concordado pelo grupo, como também o fato do paciente querer testar sua autonomia e a não sensibilização e não adesão da família, diante das orientações para prevenção da queda. Outro sentimento expressado foi o de frustração com lesões decorrentes de queda, mesmo com as medidas implementadas.

Também houve relatos marcantes, envolvendo quedas decorrentes de quebra de mobiliário e por uso de calçado inadequado.

De modo significativo, emergiram aspectos relacionados ao comportamento de risco adotado pelos pacientes, mesmo após consecutivas orientações sobre a prevenção de queda, trazendo à luz da discussão temas, como o envelhecimento e o adoecimento da população, como também a epidemia de obesidade que repercutem

no perfil dos pacientes e acompanhantes. Estes últimos citados, como fatores facilitadores para a ocorrência de quedas de pacientes. Aos acompanhantes, também foi associado o pouco envolvimento com o cuidado do paciente, citando-se como exemplo o fato de muitos estarem dormindo, quando as quedas ocorreram e ausentarem-se do quarto para realizar refeições.

As participantes comentaram a ocorrência de quedas que não eram comunicadas pelos pacientes e acompanhantes, o que pode sugerir que o número de quedas fosse maior que o notificado

Outro aspecto citado unanimemente pelo grupo, foi em relação ao momento adequado para a orientação do paciente e seus acompanhantes sobre a prevenção de quedas. Nesse sentido, as participantes consideraram o momento da admissão como de grande ansiedade e com excesso de informações, contribuindo para que o paciente não assimile as informações passadas. Como fator associado, os instrumentos de orientação sobre a prevenção de quedas foram citados como pouco atrativos, pelo excesso de texto e falta de imagens, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias mais adequadas de educação voltada aos idosos.

Ainda relacionado à orientação de pacientes, as participantes citaram que o paciente identifica que tem o risco de queda, pois a pulseira e a placa sinalizam a informação por escrito, mas não conseguem associar seu fator de risco, contribuindo para não seguir as medidas de prevenção orientadas.

Com relação aos aspectos que influenciam a ocorrência de quedas, o grupo concordou que as grades das camas não oferecem uma barreira suficiente para evitar que o paciente saia da cama, contribuindo, por diversas vezes, para aumentar a gravidade da lesão decorrente da queda.

O grupo citou o uso de suportes de soro e andadores como possíveis facilitadores de queda e, em relação aos andadores e outros dispositivos de apoio, concordou com a falta de treinamento aos profissionais de enfermagem, de modo adequado para auxiliar o paciente.

Uma participante citou a experiência com barra de apoio, que abraça o paciente, para vaso sanitário, e o grupo concordou que as quedas do vaso sanitário

podem ser minimizadas com esse dispositivo, bem como possibilitar ao paciente manter sua privacidade no momento do uso, exemplificando com situações de quedas ocorridas nesse cenário.

O grupo concordou que a quantidade de dispositivos que auxiliem a movimentação de pacientes, como guindastes, é insuficiente, em especial, aos pacientes obesos. Algumas participantes referiram desconhecer especificações sobre a capacidade máxima de peso, que móveis e equipamentos suportam, o que poderia favorecer a ocorrência de quedas nessa população.

Três participantes enfatizaram e o grupo concordou, que, em sua formação como enfermeiro, não houve abordagem quanto à prevenção de queda, bem como sobre as questões ergonômicas e que, neste contexto, os profissionais da fisioterapia são mais preparados.

Outro aspecto mencionado, relacionou-se ao conceito da queda não estar clara aos profissionais de saúde, pois muitas consideram queda somente quando ocorre a ida ao solo.

Por conseguinte, acordaram que, o grupo, no próximo encontro, deveria abordar o processo de prevenção, com as seguintes proposições:

- Revisar o folheto de prevenção de queda, tornando-o mais visual e pedagógico, consultando um psicopedagogo;
- Revisar o plano de educação a respeito da prevenção de queda, para incluir a participação do acompanhante na ciência das informações;
- Solicitar a compra e a instalação de barras de apoio para vaso sanitário (Abraço Seguro®);
- Capacitar os profissionais para apoiar os pacientes na mobilização e deambulação;
- Divulgar as informações relativas às características do mobiliário e equipamentos para obesos;

- Investigar o absenteísmo e a relação com a ocorrência de quedas na ficha de notificação de eventos;
- Acompanhar, com maior detalhamento, a unidade onde ocorreu a queda, o paciente acometido e as consequências da queda, monitorizando-o em relação às consequências;
- Instituir um termo de responsabilidade para o familiar sobre o risco de queda;
- Oferecer estrutura, especialmente, quanto à alimentação para a permanência de acompanhante 24 horas; e
- Rever o momento em que deverá ser realizada a orientação ao paciente e acompanhante.

4.2.2 Segundo encontro do grupo focal

O segundo encontro do grupo focal foi realizado no dia 9 de fevereiro de 2015, em uma das salas de aula da ETES. Como o anterior, estava marcado para às 14 horas, mas iniciou-se com atraso de 30 minutos, aguardando a chegada das participantes. O encontro durou 1h30.

Igualmente como no primeiro encontro, o grupo foi participativo e descontraído, com todas as enfermeiras interagindo e contribuindo significativamente nas discussões das temáticas acordadas anteriormente. Uma participante precisou ausentar-se antes do término.

Os objetivos delineados para esta sessão foram propor a revisão do folheto de prevenção de queda e do plano de educação para prevenção de quedas.

Entreguei aos participantes uma cópia de cada material para que pudessem ler e facilitar as citações e observações sobre o conteúdo.

Em sua segunda versão, o folheto foi implementado em 2009, e a maior parte dos enfermeiros atuava na Instituição, acompanhando o processo de criação e

aplicação. O plano foi idealizado, em 2013, contendo as orientações universais de prevenção de queda.

Apresentei ao grupo, a síntese da primeira reunião, usando recursos audiovisuais (Apêndice D) e incluí as vivências e sentimentos relatados diante das quedas de pacientes e as sugestões feitas pelo grupo para aprimorar as medidas de prevenção.

Durante a apresentação da síntese do encontro anterior, Minerva sugeriu que poderia ser incluído o resultado da escala de Morse no instrumento de passagem de plantão, o que poderia auxiliar o enfermeiro no dimensionamento da equipe em seu turno de trabalho. Comentou também o fato de que as duas unidades oncológicas têm elevada incidência de queda, quando comparadas às outras unidades do HAOC, questionando se a escala de Morse reflete o risco real desses pacientes, ou mesmo, se o enfermeiro a está utilizando adequadamente.

Ponderei que, no HAOC, o perfil do paciente que cai indica a clínica oncológica como preponderante e que, a autonomia nessa situação, pode ser um fator determinante, mas, que a literatura pesquisada aponta o paciente neurológico com maior incidência em quedas no ambiente hospitalar.

Comentei que, por uma semana, acompanhei três ocorrências do evento queda, abordando as equipes de enfermagem acerca do dimensionamento e que, até então, a percepção foi de que o quadro de pessoal não interferiu na ocorrência. Foi consenso das participantes que é importante estudar mais profundamente a queda nos pacientes oncológicos.

Novamente, o conceito de queda foi questionado por Psiquê, ao enfatizar que quantitativa e qualitativamente os profissionais não têm claro e, portanto, entendem ser necessário chegar ao solo para ser considerado queda. Neste momento, reiterei com todas a importância da educação e clareza por todos os profissionais, pacientes e familiares ou acompanhantes, a respeito de explicitar o conceito de queda no HAOC.

Ao finalizar a síntese do encontro anterior, apresentei alguns dispositivos utilizados internacionalmente para prevenção de lesões decorrentes de queda, como bermudas almofadadas para prevenir fraturas de fêmur, capacetes, colchões para

serem colocados ao lado da cama, alarmes de saída do leito, cintos de segurança para cadeiras e para deambulação, barras de proteção para o vaso sanitário (Abraço Seguro®), calçados e meias desenvolvidas por enfermeiras que sinalizam, pela cor, o grau do risco.

Nesse momento, comentei sobre a cor utilizada no âmbito mundial para identificação do risco de queda ser amarela, o que suscitou a discussão do por quê optamos pela cor laranja. Esclareci que no momento da escolha, o amarelo era utilizado para sinalizar precaução de contato.

A revisão do folheto de prevenção do risco de queda foi iniciada com sugestões sobre as imagens e cores serem mais chamativas, identificando por meio delas as informações a serem apreendidas. Todas concordaram que há excesso de texto e informações desnecessárias que não são direcionadas aos pacientes internados.

Outro ponto de consenso entre as enfermeiras foi de que o folheto deveria alertar para a realidade das quedas dentro do hospital, o quê na opinião das participantes, causará maior sensibilização ao paciente e aos acompanhantes.

Juno e Apolo enfatizaram que o momento de entrega do folheto e da educação deve ser revisto, bem como o conteúdo extensivo ao acompanhante.

Na revisão do plano de educação, as participantes concordaram que a linguagem deve ser mais objetiva e enfatizando os cuidados a serem seguidos, concordando também que a entrega de uma via ao paciente ou acompanhante poderá possibilitar maior envolvimento na prevenção de quedas.

Síntese

Estiveram presentes seis participantes, 54% do grupo.

A síntese do encontro anterior foi apresentada e expostos o objetivo do encontro atual, a revisão do folheto de orientação e do plano de educação para a prevenção de quedas.

Como no encontro anterior, assuntos foram retomados várias vezes, prolongando a finalização das discussões, em virtude da inquietação e da necessidade de aprofundar a temática queda, educação e, novamente, a de clarificar

o conceito de queda a todos os profissionais de saúde e aos pacientes e acompanhantes.

Minerva e Juno sugeriram que os resultados da escala de Morse fossem empregados, como uma variável para o aumento do pessoal de enfermagem nas unidades de internação. A fala de Juno expressa essa sugestão:

“Esta questão do absenteísmo é baseada numa escala, de repente, rever uma escala, porque, às vezes, segundo a escala está todo mundo ali, mas está sendo suficiente? Está suprimindo a real necessidade? Como a Minerva falou, a gente tem dez pacientes com aquele MORSE [alto risco], então, este número [de pessoas] ainda supre para este MORSE?”

[Juno]

Outro ponto debatido correspondeu ao perfil do paciente acometido pela queda, sendo proposto pelo grupo, um estudo objetivando compreender a queda do paciente oncológico que deverá ser realizado e três participantes voluntariaram-se a desenvolvê-lo.

Houve a leitura e as sugestões das mudanças no folheto e no plano, às quais me comprometi realizar e apresentar.

O grupo concluiu que, em relação ao folheto de orientação, este deveria ser mais visual, com imagens que chamassem a atenção e que fossem significativas a todas as idades, não apenas aos idosos, com cores intensas, sinalizando o perigo da queda.

Quanto ao texto do folheto atual, foi consenso que o conteúdo do texto era extenso, com informações que não se aplicavam ao contexto da intenção e, por isso, chamava pouco a atenção do leitor.

O grupo concordou também com a retirada de várias partes do texto e tornar outras mais objetivas, enfatizando o uso de medicamentos e a ocorrência de quedas no ambiente hospitalar, bem como foi sugerido que, ao final do folheto, houvesse um alerta sobre a realidade da ocorrência da queda no ambiente hospitalar.

Em relação ao plano de educação, as participantes indicaram que partes do texto deveriam ser excluídas para torná-lo mais objetivo. A sugestão de impressão em

duas vias, sendo uma ao paciente e a segunda, assinada pelo paciente ou acompanhante e anexada ao prontuário, foi compreendida pelo grupo, como uma ação para envolver o paciente e acompanhante no cuidado na responsabilização frente à prevenção de quedas.

Como melhoria para a avaliação do paciente pela escala de risco de queda de Morse, o grupo solicitou que fosse impedida a opção de duplicar a escala anterior, no prontuário eletrônico, pelo fato de entender que a duplicação é um facilitador para avaliações que não retratam a condição diária do paciente.

O grupo voltou a questionar a revisão do uso de dispositivos, como cintos de proteção, andadores, suportes de soro e de barras de vaso sanitário (Abraço Seguro®).

Ao final, as participantes solicitaram a realização de um terceiro encontro para finalizar a revisão dos instrumentos, o que foi aceito por todos.

4.2.3 Terceiro encontro do grupo focal

O terceiro encontro do grupo focal foi realizado em 17 de março de 2015. O encontro foi marcado às 14 horas, mas iniciou-se com 15 minutos de atraso e foi encerrado às 16 horas, com uma duração de 1h45.

Como impressão geral, o grupo foi novamente participativo e descontraído. Houve interação entre todos os participantes.

Apresentei às participantes a síntese do segundo encontro e o objetivo do terceiro encontro: avaliar as modificações sugeridas pelo grupo no folheto de orientação para prevenção de queda e o plano de educação para prevenção de queda.

Desse modo, entreguei a cada participante uma cópia do folheto revisado e, expliquei que consultei a psicopedagoga do Serviço de Educação Corporativa, relatando as sugestões em relação à cor e ao texto, para torná-lo mais atrativo, apontando o uso da marca d'água com o símbolo universal de risco de queda e a cor

laranja, fazendo com que a associação entre laranja e o risco de queda seja mais visível.

A participação dessa profissional também contribuiu para incorporar algumas mudanças no folheto, a exemplo: uso da cor preta para sinalizar perigo, enfatizar a cor laranja e o símbolo de risco de queda para haja uma associação entre os dois na percepção do leitor e maior utilização de imagens.

Diana sugeriu que as palavras anticoagulantes e anticoaguladas fossem revistas, deixando apenas uma, facilitando a compreensão por parte dos pacientes e acompanhantes, o que foi aceito por todas.

Da mesma forma, Minerva sugeriu a inclusão de classes de medicamentos anti-histamínicos, mas o grupo optou pela palavra “antialérgicos” por ser de mais fácil entendimento.

Um ponto que gerou reflexão entre as participantes foi a orientação para manter a iluminação de vigia acesa. As participantes concordaram que, em razão da diferença estrutural dos quartos, as luzes de vigia não ficam na mesma posição, alguns pacientes sentem-se incomodados em deixá-las acesas. Por outro lado, a enfermagem algumas vezes consente que o quarto permaneça sem iluminação. Salientaram a importância de manutenção preventiva em relação à iluminação e checagem desta condição pela hotelaria, antes da admissão do paciente.

Vênus, Júpiter e Juno concordaram e o grupo assentiu que o comportamento dos enfermeiros de flexibilidade excessiva, com ênfase na manutenção de vínculo com o paciente, dificulta o estabelecimento de limites diante de indicativos de comportamento de risco para a queda. Todas concordaram que o comportamento permissivo do enfermeiro no HAOC quanto à anuência do paciente deixar a unidade para ir à lanchonete e ao bosque, quando em risco elevado médio e elevado, precisa ser revista. Júpiter observa que a realização desta pesquisa poderá ser um passo para quebrar o paradigma e modificar esse comportamento dos enfermeiros e que o respeito ao paciente deve ir até onde afeta sua segurança.

O grupo concordou com a necessidade de programas de capacitação e educação dos profissionais sobre a prevenção de quedas, objetivos e capazes de

modificar o comportamento dos profissionais. Nesse momento, foi citada, como exemplo, a limpeza dos corredores que, em algumas situações, é realizada dos dois lados simultaneamente, não deixando um espaço seguro para as pessoas transitarem.

Vênus relatou sua preocupação com o número de quedas que acontecem quando os pacientes estão sozinhos e que isto deveria estar registrado, de alguma forma, como um alerta no prontuário eletrônico. Por solicitação do grupo, a informação de que o acompanhante deve estar atento às necessidades do paciente foi inserida no folheto.

O plano de educação foi revisado com a proposta de adotar o mesmo texto do folheto, para se referir aos artefatos terapêuticos.

Informei que o teste com o folheto será, oportunamente, realizado em uma das unidades de oncologia e que também daria início a um estudo piloto com colete a ser vestido pelo paciente, para prevenção de queda de poltrona.

Comuniquei que o orçamento para a colocação do Abraço Seguro® foi iniciado e que será, oportunamente, apresentado à Superintendência para apreciação.

Síntese

Estiveram presentes seis enfermeiros, 54% do grupo.

Novamente, o grupo mostrou estar à vontade para discutir os assuntos relacionados à prevenção de quedas em vários de seus aspectos, em alinhamentos com os assuntos discutidos nos encontros anteriores.

O grupo entrou em consenso quanto ao conteúdo do folheto de orientação para prevenção de quedas, sugerindo modificações na primeira versão apresentada, concluindo que estas mudanças serão importantes para sensibilizar os pacientes e acompanhantes, em relação à sua participação no cuidado e na prevenção da queda no ambiente hospitalar.

A necessidade de conscientizar e sensibilizar a mudança de comportamento dos enfermeiros ficou evidente, para um posicionamento mais contundente diante do paciente cair, assim como o emprego das medidas institucionais relacionadas à

prevenção de queda e à segurança do paciente. Foi ressaltada a relevância de continuarmos explicitando o conceito de queda aos profissionais de saúde, pacientes e familiares e a necessidade de notificação.

A nova versão do plano de educação foi acolhida de modo profícuo pelo grupo e pela pesquisadora, que se comprometeu a dar continuidade junto à Superintendência Assistencial e à Gerência de Qualidade.

As enfermeiras concluíram as atividades, porém, o grupo manifestou desejo de prosseguir a revisão de equipamentos e dispositivos para a prevenção de quedas e realizar encontros periódicos para avaliação das mudanças propostas.

5 A ANÁLISE INTERPRETATIVA

5 A ANÁLISE INTERPRETATIVA

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher. “*

Cora Coralina

5.1 AS CATEGORIAS ORIUNDAS DAS NARRATIVAS

Da análise das narrativas dos pacientes acometidos pela queda, emergiram três categorias, que apresento a seguir:

5.1.1 A singularidade do evento queda: da expressão do fato à manifestação de sentimentos

As quedas ocorridas no ambiente hospitalar são causadas por fatores intrínsecos, extrínsecos e por comportamentos de risco momentâneo, como não solicitar ajuda. Dessa forma, tal evento pode ser distinto em sua descrição e análise. Os fatores intrínsecos, que causam as quedas fisiologicamente previsíveis, são relacionados a alterações fisiopatológicas, como à perda de força, às alterações na marcha, às doenças cardiovasculares, neurológicas, osteoarticulares e geniturinárias e aos efeitos dos fármacos que induzem a diminuição das funções motoras, tonturas, hipotensão, confusão e sonolência.

Esse contexto é evidenciado nas falas de E1, E4, E5, E6 e E7.

“Eu estava com a minha filha e fui sentar lá na saleta, estava sentando no sofá e, na hora que fui sentar, eu não me posicionei direito, me desequilibrei e cai no chão, sentei fora da cadeira, não foi fraqueza na perna ou tontura. ”

[E1]

“Nesse dia, eu estava deitada, fui levantar, ao levantar escorreguei, estava de chinelo, mas escorreguei, embora tivesse mais duas pessoas, acompanhantes aqui no quarto me ajudando, nem elas conseguiram, nem eu consegui me segurar, a ponto de não escorregar no chão do hospital”.

[E4]

“Na primeira queda, quando eu levantei bambeou as pernas... Eu tomei remédio para dormir, coisa que não estou acostumada, porque estava com enfisema muito feio, estava com muita tosse, não conseguia dormir e me deram Dormonid®. Eu tomei e quando me levantei, escorreguei e cai que nem bêbada. ”

[E5]

“.... Eram 4 horas da manhã, meu marido estava aqui dormindo, e eu chamei ajuda... eu fui ao banheiro, usei o vaso e fui lavar a mão. Quando eu fui fazer a voltinha [com o andador], a enfermeira ou a técnica, não sei, ela saiu para eu fazer a voltinha, quando ela saiu o andador escorregou...”

[E6]

“Eu fui ao banheiro com a minha mãe... ainda não mexo bem as pernas, fiz o que eu tinha que fazer no banheiro. Ela me ajudou a levantar e eu fui lavar a mão, eu estava de chinelo de dedo e aí no impulso, no reflexo, você pega o papel e começa a enxugar a mão e tal, como o chão estava um pouco molhado e eu estava de chinelo, começou a escorregar. Eu percebi que ia cair no chão e deixei escorregar...”

[E7]

Estudo conduzido por Oliver et al. (2004), mediante revisão sistemática de literatura, mostrou que os fatores de risco relacionados à queda de pacientes mais frequentes foram: instabilidade de marcha, fraqueza de membros inferiores, agitação e/ou confusão, frequência e incontinência urinária, história anterior de queda e prescrição de drogas sobretudo hipnóticas, sedativas e psicotrópicas.

Degelau et al. (2012) acrescentam a estes fatores de risco a disfunção cognitiva, como o *delirium* e a demência, e o ambiente, como a falta de barras em banheiros. Gray-Miceli (2014) cita que os fatores de risco modificáveis para queda e para lesão são o uso de medicamentos de alto risco, como sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; álcool; *delirium*; agitação comportamental; síncope; frequência urinária e incontinência; deficiência visual; marcha e distúrbios do equilíbrio; fraqueza e fadiga;

instabilidade nos sinais vitais; hipotensão ortostática; anormalidades laboratoriais, como plaquetopenia, anemia, hipoglicemia, hiperglicemia e sepse.

Outro fator contribuinte para as quedas é o comportamento de risco, que pode ser compreendido por meio da definição de autoeficácia (AE) de Bandura (1999), considerando as crenças que as pessoas têm em sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para alcançar determinados resultados. A expectativa pessoal de AE determina se o comportamento será iniciado, quanto esforço será empreendido e por quanto tempo será mantido diante de obstáculos e experiências aversivas. Os indivíduos tendem a evitar situações ameaçadoras que acreditam exceder suas habilidades de enfrentamento, mas se envolvem em atividades e comportam-se confiantemente nas situações que julgam ser capazes de lidar (Rabelo, Cardoso, 2007).

Os depoimentos de E2, E3 e E6 corroboram as abordagens dos autores acima.

“Eu fui descer da cama, de madrugada, minha mulher estava sentada ali, [sofá-cama] dormindo, eu não quis acordar nem chamar ninguém. ”

[E2]

“A minha primeira queda foi na terça-feira à noite, foi sem querer, estava sozinha, meu marido estava tomando banho, e eu queria pegar uma coisa na mala dele, levantei e cai em seguida. ”

[E3]

“Em primeiro lugar, no momento da queda eu estava perfeitamente lúcida... Mas, foi devagar, não foi uma queda violenta, então, foi uma queda lenta eu fui caindo devagarzinho e tentando realmente proteger o joelho, tanto que eu não bati o joelho.”

[E6]

As narrativas de E8 e E9 procuram amenizar o evento, embora reconheçam os recursos de que dispunham.

“...foi de madrugada e estava sozinho no momento da queda, mesmo estando acompanhado por uma pessoa dentro do quarto. Eu estava com acompanhante, ele não estava acordado.... Como estava em uma posição relativamente baixa, não estava de pé, estava meio abaixado, então a queda

em si não foi grande coisa e também não houve tanto assim machucado, porque tinha móveis de lado e não me fez deslocar assim tanto o corpo. ”

[E8]

“Eu fui me abaixar para tirar uma foto, quando eu me abaixei, daí cai para trás... Tem a pulseira, tem o aviso de risco de queda, tem no quadro, mas você não acredita, só depois que cai! Tem que acreditar mesmo, avisou tem que acreditar, a gente não acredita. ”

[E9]

Bandura (1997) refere que as crenças de AE originam-se e alteram-se por meio de quatro fontes: experiência de domínio ou êxito, experiência vicária, persuasão social e excitação emocional. As experiências de êxito são as mais influentes, a experiência vicária decorre de ver outros desempenharem atividades ameaçadoras, sem consequências adversas, a persuasão verbal leva o indivíduo a acreditar que pode enfrentar, com sucesso, o que o derrotou no passado, mas, as experiências induzidas são mais fracas. O julgamento sobre suas habilidades, percepção sobre seu estado fisiológico e as informações sobre sua capacidade e dependendo de como se sente diante de uma determinada situação, determinarão que fará um julgamento de suas habilidades. A alta excitação debilita o desempenho.

Nesse sentido, o comportamento de saúde é afetado pelos resultados que os indivíduos esperam que suas ações possam produzir, adotando padrões pessoais e regulares de comportamento por meio de reações autoavaliativas, que lhes dão autossatisfação e autoestima e abstendo-se de comportamentos que reproduzem autoinsatisfação. A regulação do comportamento é uma questão pessoal, mas alguns impedimentos residem na forma como os serviços de saúde são estruturados social e economicamente (Bandura, 2004).

Tendo em vista as lesões e os agravos decorrentes das quedas, é imprescindível acompanhar o paciente, embora alguns considerem a lesão com menor gravidade.

“Não me machuquei, apenas ficou roxo do lado, não chegou a doer, só dói quando põe a mão. Na segunda queda, é que ficou o hematoma, machucou porque foi com diferença de poucos dias a queda e bati no mesmo lugar. ”

[E3]

“Me disseram que fui achada no banheiro, que eu caí e bati o rosto, o nariz, o braço e deu essa arroxada toda. Mas, eu não tive noção de ter levantado da cama... quando acordei, eu estava em uma cama, indo para a tomografia”

[E5]

As lesões decorrentes de quedas podem ser devastadoras para o indivíduo, de acordo com o grau da lesão, com sua prevenção perpassando por envolvimento do paciente, práticas profissionais prudentes e avaliação da identificação do risco (Gray-Miceli, 2014).

Degelau et al. (2012) referem que as quedas são a principal causa de lesão adquirida em hospital, prolongando ou complicando as internações. As lesões decorrentes das quedas podem aumentar o tempo de internação e necessitarem de exames e procedimentos, como fechamento por pontos ou reparação da lesão.

A recorrência do evento ao longo da internação também esteve presente. Não é incomum os pacientes caírem mais de uma vez no decorrer da internação, o que pôde ser observado em quatro dos participantes entrevistados. Os fatores de risco existentes, como a diminuição da força dos membros inferiores, mas também o comportamento de risco, a preservação da independência e o não seguimento das orientações oferecidas para prevenção de quedas podem ser determinantes para a ocorrência de novas quedas, durante o período de hospitalização.

“Isso mesmo, caí duas vezes no mesmo dia, na mesma madrugada. ”

[E2]

“Na primeira queda, quando eu levantei, bambeou as pernas, mas, na segunda, não tenho ideia de nada. ”

[E5]

“É claro que eu não sou nenhuma idiota, não queria cair de novo...”

[E5]

De acordo com Morse (2009), uma vez que o paciente apresente uma queda, ele estará suscetível a cair novamente e na mesma circunstância, registro e a análise das circunstâncias que envolvem cada queda tornam-se um importante aspecto de

prevenção das quedas, de modo a evitar sua recorrência. Para Taylor et al. (2014), a história de queda no passado é o melhor preditor independente de quedas futuras, pois de 30% a 40% das pessoas apresentarão uma nova queda.

A recorrência de quedas é mais estudada na população idosa e estudos vêm mostrando que as intervenções multifatoriais envolvendo equipe médica, de fisioterapia e de terapia ocupacional têm reduzido a recorrência de quedas, mas não sua incidência (Davison et al., 2005; Lever, 2005).

A reação dos familiares e acompanhantes diante da queda pode incluir a demonstração de medo, preocupação e, até mesmo, culpar o paciente pelo fato ocorrido, da mesma forma que alguns pacientes se culpam, alegando descuido.

“Fiquei assustada e quem estava aqui comigo ficou abalado.”

[E3]

“Ela ficou bastante assustada, principalmente na segunda queda, agora ela espera um pouco, ficou com medo, não faz como antigamente, antes ela levantava e ia. Agora ela espera a gente trazer a cadeira para sentá-la, agora ela não corre mais esse risco, agora ela não levanta mais.”

[Familiar 2]

“Minha família, realmente, ficou preocupada”

[E6]

“Na hora meu pai ficou espantado, ficou olhando, ele brigou: você foi abaixar de uma vez aí!!!”

[E9]

Entre as consequências psicossociais que podem resultar da queda, sobretudo em idosos, estão o medo e a impotência. O medo está relacionado a novas quedas, de se machucar, de ser hospitalizado, de imobilizações, de se tornar dependente para o autocuidado e o declínio de saúde. Outra consequência é a impotência, resultante de falta de controle (Kong et al., 2002).

Honaker & Kretschmer (2013) citam que as quedas são uma ameaça à vida independente e uma sobrecarga para o cuidador de idosos, tendo como consequências psicológicas frequentes o medo, a redução da autossuficiência (percepção da capacidade de realizar atividades sem cair), fuga de atividades e perda da confiança no equilíbrio e podem ser observadas em até 70% dos indivíduos que caem e que os instrumentos específicos para medir o medo de cair em idosos, como *Falls Efficacy Scale*, *Activities Specific Balance Confidence Scale* e *Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly*, medem as respostas apenas do indivíduo, não considerado aspectos da família para o enfrentamento da queda, como também aspectos da qualidade de vida. A *Falls Efficacy Scale* foi traduzida e adaptada para o português por Camargos (2007), .

As falas de E1, E4, E10 e do Familiar 2 expressam o medo de sofrer uma nova queda no ambiente hospitalar.

“Agora, eu já estou com medo de cair de novo, mas não, eu não deixei de fazer alguma atividade aqui no hospital por medo de cair, mas eu estou andando mais muito lentamente, por causa da queda, não por precaução, acho que é medo mesmo de cair.”

[E1]

“Eu tenho medo de cair de novo!”

[E4]

“Meu filho ficou muito assustado, foi um descuido, mas que acontece.”

[E10]

“Antes eu ajudava, mas agora estou com medo.”

[Familiar 2]

Sentimentos de medo e a redução voluntária das atividades, como deambulação, para evitar nova queda são expressas nas falas ds pacientes e familiares a seguir:

“Acho que posso cair de novo e, por isso, mudei minha rotina aqui no hospital. Se eu não estou firme ou eu não consigo dar o primeiro passo, espero alguém me ajudar para andar, coisa que eu não fazia antes. ”

[E4]

“Eu estou com medo...Hoje, eu tenho medo de cair de novo, já mudei o hábito aqui no hospital, por conta disso, eu que já estava caminhando no quarto para lá e para cá, pois, para mim isso é bom... agora, eu não tenho mais coragem, morro de medo e não quero andar sozinha... Não sei se posso cair de novo, quem sabe? Ninguém pode dizer que não vou cair de novo. Espero que não aconteça...

[E5]

“Se tivesse acontecido alguma coisa, não precisava ser uma grande coisa, qualquer coisa que fosse atrapalhar, assusta”

[E6]

Gagnon e Flint (2003) citam que, até 40% dos idosos internados que caem, têm medo de cair novamente e evitam atividades físicas e sociais, perdendo massa muscular e, conseqüentemente, isolando-se. Assim os principais fatores associados ao medo de cair são: idade avançada, sexo feminino, história de quedas anteriores, necessidade de cuidados médicos após a queda, fraturas, demora em se levantar após a queda, dor, viver sozinho ou ter poucos contatos sociais e fragilidade em idosos como: necessidade de apoio para subir escadas, déficit visual e uso de dispositivos de apoio.

O medo de cair é também reconhecido como síndrome pós-queda e pode afetar, inclusive, indivíduos que não caíram, gerando ansiedade grave e afetando a capacidade do idoso, ocasionando mudanças físicas, funcionais e psicológicas, impactando no desempenho de atividades diárias e perda de confiança para caminhar e manter o equilíbrio (Jette, 2013).

Em contrapartida, outros pacientes experimentam comportamento de persistência, independente do risco de nova queda, mantendo sua rotina e atividades físicas, cientes do risco.

“Não tenho medo de cair de novo e não acho que isso possa acontecer novamente, mas, poder pode porque pode acontecer com todo mundo, mas medo eu não tenho, pois se tiver medo, eu não vou andar.”

[E7]

“Não, absolutamente, não fiquei com medo de cair novamente. Talvez eu possa cair de novo, talvez sim, por uma outra causa.”

[E8]

“Acho que, hoje, eu posso cair de novo, posso, se eu sair andando rápido eu caio. Fiquei com medo de cair novamente... Me assustou porque eu não consegui levantar, tanto que eu até tenho uma bengalinha para poder me dar apoio.”

[E9]

Não é infrequente que pacientes e acompanhantes, diante de uma queda sem lesão ou uma lesão de menor gravidade acreditem que esse acontecimento tenha repercussão em seu estado clínico e, assim, deixam de notificar, imediatamente, à equipe de enfermagem.

No HAOC, várias situações de queda tornaram-se de conhecimento quando uma lesão foi percebida por ocasião do exame físico ou, quando o paciente ou acompanhante comentaram, horas ou dias depois, a ocorrência da queda. Esse comportamento pode ser reconhecido na fala abaixo.

“Nem avisamos porquê não imaginávamos que deveríamos avisar e não estava me sentido mal não, continuei dormindo.”

[E8]

5.1.2 O olhar do paciente e familiar para os recursos institucionais: elementos de estrutura, processo e resultado

O referencial Donabedian de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, abrangendo a análise dos componentes da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados das instituições de saúde, foi retratado pelos participantes em função dos equipamentos, da relação entre os profissionais e das injúrias apresentadas.

A seguir, as falas de E1, E2 e E9 traduzem os recursos de estrutura.

“Estou com linfoma e isso me tira toda a força... Estou fazendo fisioterapia duas vezes por dia e ando com auxílio da cadeira.”

[E1]

“.... Eles colocaram isso [a pulseira] Risco de queda.... a cama estava na posição normal, igual a essa de agora [abaixada], eu até abaixo um pouco mais para descer, porque ela fica mais perto do chão.... Esse suporte de soro que me mandaram usar para andar, mais me atrapalhou do que ajudou.... roda para todos os lados, não tem apoio, tudo roda e escorrega para o lado”.

[E2]

“Tem a pulseira, tem o aviso de risco de queda, tem no quadro, mas você não acredita, só depois que cai.”

[E9]

A estrutura é compreendida, como os recursos humanos em quantidade e capacitação, os recursos físicos e materiais que incluem mobiliário, equipamentos e pisos, recursos financeiros e o modelo organizacional que pode ser traduzido no modelo assistencial (Donabedian, 1985; Donabedian, 1992; Wachter, 2013).

O quantitativo de profissionais, em especial da enfermagem e fisioterapia e a capacitação dos mesmos para auxiliar os pacientes, é percebido pelos pacientes como um facilitador para evitar a ocorrência de quedas.

Da mesma forma, os recursos utilizados para sinalização de risco de queda, como pulseiras e placas nas portas dos quartos, equipamentos de apoio para deambular, como suportes de soro com rodas, cadeiras e bengalas são percebidos pelos pacientes e familiares, como auxiliares na prevenção de queda e propiciando a continuidade das atividades diárias ou também como facilitadores de queda. Em contrapartida, o material de orientação sobre o risco de queda entregue no momento da admissão não é lembrado.

No modelo Donabediano, o processo é compreendido pelo conjunto de relações empreendidas entre profissionais e usuários, cujos programas e protocolos de prevenção de queda são implementados. A interface entre a avaliação do risco, as

orientações oferecidas ao paciente e familiar e as medidas tomadas, após a ocorrência da queda são fundamentais para que a prevenção de novas quedas seja efetiva e percebida. A necessidade de reforço nas orientações de prevenção e da análise das causas que levaram à queda são percebidas pelos participantes e expressas a seguir:

“Não percebi algo marcante nos profissionais após a minha queda, mas nos acompanhantes sim, eles ficaram mais atentos e mais prontos para me ajudar a levantar.... Acho que, dependendo do profissional e da pressa do plantão, o olhar é um ou outro, alguns têm um olhar mais cuidadoso e outros menos cuidadoso, isso é pessoal. ”

[E4]

“A enfermeira me avisou bem: a senhora não levante da cama sem me chamar! ”

[E5]

“Ela foi chamar o rapaz que estava trabalhando com ela à noite. Me levantaram e trouxeram aqui para a cama.... E ela [enfermeira] ligou pro médico de madrugada, e ele chegou bem cedinho. Ele mandou fazer radiografia de toda essa parte que eu bati, mas, o joelho eu não bati, graças a Deus! Eu brinquei com uma das moças que esse é o quarto do pânico, sempre acontece alguma coisa.... Eu acho que as moças são todas cuidadosas. Hoje, a fisioterapeuta falou que elas têm uma orientação de ou ficar do lado segurando, ou atrás para evitar a queda, mas isso não aconteceu. ”

[E6]

“Eu recebi orientação do hospital de que eu deveria tomar cuidado na hora de ir ao banheiro, que eu deveria chamar as enfermeiras ou auxiliares de enfermagem, mas como eu já estava conseguindo me mexer, e a minha mãe estava aqui, eu resolvi ir com ela. ”

[E7]

“Aí, eu fui olhar certinho a orientação de ângulo da perna, daí, não teve mais. São orientações, mas é assim, o ser humano só acredita vendo.... Eu conversei com a fisioterapeuta, e ela me ensinou algumas manobras de apoio. ”

[E9]

“Eu gostaria de ter sido orientada sobre como a grade da cama deveria ficar, principalmente, à noite para prevenir a queda, pois uma estava abaixada, se a grade estivesse elevada isso ajudaria. Ele não teria se levando. ”

[Familiar 1]

“Eu só acho que, no caso dela, na hora do banho, deveria sempre haver duas pessoas, pois ela levantava e não dava tempo de segurar, agora ela não levanta mais, não faz mais isso, mas, mesmo assim por precaução, deveriam ter duas pessoas para dar apoio. ”

[Familiar 2]

“...depois da primeira queda, deveriam ter retirado a medicação, pois ela havia relatado isso para a equipe médica e mantiveram a medicação... Deveriam ter revisado a prescrição médica e que isso teria evitado a segunda queda. ”

[Familiar 3]

De acordo com Carroll, Dykes e Hurley (2010), os pacientes relutam em solicitar ajuda por acharem que a equipe de enfermagem está muito ocupada mas, que os enfermeiros necessitam compartilhar claramente a informação de que estão lá para os pacientes, fornecendo um ambiente seguro que inclui respostas rápidas às necessidades dos pacientes. Ainda, para esses autores, o plano de cuidados individualizados para prevenção de quedas deve ser comunicado à equipe de enfermagem, a todos os membros da equipe de saúde e aos pacientes e familiares.

Embora haja esforços para a implementação de medidas de prevenção de quedas, a possibilidade de que ocorram no ambiente hospitalar é inequívoca, visto os fatores de risco e a classificação dos tipos de quedas. Morse (2009) refere que, nos programas de prevenção de queda, a primeira queda fisiologicamente imprevisível não pode ser prevenida, pois até então essa condição não era conhecida pelo paciente e pela equipe, mas, que a segunda queda pode ser prevenida, bem como as lesões decorrentes dessa queda.

Dessa forma, entendemos que os protocolos de prevenção de quedas, por mais abrangentes que sejam, não conseguem prevenir todas as quedas, o que leva a prever que sempre haverá o residual de ocorrência de quedas também em decorrência do comportamento de risco. Essa perspectiva pôde ser observada nas falas de E7 e E9.

“Eu acho que aqui no hospital é tudo bem feito e orientado. “

[E7]

“Tinha sido me avisado que eu iria perder a força muscular e era para tomar cuidado quando eu passasse da linha do joelho pra baixo, que eu não iria conseguir voltar. ”

[E9]

Os protocolos de prevenção de quedas envolvem a avaliação e intervenção por parte da equipe multiprofissional de saúde, com os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e todos os profissionais que interagem diretamente com os pacientes (Ganz et al., 2013; Brasil, 2013; Gray-Micelli, 2014).

O resultado é visto como os efeitos na saúde do cliente em resposta ao cuidado empreendido; desta forma, a ocorrência da queda pode ser analisada como uma falha do cuidado na realização do cuidado.

Nesse sentido, a participação do paciente e familiar em seu cuidado e na implementação de medidas de segurança poderá ser determinante para a redução da incidência de queda de pacientes. Nos depoimentos dos participantes, chama a atenção, que embora sejam oferecidas orientações e sinalização de risco, o resultado não era esperado pelo paciente.

“Não havia caído antes e não imaginava que pudesse cair aqui no hospital.”

[E3]

“Quando me internei, não imaginava cair. Eu achava que eu era capaz de andar independente de alguém me ajudar. ”

[E4]

“Quando me internei, não imaginava cair no hospital.”

[E5]

“Eu me internei outras vezes e não imaginava que poderia cair no hospital. ”

[E6]

“Quando me internei, não imaginava que podia cair “

[E7]

“Quando me internei não achava que poderia cair, não, você nunca imagina isso! Acho que posso cair de novo, eu acho que pode, tudo é possível. ”

[E10]

A autocracia do indivíduo em sua capacidade permite que exerça controle sobre os eventos que afetam sua vida, transformando-se em realização e motivação. Dessa forma, as crenças de AE são elementos-chave e preditores do nível de realizações, moldando os resultados que as pessoas esperam que seus esforços produzam, determinando como os obstáculos e os impedimentos são vistos (Rabelo, Cardoso, 2007). Para os indivíduos com alta AE, os impedimentos são considerados transponíveis por meio do aperfeiçoamento das habilidades de autogerenciamento e pelos esforços perseverantes, permanecendo no curso de suas ações diante de dificuldades (Bandura, 1997).

5.1.3 A vulnerabilidade e os determinantes no evento queda

O reconhecimento, ou não, da vulnerabilidade diante do risco de queda, não é claro para os pacientes em situações agudas, como também aos pacientes em tratamentos longos. Esta percepção pode ser observada nas falas a seguir.

“Eu não caio não, isso é muito raro, eu tenho uma vida relativamente ativa, eu vou ao supermercado, faço musculação, vou para barzinho, tem nada a ver não. Não sou idosinha, velhinha de ficar em casa, caindo em casa, de jeito nenhum.”

[E5]

“Eu imaginei que eu poderia cair, visto que eu não tinha forças nas pernas ainda. ”

[E7]

A percepção, por parte do paciente e dos acompanhantes, sobre os determinantes da ocorrência da queda pode contribuir, ou não, para a compreensão do risco e a adoção de comportamentos seguros por parte dos mesmos. Esta percepção sobre os determinantes é evidenciada nas falas abaixo.

“Eu acho que o motivo das quedas foi a falta do hábito do remédio para dormir. Me dopou, acho que foi forte o Dormonid®. ”

[E5]

“Eu não sei se ele escorregou porque o chão estava molhado ou se foi um apoio errado que eu fiz, realmente, eu não sei dizer. Por mais que você seque o banheiro, existe uma umidade. E aí o andador foi de um lado, e eu fui de outro. ”

[E6]

“Acho que caí pelo piso molhado, é, eu deixei escorregar, uma vez que eu percebi que ia cair... Eu acho que o erro foi meu de ir ao banheiro sozinha com a minha mãe, de achar que estava mais firme do que realmente estava e por reflexo tentar lavar a mão sozinha e escorregar. ”

[E7]

“Acho que o que me fez cair foi talvez vontade de fazer xixi, não tenho muita certeza mas pode ter sido isso. Pode ser que esse chinelo me ajudou a cair, mas ele é bem firme no piso. Claro que quando me internei, eu não achei que poderia cair. ”

[E8]

“O que aconteceu é que eu estava andando e, por acaso, eu estava de meia e chinelo, por acaso esse que estou usando. ”

[E8]

“Foi uma queda imprudente, ninguém tem culpa disso, coisa que acontece, que você pode até cair na rua, tropeçando em um degrauzinho em casa também pode cair.”

[E10]

A percepção do paciente sobre os cuidados que poderiam ter evitado o evento queda, perpassa por experiências de saúde vividas com familiares, a percepção diante de sua própria condição de saúde, envolvendo práticas recomendadas com critério, como a contenção mecânica e a educação de pacientes com métodos lúdicos. Estas percepções são relatadas nas falas abaixo.

“Nos quartos antigos, havia uma escadinha, um apoio, para ajudar a subir na cama, eu estava com dificuldade para colocar o pé no chão, pois estava dolorido, o triângulo me ajudou para movimentar na cama. Acho que deveria ter um andador, como minha mãe usava. Esse suporte de soro que me mandaram usar para andar mais me atrapalhou do que ajudou. Isso é um crime, [ênfase], pois roda para todos os lados, não tem apoio, tudo roda e escorrega para o lado [a esposa comenta que a posição do braço no andador é mais anatômica e o paciente concorda]. Esse suporte de soro não me ajudou, ele não dá apoio, achei estranho não terem me dado um andador, isso seria uma ajuda a mais.”

[E2]

“Acho que se tivessem me dado uma amarradinha na cama, não para prender, atar o suficiente para me lembrar, para quando eu acordasse, lembrar para que eu não levantasse à esmo, como eu me levantei sem sentir.”

[E5]

“Para evitar que o mesmo tipo de queda aconteça novamente, deveriam demonstrar, chegar aqui no quarto e olha só aqui, abaixa aqui, demonstrar, simular o que pode acontecer aqui no quarto, aí você vai no limite, você vai descobrir na hora que cai. Se você tivesse tido a orientação da fisioterapia antes, isso teria me ajudado, porque aí eu teria medo.”

[E9]

As medidas de prevenção de quedas compreendem as medidas universais, ou gerais, que devem ser implementadas a todos os pacientes, independente da classificação de risco e incluem: o emprego de mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, o uso de vestes e calçados apropriados, a movimentação segura dos pacientes e estratégias de educação dos pacientes e familiares que abranjam orientações quanto ao risco, quanto à lesão e quanto à

prevenção da queda feitas na admissão e no decorrer da internação (Brasil, 2013). Outras medidas universais incluem a manutenção da campainha ao alcance das mãos, uso de luzes noturnas ou de vigia (Degelau et al., 2012)

Algumas medidas citadas como de prevenção individualizada para quedas, são controversas e devem ser objeto de estudo e reflexão por parte dos profissionais, quanto a seus benefícios e riscos de causarem lesões aos pacientes. Estas medidas compreendem as grades elevadas das camas, que podem ser entendidas como medidas de contenção e o uso de restrições mecânicas de membros superiores, associadas a discussões éticas em termos de restrição de liberdade ou autonomia e outros danos potenciais, como delírio, úlceras por pressão e perda de função, devendo ser direcionados a um mínimo de pacientes e continuamente reavaliados (Oliver, 2010).

5.2 AS CATEGORIAS ORIUNDAS DOS ENCONTROS

Da dinâmica dos encontros da construção e da análise reflexiva dos relatórios produzidos, derivaram duas categorias e três subcategorias, explicitadas a seguir.

5.2.1 A implementação de medidas para prevenção de queda à luz da tríade Donabediana

O eixo condutor para a construção desta categoria foi a tríade Donabediana, que permitiu o desdobramento dos achados em três subcategorias: os componentes de estrutura, processo e de resultado.

5.2.1.1 Os componentes de estrutura

A estrutura para prevenção de quedas compreende elementos, como as camas e suas grades, andadores e o suporte de soro com rodas direcionado à deambulação de pacientes em terapia endovenosa. As grades elevadas das camas são citadas,

frequentemente, como intervenção para prevenção de quedas (Morse, 2009; Brasil, 2013; Luzia, Almeida, Lucena, 2014; Gray-Miceli, 2014).

O *Food and Drug Administration* (FDA) refere que, em um período de 15 anos, recebeu 803 notificações de casos de pacientes presos ou estrangulados em grades de camas, e 480 pessoas morreram e que em sua maioria eram pessoas idosas, vulneráveis e confusas. Ainda, conforme o FDA, as grades da cama, embora não se destinem esse fim, são empregadas como instrumentos de imobilização, tendo como benefícios o auxílio no reposicionamento ou na manutenção do paciente no leito, a sensação de conforto e segurança e a redução do risco de queda acidental durante o transporte (FDA; 2010)

A percepção dos enfermeiros acerca das grades, como potencializadoras de lesões na ocorrência de quedas e apoio ineficaz na prevenção de quedas, é percebida nas falas abaixo:

“Isto de manter grades elevadas, têm muitos pacientes que entram no risco de queda, que você avalia, mas tem acompanhante, e aí você deixa as grades elevadas? Elas estão sendo efetivas ou são apenas mais um dificultador para pacientes que têm urgência miccional? Às vezes, a grade elevada é pior, porque ele pula a grade, e a queda é ainda pior.”

[Juno]

“Acho que a gente deve rever os dispositivos que são utilizados nesse hospital, que os nossos dispositivos, apesar de serem apoiadores, eles propiciam ao paciente levantar, nós temos camas com grades, porém, grades muito baixas e que têm um vão, ele passa no meio do vão tranquilamente, vai ao banheiro, volta, pula a grade e, às vezes, é nesse momento que ele cai.”

[Vênus]

Em contrapartida, os riscos envolvidos no uso das grades incluem estrangulamento, sufocação, lesões corporais ou morte, quando o paciente ou parte de seu corpo estiver presa entre a grade e a cama; lesões de maior gravidade decorrentes de quedas são verificadas quando os pacientes sobem sobre as grades ou quando os comportamentos de agitação culminam na restrição. O FDA considera que a maioria dos pacientes pode se manter em segurança na cama, com as grades abaixadas, recomendando que as camas que possam ser abaixadas, permaneçam

próximas ao chão, com rodas travadas e que se paciente estiver em risco de cair da cama, tapetes possam ser dispostos ao lado da cama, desde que não criem um risco maior de acidente (FDA, 2010).

Outros componentes da estrutura, associados com a prevenção de queda e apoio para pacientes, são as barras de auxílio e segurança instaladas nos banheiros e também indicadas para idosos.

“Avaliar o que temos e o que podemos criar também tirar dos modelos infantis se não tiver pra adulto. As barras de proteção que abaixam na frente, devem ser fáceis de fazer.”

[Apolo]

“No banheiro, você deixa o paciente por algum motivo, você tem que fazer alguma coisa, em questão de segundos ele cai para a frente, ou cai para o lado, eu já vivenciei uma cena assim.”

[Vênus]

“Os instrumentos que nós temos para mobilizar os pacientes, eu acho que é muito importante que esses tipos de instrumentos, as cadeiras higiênicas, as cadeiras, se elas são adequadas, e a gente tem que ter fácil acesso a elas, às poltronas, às camas, esses suportes que a gente coloca para o paciente sentar ou deambular, eu acho que os instrumentos, os aparelhos que a gente tem aqui devem ser melhor adequados.”

[Apolo]

Gray-Miceli (2014) refere que os banheiros são locais perigosos e propícios para a ocorrência de quedas, portanto, devem ser projetados com barras de apoio fixas, que se dobram para baixo ou barras portáteis, além de dispor de cadeiras de banho.

Outrossim, as luzes de cabeceira e de parede e corredores são consideradas uma das precauções universais para a prevenção de quedas (Brasil, 2013), por permitirem uma melhor visualização das áreas por onde os pacientes circulem, mas nem sempre assumem a função facilitadora imaginada. Aspectos relacionados à posição em que as mesmas se encontram e a facilidade de acesso aos interruptores foram citados pelos enfermeiros, como obstáculos para o paciente.

“Nossa luz fica na cabeceira, atrás, se ele está sozinho, ele não consegue acender a luz, vai acender a luz que está perto da porta, depois que levantou. Como que ele levanta e acende a luz? Porque vai ter que passar por uma série de obstáculos, grade, mesinha... vai cair para acender a luz...”

[Minerva]

“Já vi paciente enrolar porque diz que atrapalha [luz de lâmpada led das camas das unidades de internação, que tem a finalidade de sinalizar o chão para o paciente, quando este sai da cama].”

[Juno]

Dados epidemiológicos e a mudança no perfil da população brasileira, também foram apontados como fatores de risco para queda, destacando-se a obesidade e o envelhecimento.

Nesse sentido, as observações relativas à obesidade e ao envelhecimento da população, foram percebidos pelos enfermeiros como fatores de risco para quedas e apontados nas falas de Apolo, Vênus e Juno.

“A gente tem que pensar nisso que a nossa população está envelhecendo e está ficando obesa, nossa população está engordando também igual à população americana. Pegar os dispositivos que têm lá e tentar trazer para cá algumas coisas, porque lá já tem isso, tem cadeira de obeso de banho e são cadeiras totalmente diferenciadas, as poltronas deles são também diferenciadas para isso e apoios, como é que eles vão se apoiar. Isso que ela falou de se apoiar no vaso, acho que é uma das coisas mais importantes.”

[Apolo]

“Agora tem uma rotina sobre obeso, sobre o preparo do quarto de paciente acima de 120 kg, porque não é só a cadeira, é o vaso sanitário só suporta 120. Se você sentar o paciente com mais de 120 kg corre o risco de quebrar... agora vai chegar essa nova população obesa, então, a gente tem que estar atenta a esses riscos.”

[Vênus]

“Eu acho que a gente tem bons aparelhos em termos de tecnologia, mas eu acho que a gente precisa melhorar, precisa melhorar e precisa estar todo mundo alinhado em relação a isso.”

[Juno]

Mitchell et al. (2014) encontraram o risco 31% maior de indivíduos idosos e obesos caírem, mas não um risco maior de lesão decorrente da queda em comparação com indivíduos com peso saudável. A obesidade traz aos profissionais preocupação com a adaptação do mobiliário, que necessita ser resistente e oferecer segurança ao paciente e aos profissionais. Da mesma forma, a disseminação sobre a estrutura oferecida é vista, como elemento facilitador e que agrega conhecimento e segurança.

Gray-Miceli (2014) cita que dispositivos, como bengalas, andadores, cadeiras de rodas, entre outros, podem sofrer danos ou ser utilizados incorretamente pelos pacientes, devendo ser constantemente verificados e que enfermeiros e fisioterapeutas devem trabalhar em conjunto para assegurar o bom uso desses dispositivos. Ainda conforme a mesma autora, as instituições de saúde precisam incorporar o uso de manipulação segura e tecnologia da mobilidade e que os profissionais de saúde devem receber educação e formação para a mobilização segura do paciente com a finalidade de evitar queda.

A capacitação dos profissionais para o manuseio dos equipamentos de segurança e proteção é reconhecida pelos participantes, como ponto fundamental para evitar quedas acidentais. No aspecto de prevenção de quedas, a educação profissional também é questionada e percebida como insuficiente quando se trata de queda. Os depoimentos a seguir, explicitam essa realidade.

“Acho que a gente deveria também estar propondo ...as formas como a gente vai lidar com o paciente no momento em que ele está com andador, que de repente, as pessoas não sabem se ficam do lado, desse outro lado, do lado da perna, do lado da outra ou na frente, ou atrás... então, nesse momento pode cair e a pessoa não conseguir segurar. Então, esse é um ponto crucial que a gente deveria estar revendo, a forma como nós vamos andar com esse paciente. ”

[Netuno]

“Ninguém nunca me ensinou como me posicionar do lado de um paciente com andador, de um paciente com muleta, eu tenho que ficar na frente, atrás, do lado? E você tem que ir aprendendo na prática e sabe lá Deus se você está aprendendo correto! ”

[Juno]

“Eu vejo, hoje, a fisioterapia muito mais preparada em relação a isso do que a gente [enfermagem]. Tudo bem que é muito o foco deles, a reabilitação, mas eu vejo que a enfermagem em si tem uma dificuldade muito grande.”

[Juno]

“A fisioterapia tem uma escala de medida para saber se o paciente tem força para ficar em pé e deambular, essa escala talvez tenha de ser melhor aplicada. Mas existem escalas para aplicar para saber se o paciente tem força para sair do leito ou não, se ele só vai ficar na poltrona ou se tem força para deambular. Eles aplicam escalas de força, de flexibilidade para ver se o paciente tem condições ou não.”

[Apolo]

“Acho que têm algumas coisas que têm que focar de maneira prática, até porque, visto que todos os pacientes têm risco de queda, uma coisa que a gente precisa hoje é sensibilizar o paciente. E acho que a gente vai conseguir sensibilizar, se ele entender quais são os riscos de uma queda...”

[Juno]

De acordo com Magalhães, Dall'agnol e Marck (2013), o aumento do número de pacientes sob cuidados da equipe de enfermagem por dia, está associado significativamente ao absenteísmo, rotatividade de profissionais, aumento da incidência de queda de pacientes e de outros eventos adversos. Por outro lado, a baixa satisfação dos pacientes com a equipe de enfermagem está associada ao maior número de pacientes atribuídos a técnicos/auxiliares de enfermagem.

Da mesma forma, o presenteísmo do profissional de enfermagem, relacionado à dor musculoesquelética e/ou depressão foi significativamente associado a um maior número de quedas de pacientes e erros de medicação, com um custo aproximado de, até 13 bilhões de dólares/ano relativos a esses dois eventos, para o governo dos Estados Unidos da América (Letvak, Ruhm e Gupta, 2012).

Estudo realizado em um hospital militar americano identificou que, quando os recursos humanos de enfermagem foram incrementados com profissionais da reserva, as taxas de erro de medicação diminuíram, mas essa associação direta não foi observada na incidência de queda de pacientes, sugerindo que tenham uma maior relação com a vigilância global (Breckenridge-Sproat, Johantgen e Patrician, 2012). Entretanto, Choi e Boyle (2013) associaram diretamente a satisfação do enfermeiro

no trabalho e as horas do enfermeiro por paciente a menores taxas de queda de paciente.

O absenteísmo dos profissionais de enfermagem, na percepção de alguns participantes do grupo focal, é visto como um fator passível de justificar a ocorrência de quedas.

“Eu ainda acho, por mais que não tenha evidência..., mas o número de absenteísmo, o número de funcionários no local, seja um determinante para o risco de queda. Quando você tem mais tempo, você não chega no quarto, medica e sai, você com tempo conversa sobre alguma coisa, porque você sabe que ali você pode ficar mais 5 minutos, tira dúvidas, mas, com cinco ou seis pacientes e uma limitação de tempo, você faz o mais rápido possível...”

[Apolo]

“Hoje, a gente faz notificação de queda, mas a gente poderia também colocar algumas perguntas sobre absenteísmo, perguntar sim, pois diretamente não está ligado, mas poderia começar a fazer uma associação, será que naquele momento o profissional foi capaz de segurar? Tinha bastante gente disponível para ele pedir ajuda? Na notificação, a gente poderia perguntar: teve alguma ausência nesse dia, neste momento? A escala estaria completa? ”

[Vênus]

“Esta questão do absenteísmo é baseada numa escala, de repente, rever uma escala, porque, às vezes, segundo a escala está todo mundo ali, mas está sendo suficiente? Está suprimindo a real necessidade? Como Minerva falou, a gente tem dez pacientes com aquele Morse, então, este número ainda supre pra este Morse?”

[Juno]

“Muitas vezes, você vai, faz medicação e sai correndo. O paciente tem até receio de perguntar: você me ajuda aqui? Você me leva até o banheiro? Ele está atarefado com as coisas dele, deixa que eu vou tentar ir sozinho até o banheiro...”

[Minerva]

5.2.1.2 Os componentes do processo

As intervenções consideradas efetivas para a prevenção de quedas são multifatoriais e, isoladamente, não produzem redução significativa na incidência de quedas e de quedas com lesão (Cameron et al., 2012).

Haines et al (2011) conduziram um estudo, comparando dois modelos de educação, no qual um grupo de pacientes recebeu material audiovisual e o apoio de um fisioterapeuta para orientações específicas, e um segundo grupo recebeu apenas o material audiovisual. Os autores concluíram que não houve redução estatisticamente significativa da incidência de quedas nos dois grupos, entretanto houve redução da incidência de quedas nos pacientes com estado cognitivo intacto, sugerindo a eficácia do programa de educação neste grupo, com foco na mudança de comportamento.

A efetividade da educação de pacientes para prevenção de quedas, seja em seu conteúdo, forma, momento de realização e resultado, foi percebida pelos enfermeiros participantes, como uma oportunidade de melhoria e desenvolvimento de ações que podem se tornar efetivas na redução das quedas.

“Quando a gente chega para o paciente e pergunta para ele: o senhor sabe para que serve essa pulseira? Essa pulseira é meu nome, e essa outra é para eu não cair, mas eu quero saber como funciona, porque eu quero levar embora, como é que eu não vou cair com essa pulseira, vocês já viram aquela pulseira que tem para equilíbrio? Que abre? Ele achou que era mais ou menos a mesma coisa, que a pulseira não iria deixá-lo cair. Então, quando a gente coloca é a mesma coisa, a maneira que a gente tem de explicar pra ele, a forma como ele é abordado e também o momento certo pra explicar essa queda pra ele. Eu acho que a admissão não é o momento certo, teria de ser um tempo depois ou 24 horas depois. Quando ele chega, está tão estressado, nervoso, esperando por exames ou por diagnóstico, que acho que esse momento não é o momento certo. Você pode até colocar a pulseira, mas acho que ele não presta atenção.... Então, esses dispositivos que a gente usa para eles, quando eles não são bem informados, não passam de uma pulseira, não tem aquela atenção específica para isso.”

[Minerva]

“Quando o paciente caiu e foi de alta, se ele caiu dentro da instituição, ele está dentro dos critérios de contato pós-alta, então, a gente precisa colocar ele dentro dos critérios de contato pós-alta e tem que ligar para ele. ”

[Vênus]

“Talvez não só a forma, mas o momento para explicar para o paciente e família, a forma como nós vamos explicar, como ela falou, uns são mais visuais e outros mais auditivos. A gente tem que criar uma forma daquele paciente acreditar que ele vai cair se ele fizer aquele tipo de coisa. ”

[Apolo]

“A gente tem de começar a estudar em que momento a gente precisa orientar. Porque, às vezes.... o paciente acabou de chegar, ele está superinseguro, está indo para o centro cirúrgico, mesmo o clínico, não conhece a gente, não tem vínculo. ”

[Vênus]

“Às vezes, nós pecamos por conta disso, de não estar reavaliando constantemente nosso paciente...”

[Minerva]

“Eu acho que a questão do momento é muito importante e deve ser analisada não só para a queda, mas, para qualquer tipo de processo de educação... Mas, não só nesse processo, mas, em qualquer um que envolva educação, realmente, o momento é algo que tem de ser assim analisado, qual é realmente o momento correto para você orientar e fazer algum tipo de intervenção educativa para o paciente. ”

[Saturno]

“Tudo bem que a gente vai reforçando durante a internação, mas eu não sei se naquele primeiro momento ali, você mostrar um encarte para que ele leia, fazer a coisa mais visual para ele e não tanto escrita, porque o paciente, quem já ficou internado não tem muita vontade de ler, seria uma melhoria da gente descobrir em que momento deve ser feita essa orientação. ”

[Vênus]

“A gente tem de criar uma forma daquele paciente acreditar que ele vai cair se ele fizer aquele tipo de coisa. ”

[Apolo]

“É muito importante a gente rever como sensibilizar tanto o paciente, como o acompanhante, que ele tem o risco e o que pode acontecer, talvez a gente pensar em algumas estratégias, ver com psicologia, alguma questão que a gente realmente sensibilize, porque muitas vezes a gente fala de uma forma, que ele não acha que ele vai cair, né? Sobretudo, na minha área, na oncologia, eles se sentem totalmente independentes, então, eles não acham que vão cair porque estão seguros, mas ele está anêmico, ele está plaquetopênico e a queda nesse tipo de situação tem um risco maior de lesão. Então, pensar em uma estratégia nesse sentido. ”

[Mercúrio]

“Participando desse momento.... Faz a gente refletir muito mais, do que a gente está fazendo que realmente está faltando, mas que compete um estudo mais profundo e, assim como a gente está tendo de adaptar a educação para o jovem, de repente a gente está precisando adequar a educação com o nosso paciente idoso.”

[Júpiter]

“... Educação é como catequese, então educar é repetir, repetir, repetir e repetir. Então, às vezes, não é nem o momento, mas o número de vezes e como abordar isso. ”

[Júpiter]

5.2.1.3 Os componentes de resultado

Nos últimos 10 anos, os resultados do indicador IQP do HOAC evidenciaram uma média de 1,51 quedas por 1.000/pacientes-dia. O resultado está abaixo dos valores esperados de 2,2 para internações de cuidados agudos e de 3,6 para clínicas médico-cirúrgicas (Boushon, 2008).

No estudo realizado em um hospital do Município de São Paulo com características semelhantes ao HAOC, Correa et al. (2012) encontraram, em um seguimento de 4 anos, uma incidência de 1,37 quedas por 1.000/pacientes-dia.

Os resultados do indicador IQP do HAOC não suscitaram nas enfermeiras questionamentos em relação ao comparativo com outras instituições. Entretanto, as enfermeiras reiteraram a necessidade de que todos os profissionais de saúde compreendam o constructo de queda do paciente, assim como o acompanhamento do desdobramento do evento. A seguir, as falas denotam essa preocupação.

“Então, ninguém está sabendo disso [definição de queda]!!!!”

[Psiquê]

“E, às vezes, você vê que o paciente vai para cair ou aquela situação que, as vezes, o paciente escorrega, a gente acha que não é queda, mas, é queda...”

[Juno]

“Você tenta abraçar de todos lados, mas você não consegue, e o paciente não só cai, mas cai mais de uma vez. ”

[Juno]

“A gente não acompanha essa queda um dia, 24 horas depois, 2 dias para saber se, daquela queda, não teve uma outra lesão, um agravo decorrente daquela queda. Nós fizemos o que tinha que ser feito ali, naquele momento. Buscar esse olhar de novo, ver como é que ficou. ”

[Minerva]

5.2.2 O modo de ser: reflexões atitudinais acerca da interface enfermeiro-paciente

Na trajetória pessoal e profissional dos enfermeiros, certamente as situações envolvendo a queda dos pacientes sob seus cuidados foram produzindo marcas, ampliando o olhar para sua prática e reconhecimento de aspectos comportamentais do paciente acometido pela queda. As falas de Minerva, Saturno, Juno e Vênus descrevem os aspectos atitudinais dos pacientes.

“O paciente busca a autonomia dele, ele busca superar limites, ele quer sair para mostrar para ele mesmo, que ele está bem, que ele está se recuperando, para mostrar aos familiares e outras pessoas. ”

[Minerva]

“Esse paciente, que me marcou, não aceitava você dizer que ele tinha risco, ele não aceitava, ele falava Tá bom, ah! Tá bom, e você virava as costas, ele estava lá tentando levantar. ”

[Saturno]

“Era a autonomia que ele queria, um homem que sempre foi autônomo nas coisas dele... independente de todos Ele queria mostrar, dizer que estava bem, estava ótimo!. ”

[Minerva]

“... Toda queda dela era assim, a gente encontrava ela no chão, e ela dizia: não filha, eu não caí, eu só me agachei, não filha, não caí, estava pegando um negócio aqui no chão. Ela não tinha essa aceitação da queda e, assim, foi até o final.... A gente não conseguia fazer ela ter essa aceitação da queda, aceitação do momento que ela passava, por ser oncológica, por ter alto risco de lesão e o pior de tudo, a gente não conseguia sensibilizar a família. ”

[Juno]

“Eu acho que o paciente cai mesmo porque ele não acredita. Eu vi um paciente que caiu, ele era um paciente jovem, ele estava no primeiro PO, foi levantar da poltrona e caiu de cabeça, abriu o supercílio, foi aquela confusão. Quando eu cheguei no quarto para socorrer, ele falou: quando eu bati a cabeça no chão, eu me lembrei de você falando para não levantar sozinho”. ”

[Vênus]

O comportamento de risco adotado pelo paciente, ao manter atitudes não recomendadas e que facilitam a ocorrência das quedas, foi descrito por Bandura (1997) e percebido pelos enfermeiros nas falas relacionadas a momentos marcantes, envolvendo a queda de pacientes vivenciada na Instituição. A não adoção de um comportamento de cuidados, após as orientações e reorientações sobre a prevenção de quedas, na percepção dos enfermeiros, como o momento da admissão em que é realizada a educação aos pacientes e acompanhantes são percebidas como impeditivas para a sensibilização e absorção das informações. Uma redefinição sobre o momento apropriado para educar, é sugerida pelas enfermeiras, como fundamental e deve ser trabalhada.

Ainda com relação ao comportamento, os enfermeiros percebem que algumas de suas atitudes são consideradas flexíveis diante dos pacientes e contribuem para a não adoção de comportamentos seguros.

“Para algumas coisas, temos que ser mais rigorosos, com todos falando a mesma língua. “

[Apolo]

“E quando resolvemos ser mais enérgicas mesmo, saber a importância de ser feito, acabamos destoando um pouco. O paciente fala, lá vem a general, pode ser uma queda de paradigmas, acho que a gente só tem a ganhar com isso...”

[Vênus]

“A gente não tem uma política de exigir um acompanhante, a gente não exige quase nada do paciente... Paciente tem de aprender que ele tem direitos, mas que tem alguns deveres, e o dever dele inclusive é colaborar com o tratamento para que não haja agravos. Só que aqui a gente é muito flexível, a gente é permissiva.... Para todo mundo falar a mesma linguagem. Tem de ser unânime, respeitar o paciente até aonde não afete a segurança dele, não podemos permitir, é uma mudança de hábito. “

[Vênus]

“Eu acho que a gente tem de ser um pouco mais severa aqui dentro, eu acho que a gente é muito permissiva ... Eu acho que aqui a gente é muito flexível.”

[Júpiter]

Reason (2000) refere que o erro humano pode ser visto pela abordagem das pessoas e pela abordagem do sistema, e esta última concentra-se nas condições em que as pessoas trabalham e tentam construir defesas destinadas a evitar os erros ou atenuar seus efeitos, sendo a premissa básica que os seres humanos são falíveis e os erros devem ser esperados, mesmo nas melhores organizações. Nesta abordagem, os erros são vistos como consequências em vez de causas e as contramedidas são baseadas no pressuposto de que, embora não possamos alterar a condição humana, poderemos mudar as condições em que os seres humanos trabalham.

Os comportamentos disruptivos, como as interações pessoais que impedem a prestação de cuidado ao paciente, são capazes de prejudicar os esforços para se criar uma cultura de segurança. O modelo da “cultura justa” faz a distinção entre erro humano, comportamento de risco e comportamento imprudente dos profissionais, sugerindo as medidas que devem ser direcionadas, respectivamente: consolar o

profissional, aconselhar o profissional e disciplinar o profissional, respectivamente (Wachter, 2013).

**6 EVENTO QUEDA: REMEMORANDO O PASSADO E
CONSTRUINDO INTERVENÇÕES PARA QUALIFICAR O
CUIDADO**

6 EVENTO QUEDA: REMEMORANDO O PASSADO E CONSTRUINDO INTERVENÇÕES PARA QUALIFICAR O CUIDADO

“Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos. ”

Paulo Freire

Ao longo de sua trajetória, o desenvolvimento desta pesquisa permitiu o aprimoramento do conhecimento em relação à temática queda de pacientes, suas variáveis, seus atores, o contexto de sua ocorrência e vislumbrar novas perspectivas para sua prevenção no ambiente hospitalar.

Tal conhecimento foi decisivo para a elaboração de documentos Institucionais, como o Protocolo de Prevenção de Quedas, nominado de PR071, resgatando conceitos e propondo medidas com base nas melhores evidências científicas, descritas em literatura, citadas como as melhores práticas para prevenção de quedas e nos atores sociais desta investigação.

A partir do documento – PR071, foram implementadas modificações relativas ao conceito de risco de queda e a avaliação dos pacientes internados. O conceito de risco de queda foi estendido a todos os pacientes internados, ou seja, todos os pacientes têm risco de cair em três níveis diferentes, com base na escala de Morse: risco baixo, risco médio e risco elevado.

Ainda no âmbito das decisões as quais foram inseridas no protocolo Institucional, a escolha da escala de avaliação de risco de queda de Morse, traduzida para o português por Urbanetto et al. (2013), instituída em setembro de 2014 no HAOC, originou-se dos achados desta investigação, por entender ser esta escala, um

instrumento objetivo e com critérios claros, para evidenciar o risco de queda de pacientes no ambiente hospitalar, compondo os critérios de avaliação e a tomada de decisão assertiva pelos enfermeiros.

Cabe salientar que essa prática constituiu-se em um importante avanço na qualidade assistencial, indo ao encontro do Modelo Assistencial vigente no HAOC.

Os critérios de avaliação do risco de queda pela Escala de Morse incluem os seguintes itens: história de queda nos últimos três meses, presença de comorbidades, presença de dispositivo endovenoso, necessidade de auxílio para marcha, comprometimento da locomoção e estado mental.

O paciente internado é avaliado como risco baixo, risco médio e risco elevado. Para cada nível de risco, um conjunto de intervenções foi determinado e inserido na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo os cuidados universais preconizados, a base que fundamenta as ações. Também foi prevista a possibilidade de excluir as intervenções não aplicáveis, ratificando o cuidado individualizado.

Saliento que as medidas preventivas, de acordo com o risco, encontram-se no Apêndice E.

A descrição dos fatores de risco para o agravo frente a situações de queda, foi outro conceito incorporado que inclui: fratura e sangramento, acrescido de história de osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas, considerados os mais suscetíveis ao dano. A avaliação desse risco e as medidas de prevenção também foram ineridas na SAE do prontuário eletrônico.

Relativo à educação de pacientes, familiares e acompanhantes, o folheto de orientação destinado a esse público, provavelmente foi o instrumento que sofreu o maior número de sugestões de mudanças, provenientes das participantes do grupo focal. As sugestões foram propostas para adequá-lo às necessidades percebidas, relativas ao quantitativo e qualitativo de educação para prevenção de queda no ambiente hospitalar, constituindo-se em um dos materiais instrucionais de amplo alcance institucional.

Destaco que esta nova versão foi submetida a um teste piloto, nas unidades de onco-hematologia, onde os resultados preliminares apontaram para a objetividade e

clareza na linguagem, adequação das ilustrações, cores e tamanho da fonte (Apêndice G).

Ainda acerca das medidas educativas, o plano de educação reestruturado será testado e submetido à aprovação.

A identificação dos pacientes da onco-hematologia, como a de maior incidência quanto às quedas, proporcionou, entre as participantes do grupo focal, o desejo de aprofundar o conhecimento e identificar medidas de prevenção que possam ser direcionadas a essa população específica. Uma revisão integrativa da literatura sobre esse aspecto está sendo concluída por duas das participantes do grupo focal, da pesquisadora e da orientadora deste estudo.

Referente aos componentes da estrutura, a busca por novos recursos e instrumentos que auxiliem na prevenção de quedas, como coletes antiqueda e barras de banheiro “Abraço Seguro®” encontram-se em fase de testes para sua adequação e aquisição.

A necessidade de realinhamento do conceito de queda entre os profissionais, bem como a divulgação dos resultados institucionais, educação para uso de dispositivos de apoio, avaliação do paciente e medidas de prevenção será contemplada na proposta de uma Semana de Prevenção de Quedas, a ser realizada no segundo semestre de 2015.

No que tange à dimensão de processo, foram propostas a capacitação dos profissionais da equipe de enfermagem no programa admissional abrangendo componentes procedimentais e atitudinais frente à queda de paciente, o que deverá ser extensivo à equipe multiprofissional no cotidiano do processo de trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar. ”

Paulo Freire

Esta investigação propiciou compreender a percepção dos pacientes e enfermeiros, frente ao evento queda no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, consoante a abordagem qualitativa na modalidade de estudo de caso.

Conhecer as especificidades dos atores envolvidos no evento queda evidenciaram ser necessário conhecer a realidade exposta, pois interferem diretamente nos resultados e nas possibilidades de mudanças a serem implementadas nem sempre passíveis de serem comparadas ou replicadas em outros cenários.

As estratégias que conduziram as sessões do grupo focal, a exemplo da análise do indicador IQP ao longo dos últimos 10 anos, permitiram conhecer os dados objetivos relativos à queda, de modo aprofundado e traçar o perfil do indivíduo mais suscetível no HAOC, que também difere de outras instituições e da própria literatura. A média da incidência de queda de 1,51 a cada 1.000 pacientes-dia, demonstra valores considerados até abaixo do esperado para um hospital de cuidados agudos e clínica médico-cirúrgica, como refere a literatura, o que nos leva a inferir que, mesmo ainda na vigência de quedas, as medidas de prevenção instituídas ao longo dos anos foram efetivas, mas não resolutivas, sendo necessário adaptá-las ao perfil atual da população atendida, no que se refere sobretudo ao envelhecimento de pacientes e acompanhantes e à obesidade.

Ainda em relação ao indicador IQP, a desmistificação do conceito de queda, entre os profissionais de saúde, se faz necessária, uma vez ser um determinante para

o cálculo do indicador, passando o conceito a ser enfatizado e reproduzido aos profissionais de saúde na transição do cuidado e na avaliação qualitativa do evento entre a equipe.

O olhar para o paciente oncológico e sua vulnerabilidade em relação à queda, destacou-se e direciona o desenvolvimento de pesquisas na literatura e na própria Instituição, com vistas a promover um ambiente cada vez mais seguro, face a maior probabilidade de lesões decorrentes de queda nessa população.

Igualmente, na perspectiva da prevenção, os instrumentos e os recursos disponíveis podem configurar-se em concretizar a ideia de equidade na assistência, ao se avaliar as diferentes necessidades em distintos pacientes.

Esta investigação permitiu também interpretar e revisitar os processos assistenciais e gerenciais na prevenção e monitoramento das quedas. O olhar dos pacientes, dos familiares e dos enfermeiros nos elementos da estrutura, processo e resultado, propiciaram reflexões e instigaram a busca pelas melhores práticas, consoantes às concepções do modelo avaliativo Donabedian.

Especificamente, destacamos o emprego das grades do leito elevadas, que é apontado na literatura como uma intervenção que devem ser revistas pelos profissionais, corroborada pela percepção dos enfermeiros participantes do grupo focal. A revisão dessa recomendação, como um paradigma a ser quebrado, deverá ser aprofundada e desenvolvida na Instituição.

A formação dos profissionais de enfermagem, para a prevenção de quedas e aspectos ergonômicos desponta, como uma fragilidade e poderá ser trabalhada na própria Instituição, face à existência de uma escola formadora nos níveis técnico, de graduação e pós-graduação em Enfermagem, instrumentalizando os novos profissionais para a temática.

Ainda no contexto educacional, a necessidade de revisitar o processo de educação de pacientes e familiares é evidente, tanto quanto ao momento, ao conteúdo e à forma de se educar. O novo material instrucional para prevenção de quedas, com foco em informações mais objetivas, que busquem o envolvimento de pacientes e familiares sinaliza para o aprimoramento desse aspecto.

Outrossim, a necessidade de educação dos profissionais de saúde, em especial, enfermeiros e técnicos de enfermagem, para todos os aspectos da prevenção de quedas, com ênfase na avaliação do risco e direcionamento de medidas individualizadas é premente e desponta como prioritária.

Os comportamentos seguros dos pacientes e dos próprios enfermeiros também foram alvo de reflexão; estratégias de promoção de comportamentos seguros devem ser investigadas e estimuladas frente à realidade desses atores no cenário de estudo, fomentando a cultura de segurança, que deverá permear tanto os profissionais, como envolver pacientes e familiares nas medidas de segurança.

Por conseguinte, esta pesquisa permitiu elaborar propostas, visando a aprimorar os componentes de estrutura, de processo e de resultado para dirimir as quedas, bem como, reconstruir o material instrucional e aprimorar os protocolos e planos de ação, com vistas a qualificar o cuidado na Instituição.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Rev Enf Ref*. 2010;3(2):163-72.

Bandura A, Freeman WH, Lightsey R. Self-efficacy: The exercise of control. *J Cogn Psychother*. 1997;13(2):158-66.

Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004; 31(2):143-64.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutheford P, Taylor J, Shannon D. *Transforming care at the bedside how-to guide: reducing patient injuries from falls*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008.

Brasil. Código de Defesa do Consumidor. Lei 8.078 de 11/09/90. *Diário Oficial da União*, Brasília; 1990.

Brasil. Código Civil. 53.ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 nov. 2011.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 abr. 2013. Seção 1:43.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Breckenridge-Sproat S, Johantgen M, Patrician P. Influence of unit-level staffing on medication errors and falls in military hospitals. *West J Nurs Res*. 2012;34(4):455-74.

Camargos FFO. *Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas de Falls Efficacy Scale-International: um instrumento para avaliar medo de cair em idosos [dissertação]*. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12;12:CD005465.

Carayon P, Hundt AS, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, Brennan PF. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care*. 2006;15 (suppl):i50-i58.

Carroll DL, Dykes PC, Hurley AC. Patients' perspectives of falling while in an acute care hospital and suggestions for prevention. *Appl Nurs Res*. 2010;23:238–241.

Cassiane SHB. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes [editorial] *Acta Paul Enferm*. 2010;23(6):viii.

Chang A, Schyve PM, Croteau RJ. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Health Care*. 2005;17:95-105.

Choi J, Boyle D. RN Workgroup Job Satisfaction and Patient Falls in Acute Care Hospital Units. *JONA*. 2013;43(11):586-91.

Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de Indicadores de Enfermagem. 2ª ed. São Paulo: NAGEH, APM/CREMESP; 2012.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. *Diário Oficial da União, Brasília*; 12 maio 2012.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Dispõe sobre normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília*, 13 jun 2013.

Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino OS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):67-74

Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(4):676-81.

Currie L. Fall and injury prevention. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.

Davison J, Bond J, Dawson P, Steem IN, Kenny RA. Patients with recurrent falls attending Accident & Emergency benefit from multifactorial intervention--a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2005;34(2):162-8.

De Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van der Voort P, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(2):119-29.

Degelau J, Belz M, Bungum L, Flavin PL, Harper C, Leys K, Lundquist L, Webb B, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Prevention of falls (acute care). Health care protocol*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012..

Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press; 1985.

Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990;114 (11):1115-8.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull. 1992;18(11):356-60.

Enloe M, Wells TJ, Mahoney J, Park M, Gangnon RE, Pellino TA, Hughes S, et al. Falls in acute care: an academic medical center six-year review. J Patient Saf. 2005; 1(4):208-14.

Flick W. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

Food and Drug Administration (FDA). A Guide to Bed Safety Bed Rails in Hospitals, Nursing Homes and Home Health Care: The Facts. Silver Springs. 2010 [Internet]. Disponível em: <http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/GeneralHospitalDevicesandSupplies/HospitalBeds/ucm123676.htm>

Fundação Nacional da Qualidade (FNQ). Rumo à excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional – Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (ciclo 2006-2007). São Paulo: FNE/CQH, 2006.

Gagnon N, Flint AJ. Fear of Falling in the Elderly. Geriatr Aging. 2003;6(7):15-7.

Galbraith, J., Butler, J., Memon, A., Dolan, M., & Harty, J. Cost analysis of a falls-prevention program in an orthopaedic setting. Clin Orthop Relat Res. 2011;469(12): 3462-8.

Ganz DA, Huang C, Saliba D, Shier V, Berlowitz D, VanDeusen L, Neumann P. Preventing falls in hospitals: A toolkit for improving quality of care. AHRQ Publication. Rockville: AHRQ. 2013. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtoolkit.pdf>.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ªed. São Paulo: Atlas; 2002.

Gil AC. Estudo de caso. Fundamentação científica – subsídios para coleta e análise de dados – como redigir o relatório. São Paulo: Atlas; 2009.

Gray-Miceli D. Five Easy Steps to Prevent Falls. The Comprehensive Guide to Keeping Patients of All Ages Safe. Silver Springs: American Nurses Association; 2014.

Haines T, Hill A-M., Hill K, Brauer S, Hoffmann T, Etherton-Beer C, McPhail S. Cost effectiveness of patient education for the prevention of fall in hospital: economic evaluation from a randomized controlled trial. BMC Medicine. 2013;11:135.

Haines TP, Hill A, Hill KD, McPhail S, Oliver D, Brauer S, Hoffmann T, Beer C. Patient Education to Prevent Falls Among Older Hospital Inpatients: A Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med. 2011;171(6):516-24

Heinze C, Halfens RJG, Roll S, Dassen T. Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. J Adv Nurs. 2006;53(3):327-32.

Hendrich AL et al. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model a large concurrent

case/control study of hospitalized patients. *Appl Nurs Res.* 2003;16(1):9-21.

Hendrich AL. Inpatients falls lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare.* 2006; 26-30. Disponível em: <http://www.psqh.com/mayjun06/falls.html>

Hiatt HH, Barnes BA, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Leape LL, Localio AR, Newhouse JP, Peterson LM, Thorp KE. A study of medical injury and medical malpractice. *N Engl J Med.* 1989;321(7):480-4.

Honaker JA, Kretschmer LW. Impact of Fear of Falling for Patients and Caregivers: Perceptions Before and After Participation in Vestibular and Balance Rehabilitation Therapy. *Am J Audiol.* 2013;23(1):1-14.

Jette AM. Fear-of-Falling in Older Persons. *Phillips Lifeline.* 2013. Disponível em http://www.retirement-living.com/wpcontent/uploads/2013/08/Lifeline_FearFall_Whitepaper_H3_1375362078.pdf

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). Characteristics of clinical indicators. *QRB Qual Rev Bul.* 1989;15(11):330-9.

Joint Commission Resources. Quality & Safety Network. The 2007 National Patient Safety Goals. Disponível em: http://www.gehealthcare.com/gecommunity/tip_tv/subscribers/sup_material/supplement/3174.pdf

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.

Kong KS; MPhil FL, Mackenzie AE, Lee ATF. Psychosocial consequences of falling: the perspective of older Hong Kong Chinese who had experienced recent falls. *J Adv Nurs.* 2002;37(3):234-42.

Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM, Castilho V, Machado VB, Pinhel I, et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(nº especial 2):168-73.

Lake ET, Shang J, Klaus S, Dunton NE. Patient falls: association with hospital magnet status and nursing unit staffing. *Res Nurs Health.* 2010;33(5):413-25.

Lawrence JI, Maher PL. An interdisciplinary falls consult team: a collaborative approach to patient falls. *J Nurs Care Qual.* 1992;6(3):21-9.

Leape LL. Errors in medicine. *Clin Chim Acta.* 2009;404:2-5.

Letvak SA, Ruhm CJ, Gupta SN. Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *Am J Nurs.* 2012;112(2):30-8.

Lever JA. A multifactorial intervention reduced the mean number of falls but not the proportion who fell in older people with recurrent falls. *Evid Based Nurs.* 2005;8(4):120.

Lo-Biondo-Wowd G, Harber J. *pesquisa em Enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara

– Koogan; 2001. Desenhos não experimentais; p. 110-21.

Luzia MF, Almeida MA, Lucena AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(4):632-9.

Magalhães AMM, Dall'agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. Rev Lat Am Enfermagem. 2013; 21:146-54.

Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 1996.

Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.

Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz D, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med. 2013; 158(5): 390-5.

Miguel PAC. Qualidade: enfoques e ferramentas. São Paulo: Artliber; 2001.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Minnesota falls prevention. Disponível em <http://www.mnfallsprevention.org/>

Mitchell RJ, Lord SR, Harvey LA, Close JC. Associations between obesity and overweight and fall risk, health status and quality of life in older people. Aust N Z J Public Health. 2014;38 (1):13-8.

Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). Online J Issues Nurs [serial on internet]. 2007; 2(3). Acessado em 30 de maio de 2015. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html?css=print>

Morse JM. Preventing Patient Falls. London: Sage Publications, 1995.

Morse JM. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company; 2009.

National Center for Patient Safety [Internet]. Washington DC. Atualizado em 02/07/2013. Disponível em <http://www.patientsafety.va.gov/>

Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, Vanoli A, Martin FC, Gosney MA. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. BMJ. 2007; 13;334:82.

Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo MET. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing. 2004;33:122–30.

Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clin Geriatr Med*. 2010;26:645-92.

Oliver D. Falls risk-prediction tools for hospital inpatients. Time to put them to bed? *Age Ageing*. 2008; 37: 248–50.

Paiva MCM, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. *Rev Esc Enferm. USP*. 2010; 44(1): 134-8.

Pedreira MLG, Chanes DC. Enfermagem para a segurança do paciente. *In* Harada MJCS, organizadora. *Gestão em Enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011.

Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Quigley P, Neily J, Watson M, Wright M, Strobel K. Measuring Fall Program Outcomes. *Online J Issues Nurs* [serial on the internet]. 2007;12(2). Acessado em 30 de maio de 2015. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No2May07/ArticlePreviousTopic/MeasuringFallProgramOutcomes.html?css=print>

Rabelo DF, Cardoso CM. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*. 2007;12(1):75-81.

Reason J. Human error: models and management. *Brit Med J*. 2000;320:768-70.

Rede Jusbrasil [internet]. 2009-2013. [atualizado em 2013; citado em 2013 mar. 13]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br>

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.

Saraiva DMRF, Louro IMMV, Ferreira LMRS, Batista PMX, Pina SMM. Quedas indicador de qualidade assistencial. *Nursing*. 2008;235:28-35.

Shekelle PG et al. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review Nº 211. AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. 2013. Disponível em: www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html.

Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev Eletr Enf* [serial on the internet]. 2010;12(3):422. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>. Acessado em 07/04/2012.

Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Simpson J. Instabilidade postural e tendências às quedas. In Pckles B et al. Fisioterapia na terceira idade. São Paulo: Santos Editora; 2000.

Soboll MLMS, Carvalho AO, Eduardo MBP, Tanaka OY. Sistemas de informação em saúde, mecanismo de controle, de auditoria de avaliação. In: Westpahal MF, Almeida ES, organizadores. Gestão de serviços de saúde-descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: EDUSP; 2001. p.205-54.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Queda em idosos: prevenção. 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf

Sousa P. Patient Satety: a necessidade de uma estratégia nacional. Acta Med Port. 2006; 19: 309-18.

Taylor JA, Parmelee P, Brown H, Ouslander J. The Falls Management Program: A Quality Improvement Initiative for Nursing Facilities. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).2014. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/injuries/fallspx/fallspxmanual.pdf>

The Joint Commission [internet]. The Joint CommissionOnline. Weekly Newsletter. Sentinel event statistics released for 2014. April 29, 2015.[atualizado 2015; citado 2015 mai 3]. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/issues/>

Tinneti ME. Preventing falls in elderly persons. N England J Med. 2003;348:42-4.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia NA, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3):542-6.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento de Enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 71-84.

Tronchin DMR. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Tzeng H-M, Yin C-Y. Nurses' Solutions to Prevent Inpatient Falls in Hospital Patient Rooms. Nurs Econ. 2008;26(3):179-187.

Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(3):569-75.

Viana TS, Martin MRG, Crespo FN, Rodriguez EMV, Merino GM, Ruiz JMG, Lorenzo IL, Quintas CGN. Cual es la incidencia de caídas real en um hospital? Enferm Clin. 2011;21:271-4.

Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Engl J Med. 2003; 348:1051-56.

Vincent C. Segurança do paciente: orientação para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2009. p 15-39.

Wachter R. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.

Wong C, Recktenwald A, Jones M, Waterman B, Bollini M, Dunagen W. The Cost of Serious Fall-Related Injuries at Three Midwestern Hospitals. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2011;37(2):81-7.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005. Geneve, 2004a. Acessado em 15 de novembro de 2011. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

World Health Organization. Quality improvement in primary care health: a practical guide. Cairo: WHO Regional Publications; 2004b. Disponível em: <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa231.pdf>

World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. WHO Press: Geneve, 2007. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: the concept framework for the International Classification for Patient Safety: final technic report. Genebra; 2009.

World Health Organization. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. 2011.

Yauk S, Hopkins B, Phillips C, Terrel S, Bennion J, Riggs M. predicting in-hospital falls: development of the Scott and White Falls Risk Screener. J Nurs Care Qual [serial on the internet]. 2005; 20(2): 128-33. Acessado em 2 maio de 2015.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro para realização das entrevistas com pacientes

Sexo: () F () M Idade: _____

Diagnóstico médico: _____

Local da entrevista: _____

- “Conte-me como foi para você a experiência de ter sofrido o evento queda durante sua internação no hospital.”

- “Descreva-me algumas situações marcantes por ocasião do evento relacionadas aos profissionais do hospital ou seus familiares ou acompanhantes.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Pacientes

I. Registro dos esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa.

Eu, Suzana Maria Bianchini, doutoranda da Universidade de São Paulo, orientada pela Profª Drª Daisy Maria Rizatto Tronchin, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO EVENTO QUEDA DE PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO”, a qual tem por objetivo compreender a vivência dos pacientes acometidos pelo evento queda no meio hospitalar.

Para tanto, você está sendo convidado a participar de uma entrevista gravada, que será conduzida pela pesquisadora no local e momento de sua escolha.

O estudo não acarretará em despesas financeiras, danos ou riscos diretos a você como participante, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo deixá-lo a qualquer momento, se assim o desejar. Caso aceite participar, solicito a sua assinatura no item II deste documento e lhe será entregue uma cópia do Termo de Consentimento.

A pesquisadora estará à disposição para esclarecer dúvidas no preenchimento deste termo e desde já agradece pela sua atenção e coloca-se à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa.

Rubrica do participante da pesquisa _____

O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Alemão Oswaldo Cruz é: Rua João Julião, 331, telefone (11) 3549-0862, email cep@haoc.com.br. O contato com a pesquisadora pode ser realizado pelo telefone (11) 99830-7918 ou pelo email suzanamariabianchini@usp.br.

São Paulo, _____ de _____ de 2014.

Suzana Maria Bianchini – pesquisadora

Daisy Maria Rizatto Tronchin - orientadora

II. Registro e assinatura do participante da pesquisa

Eu, _____ RG: _____,
compreendo os objetivos desta pesquisa e concordo em participar de forma livre da
mesma, entendendo que as informações serão utilizadas apenas para realização do
estudo, que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de
participar deste estudo.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os
esclarecimentos foram prestados pela pesquisadora.

São Paulo, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

Rubrica do participante da pesquisa _____

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Enfermeiros

II. Registro dos esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa.

Eu, Suzana Maria Bianchini, doutoranda da Universidade de São Paulo, orientada pela Prof^a Dr^a Daisy Maria Rizatto Tronchin, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO EVENTO QUEDA DE PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO”, a qual tem por objetivo compreender a vivência dos enfermeiros acerca do processo de implementação de medidas preventivas e do monitoramento do evento queda de paciente em um hospital privado do município de São Paulo.

Para tanto, você está sendo convidado a participar de um grupo focal, com outros enfermeiros desta instituição hospitalar, para uma discussão aprofundada sobre o tema queda de paciente no âmbito hospitalar.

Os encontros serão realizados na própria instituição hospitalar e serão gravados, para que seja realizada a transcrição das discussões.

O estudo não acarretará em despesas financeiras, danos ou riscos diretos a você como participante, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo deixá-lo a qualquer momento, se assim o desejar. Caso aceite participar, solicito a sua assinatura no item II deste documento e lhe será entregue uma cópia do Termo de Consentimento.

A pesquisadora estará à disposição para esclarecer dúvidas no preenchimento deste termo e desde já agradece pela sua atenção e coloca-se à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa.

Rubrica do participante da pesquisa _____

O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Alemão Oswaldo Cruz é: Rua João Julião, 331, telefone (11) 3549-0862, email cep@haoc.com.br. O contato com a pesquisadora pode ser realizado pelo telefone (11) 99830-7918 ou pelo email suzanamariabianchini@usp.br.

São Paulo, _____ de _____ de 2014.

Suzana Maria Bianchini – pesquisadora

Daisy Maria Rizatto Tronchin - orientadora

II. Registro e assinatura do participante da pesquisa

Eu, _____ RG: _____,
compreendo os objetivos desta pesquisa e concordo em participar de forma livre da
mesma, entendendo que as informações serão utilizadas apenas para realização do
estudo, que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de
participar deste estudo.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os
esclarecimentos foram prestados pela pesquisadora.

São Paulo, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

Rubrica do participante da pesquisa _____

Apêndice D – Diapositivos utilizados nos encontros do Grupo Focal

SEIZIANA MARIA BUANCHINI

AValiação do Evento Queda de Paciente no Âmbito Hospitalar: Um Estudo de Caso

Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem de Tópicos de Enfermagem da Universidade de São Paulo - UNESP

Orientadora: Prof. Dr. Celso Watanabe Tassinari

Introdução

- O monitoramento e a prevenção de quedas de pacientes devem ser foco de atenção de todas as instituições de saúde e de seus profissionais, mais, sobretudo da enfermagem
- Complexidade e a severidade do evento queda de paciente nos processos de trabalho assistencial e gerencial
- Finalidade da pesquisa
 - Avaliar o evento queda de paciente no âmbito hospitalar na perspectiva dos enfermeiros e dos pacientes acometidos por esse fenômeno.

Objetivos

- Compreender a vivência dos enfermeiros acerca do processo de implementação de medidas preventivas e do monitoramento do evento queda de paciente em um hospital privado do município de São Paulo.
- Compreender a vivência dos pacientes acometidos pelo evento queda em um hospital privado do município de São Paulo.

Caminho Metodológico

- Investigação na abordagem qualitativa, exploratória, descritiva, no modelo estudo de caso.
- Local de Estudo
 - Hospital geral, privado, e grande porte, da cidade de São Paulo.
- Delimitamento
 - Estudo de caso único: evidência ligações entre intervenções e situações da vida real, o contexto em que ocorrem, como também o sentido e a relevância de algumas situações-chave nos resultados de uma intervenção.

Caminho Metodológico

- Coleta de dados:
 - Entrevista com pacientes
 - "Conte-me como foi sua queda"
 - "Na sua percepção, o que te levou a cair?"
 - "O que poderia ser feito para evitar sua queda?"
 - Grupo focal com enfermeiros
 - Discutir os dados relacionados a quedas de pacientes no HAOC
 - Propor medidas/reviço das ações/protocolos existentes

- ### Caracterização das Quedas HAOC 2010-2014
- 629 quedas (UI 96,7%; UTI 1,7%)
 - Manhã, tarde e noite em proporções semelhantes
 - Não há relação aparente com absenteísmo
 - Pacientes com idade maior ou igual 65 anos
 - Discreta tendência de pacientes do sexo masculino
 - Mais de 60% caem com acompanhantes no quarto
 - Quedas da própria altura (apartamento/banheiro)
 - Situação envolvendo necessidade fisiológica (micção)
 - Situação envolvendo dispositivos de apoio – andador
 - Lesões: hiperemia, hematoma, escoriação, FOC, fratura

- ### Caracterização das Quedas HAOC
- Fatores extrínsecos: profissional, dispositivos de apoio, móveis, piso molhado, equipamentos médicos
 - Fatores intrínsecos: diminuição de força em MMII, hipotensão/hipotensão
 - Fatores comportamentais: não aderência às medidas de prevenção
 - Percepção dos pacientes
 - Não acreditavam que poderiam cair no hospital
 - Uso de medicamentos indutores do sono provocaram a queda
 - Descuido pessoal
 - Diminuíram ou cessaram saídas do leito
 - Perda de autoestima/autonomia
 - Sentimento de dependência de terceiros
 - Podem cair novamente

- ### Caracterização das Quedas HAOC
- * Na percepção dos pacientes o que poderia ter evitado a queda
- Revisão de medicamentos
 - Solicitação de ajuda poderia ter sido atendida antes
 - Poderia ter sido mais cuidadoso/prudente
 - Profissional com mais preparo para auxiliar paciente
 - Não estimular o uso de suporte de sono para deambulação
 - Processo de educação com demonstração/simulação
 - Nada poderia ter impedido a queda
 - Não orientar uso de suporte de sono para deambular

- ### Percepção dos pacientes quanto a queda
1. O evento queda: do abstrato ao concreto
 - "Não sou idônea, tenho de ficar em casa, caído em casa, de jeito nenhum"
 - "Não é um hábito meu, levar tombo"
 - "Eu tenho medo de cair de novo"
 - E.E. – o evento queda: fatores intrínsecos e extrínsecos
 - "Ficou pra mim tenho certeza, que parece que é o medicamento"
 - "Entendi, ela que não conseguiu me segurar"
 2. Crenças e sentimentos
 - "Eu acho que eu devia prestar mais atenção"
 - "Fui feita de cuidado meu"
 - "Eu fiquei com medo, então agora eu não levanto mais"
 - "É claro que eu não sou nenhuma idônea, não queria cair de novo mas não vi que levantei"

Percepção dos pacientes quanto a queda

1. A singularidade do cair

8.1 – da prevenção ao acidente

"Foi um acidente, é o tipo de coisa que não dá pra prever"

"Eu acho que se tivesse me dado uma amarradinha na cama, não para prender, mas o suficiente para me lembrar para que se a base acordar eu lembrar para que eu não levantasse a sério, como eu me levantei sem sentido."

"Se eu não estou firme eu não dou o primeiro passo, espero alguém me ajudar para andar, coisa que eu não faço antes"

"Eu acho que dependo do profissional e da presa do plantão, o outro é um ou outro, alguns tem um olhar mais cuidadoso e outro menos cuidadoso, isso é pessoal"

Grupo Focal 08/12/2014

* Há algum fato marcante na sua vivência como enfermeira, em relação ao evento queda de paciente neste hospital?

"Impotência diante da queda pela mesma com orientação e elas acontecem. Levou paciente ao banheiro em cadeira e o deixou com acompanhante por um instante, ele caiu e ficou entalado; Paciente em pós-operatório de PTQ sentou na cadeira e ela quebrou;

Paciente na UTI com vários profissionais ao seu lado, seguindo todas as medidas, o risco é constante, ele quer ter sua autonomia, cadeira já virou."

Grupo Focal 08/12/2014

"Na véspera banalizamos procedimentos, em uma situação, um TE fez um câter e pediu para o paciente chorar. O paciente saiu do leito, bateu a cabeça e foi encontrado no chão do outro lado da cama;

Um paciente com quedas recorrentes, leito na frente do porta, na frente das enfermeiras aceitava as orientações mas testava sua autonomia;

Um paciente caiu pela menor 2x por semana, era independente, foi colocado em frente ao porta, dizia que tinha se apachado, não conseguimos acalmar a família. Vocês tentam abrigar de todos os lados mas não consegue;

Há uma sensação de frustração, houve uma paciente que se levantou a noite, não pediu ajuda ao marido, teve uma lesão de cômico grave e precisou ser transferido para outro serviço;

Uma paciente caiu no chão, estava há 1 dia de receber alta hospitalar após tireoidectomia, caiu e teve fratura exposta de tornozelo."

Grupo Focal 08/12/2014

* Com base em sua vivência, nesta instituição, com as medidas de prevenção de quedas de pacientes, o que deve ser considerado para a efetividade e a revisão dessas medidas?

Categoria Estrutura

* Revisão de instrumento utilizados para orientação ao paciente e acompanhante

- Faltam de prevenção de queda pode ser mais usual
- Faltam apoio de pedagogo e psicólogo para material mais adequado

* Revisão dos equipamentos e dispositivos orientados para os pacientes utilizarem:

- Grades das camas são feitas e permitem que o paciente saia e volte
- Suportes de cama para desambulação – paciente tropeça e não oferece equilíbrio
- Propor barbaquitos ou algo similar que não permita que o paciente se movimente sem ajuda
- Equipamentos adequados a pacientes obesos (cadeiras, poltronas e camas de hospital)
- Profissionais preparados fisicamente para apoiar os pacientes
- Incentivar uso de escala de avaliação de pacientes quanto a força para desambular

* Faltam dispositivos que apoiem movimentação do paciente (JAC)

* Adequar mobiliário de obesos para familiares e pacientes

Categoria Estrutura

* Informação e divulgação sobre características de equipamentos e dispositivos e capacidade de peso:

- Cadeiras
- Poltronas
- Cama hospitalar

* Rota de notificação pode incluir se no momento da queda havia falta de pessoas para apoiar o paciente e na escala do setor em que ocorreu a queda

* Profissionais realizam várias tarefas simultaneamente, não conseguindo disponibilizar toda a atenção que o paciente em risco necessita

* Instituir termo de responsabilidade para familiar sobre risco de queda divulgação de informações

* Oferecer uma estrutura para a permanência de acompanhantes 24h (refeições no quarto)

* A formação acadêmica dos profissionais de enfermagem para prevenção de risco de queda e ergonomia na enfermagem deve ser enfatizado

- Fisioterapia é mais preparada

Categoria Processo

- Realizar o movimento correto para medidas educacionais em que as orientações de prevenção são dadas, atividade, dor e condição clínica interferem na atenção
 - A atividade é um momento chave, porque não consigo se ver em determinadas situações e não consigo me que não aceita
 - Mesmo sendo um momento chave não tenho/isto representa significado das medidas
 - Momento de estar é importante principalmente quando não há acompanhantes
- Desencorajar atitudes de atitudes que caracterizam pacientes e acompanhantes
- Estratégias de educação precisam ser revisadas para serem adaptadas à idade e nível dos pacientes
- Capacitar profissionais para auxiliar pacientes em uso de dispositivos de apoio como andadores, bengalas
- A avaliação do risco de queda, pelo enfermeiro, deve ser realizada
- Ampliar a segurança com acompanhantes na queda permanente com pacientes
- Pacientes não compreendem significado da palavra e placa de risco de queda = sinalização utilizada não permite entendimento fácil - paciente não relaciona por que tem risco

Categoria Resultado

- Alguns pacientes caem e não contam para os profissionais
- O conceito de queda nem sempre é claro para todos
- Seguimento de pacientes que sofreram queda pela equipe que "participou" do evento
 - Ficar mais evidente para a equipe a avaliação do paciente
 - Contato pós alta para paciente que caiu deve ser realizado
- Absenteísmo deve ser investigado na ocorrência de queda.

Categoria Comportamento

- Pacientes querem manter e demonstrar autonomia, dificultando a compreensão de riscos e o seguimento de medidas preventivas
- Pacientes não acreditam que irão cair e com isso não aderem às medidas de prevenção orientadas
- Pacientes não aguardam a chegada de profissionais
- Familiares/accompanhantes idosos que não conseguem apoiar o paciente

2º Encontro do Grupo Focal

- Que medidas podem ser revisadas ou propostas em relação às medidas existentes?
- Folder de orientação em relação à prevenção de queda
 - Anotação padrão de orientação para prevenção de queda
 - Protocolo de prevenção de queda

O que é feito em outros serviços???

- Termo de responsabilidade para familiar
- Meias antiderrapantes
- Diferenciação do risco de queda por cores
- Cinto de segurança para distribuição, cadeira de rodas, de banho e poltrona
- Barra de proteção para vaso sanitário
- Alarma de saída do leito
- Capacete de proteção
- Semáforo de proteção para fumar
- "Tapetes" para diminuição de impacto
- Acompanhamento in loco de todas as quedas por 1 profissional (supervisor)

Queda - Prevenção

- Identificação do paciente com risco

Apêndice E - Protocolo de Prevenção de Queda – PR071

Objetivos gerais e específicos
<ol style="list-style-type: none">1. Promover uma assistência segura, no que tange a prevenção de risco de queda e lesões decorrentes, aos pacientes internados e externos;2. Descrever e implementar a avaliação de risco de queda para pacientes internados e externos.3. Promover melhorias específicas na segurança do paciente referente ao risco de queda4. Instruir equipe multiprofissional sobre cuidados com prevenção de quedas5. Instrumentalizar os profissionais assistenciais, em especial os enfermeiros, para avaliação do risco de queda e implementação de medidas de prevenção de queda.
Critério de inclusão
Todos os pacientes internados e externos em atendimento por parte da equipe de enfermagem
Critério de exclusão
Pacientes que não receberão cuidados de enfermagem – estes devem ser abrangidos pelo risco relacionado ao local.
Histórica clínica e exame físico
<ol style="list-style-type: none">1. Avaliação de Pacientes – todos os pacientes são considerados como em risco de queda.<ol style="list-style-type: none">a. Todos os pacientes internados adultos são avaliados no momento da admissão e diariamente quanto ao Risco de Quedas, pela aplicação da escala de avaliação de risco de queda de Morse:<ul style="list-style-type: none">✓ História de queda anterior nos últimos 3 meses✓ Presença de Comorbidades✓ Presença de dispositivo endovenoso✓ Auxílio para marcha✓ Comprometimento da locomoção✓ Estado mental<ol style="list-style-type: none">i. Todos os pacientes internados serão avaliados para risco de queda no momento da admissão, diariamente e após alteração em sua condição clínica (ex.: retorno do CC).ii. Os pacientes serão classificados em: Risco Baixo; Risco Moderado e Risco Elevado.iii. Os pacientes com Risco Moderado e Elevado receberão pulseira de identificação de Risco de Queda laranja no braço direito. <p>A escala de avaliação risco de queda de Morse (Morse Fall Scale - MFS), publicada em língua inglesa e ainda não validada para a língua portuguesa, foi publicada por Morse em 1989 e é composta por seis critérios para a avaliação do risco de quedas. Cada critério avaliado recebe uma pontuação que varia de zero a 30 pontos, totalizando um escore de risco, cuja classificação é: risco baixo, de 0 – 24; risco médio, de 25 – 44 e risco elevado, ≥ 45(13). A tradução e adaptação da Morse Fall Scale para o português do Brasil ocorreu em sete etapas e está disponível no Anexo 1. Os itens avaliados pela escala são:</p> <ul style="list-style-type: none">• Histórico de quedas• Diagnóstico secundário• Auxílio na deambulação• Terapia endovenosa• Marcha• Estado mental

<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

1. Histórico de quedas

- Não - Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses. **(0 pontos)**
- 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. **(25 pontos)**

2. Diagnóstico secundário

- Não - Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico. **(0 pontos)**
- Sim - Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico. **(15 pontos)**

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. **(0 pontos)**
- Muletas/Bengala/Andador - se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador. **(15 pontos)**
- Mobiliário/Parede - Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes. **(30 pontos)**

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. **(0 pontos)**
- Sim - Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado). **(20 pontos)**

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). **(0 pontos)**
- 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. **(10 pontos)**

- 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 realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou móvel, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas. **(20 pontos)**

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. **(0 pontos)**
- 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. **(0 pontos)**

A classificação do risco de queda é registrada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (prescrição de Enfermagem) e os cuidados de enfermagem são estipulados de acordo com a classificação do risco.

Na admissão deve-se avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. **Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas** são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

SÃO ADOTADAS AS SEGUINTE DIFERENÇAS NA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA PARA OS DEMAIS PACIENTES:

Unidade de Terapia Intensiva

- Todos os pacientes são considerados como risco elevado de queda.
- Todos os pacientes recebem pulseira laranja de identificação de risco de queda.

Hemodiálise; Endoscopia e Hemodinâmica

- Todos os pacientes são considerados como risco elevado de queda.
- Pacientes internados recebem pulseira laranja de identificação de risco de queda.
- Pacientes externos recebem etiqueta laranja redonda na pulseira verde de identificação do paciente.

Pronto Atendimento e CASC

- Análise de fatores de risco na pré-consulta
- Identificação dos pacientes em risco de queda com etiqueta laranja redonda na pulseira verde de identificação do paciente.

Cardiologia não invasiva e Check-up

- Risco relacionado à situação: teste ergométrico; ecotransesofágico; Tilt test; ergoespirometria; polissonografia;

Radioterapia

- Análise de fatores de risco

- Identificação dos pacientes em risco de queda com etiqueta laranja redonda na pulseira verde de identificação do paciente

Quimioterapia e Day Clinic

- Análise de fatores de risco para pacientes com aplicação de medicamentos com duração maior que 1 hora

Centro de Diagnóstico por Imagem e Campo Belo

- Risco relacionado à situação: administração de sedação e anestesia e exames de esforço.

Neurofisiologia

- Fatores de risco em pacientes da polissonografia

Locais em que pacientes farão apenas consultas médicas (COD e ambulatórios):

- O risco está relacionado ao ambiente e este é sinalizado de acordo com a avaliação.

OS FATORES DE RISCO DE QUEDA ADOPTADOS PARA OS PACIENTES ATENDIDOS/AMBULATORIAIS SÃO:

1. Idade menor ou igual a 7 anos
2. Idade maior ou igual a 65 anos
3. História de queda
4. Alteração do estado mental (confusão, sonolência, agitação)
5. Comprometimento da locomoção
6. Comprometimento neurológico (mental e/ou motor)
7. Déficit sensitivo (visão, audição, tato)
8. Risco de desequilíbrio de volume de líquidos
9. Jejum prolongado (maior ou igual 8h)
10. Sedação/anestesia
11. Drogas que alterem o sistema nervoso central.

A presença de um ou mais fatores define o paciente como RISCO DE QUEDA. A identificação do risco segue como descrito anteriormente.

Exames diagnósticos indicados

Não se aplica

Tratamento indicado

7. **Avaliação de Pacientes** – todos os pacientes são considerados como em risco de queda.
 - a. Todos os pacientes **internados** adultos são avaliados no momento da admissão e diariamente quanto ao Risco de Quedas, pela aplicação da escala de avaliação de risco de queda de Morse:
 - ✓ História de queda anterior nos últimos 3 meses
 - ✓ Presença de Comorbidades
 - ✓ Presença de dispositivo endovenoso
 - ✓ Auxílio para marcha
 - ✓ Comprometimento da locomoção
 - ✓ Estado mental
 - i. Todos os pacientes internados serão avaliados para risco de queda no momento da admissão, diariamente e após alteração em sua condição clínica (ex.: retorno do CC).
 - ii. Os pacientes serão classificados em: Risco Baixo; Risco Moderado e Risco Elevado.
 - iii. Os pacientes com **Risco Moderado e Elevado** receberão pulseira de identificação de Risco de Queda laranja no braço direito.
 - iv. A classificação do risco de queda é registrada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (prescrição de Enfermagem) e os cuidados de enfermagem são

estipulados de acordo com a classificação do risco. As medidas de prevenção incluem:

- 1. Risco Baixo**
- 2. Risco Moderado**
- 3. Risco elevado**

- v. Crianças abaixo de 7 anos são classificadas como Risco Elevado de queda, mesmo sendo a queda considerada parte do desenvolvimento infantil
- vi. CC, UTI, Endoscopia, Hemodiálise, Hemodinâmica – classificação de risco pela situação
 1. Todos os pacientes são considerados risco elevado de queda
 2. Todos os pacientes da UTI e os internados da Endoscopia, Hemodiálise, Hemodinâmica recebem pulseira laranja de risco de queda
 3. Pacientes externos da Endoscopia, Hemodiálise e Hemodinâmica recebem etiqueta redonda laranja na pulseira verde de identificação do paciente externo
 4. Centro Cirúrgico adota como cuidado específico para prevenção de queda o uso de cinto de segurança na mesa operatória

8. Avaliação de Risco de Queda de acordo com a SITUAÇÃO E TIPO DE PACIENTE

- a. Pronto Atendimento e CASC
 - i. Análise de fatores de risco na pré-consulta
 - ii. Identificação dos pacientes em risco de queda com etiqueta laranja redonda na pulseira verde de identificação do paciente.
- b. Cardiologia não invasiva e Check-up
 - i. Risco relacionado à situação: teste ergométrico; ecotransesofágico; Tilt test; ergoespirometria; polissonografia;
- c. Radioterapia
 - i. Análise de fatores de risco
 - ii. Identificação dos pacientes em risco de queda com etiqueta laranja redonda na pulseira verde de identificação do paciente
- d. Quimioterapia e Day Clinic
 - i. Análise de fatores de risco para pacientes com aplicação de medicamentos com duração maior que 1 hora
- e. Centro de Diagnóstico por Imagem e Campo Belo
 - i. Risco relacionado à situação: administração de sedação e anestesia e exames de esforço.
- f. Neurofisiologia
 - i. Fatores de risco em pacientes da polissonografia

9. Avaliação de Risco de acordo com o local/ambiente

- a. Locais em que pacientes farão apenas consultas médicas, sem passar por profissional de Enfermagem e/ou procedimentos ou exames.
- b. Risco está relacionado ao ambiente e este é sinalizado de acordo com a avaliação o Anexo 1 contempla o mapeamento do risco de acordo com a área.

Avaliação do tratamento indicado

Plano terapêutico

1. Risco Baixo

- a. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda, medidas de prevenção;

- b.* Entregar folder de prevenção de queda
- c.* Manter e orientar uso de cama baixa, travada e com grades elevadas, principalmente no período noturno.
- d.* Manter campainha ao alcance do paciente.
- e.* Manter objetos pessoais do paciente dentro do seu alcance, principalmente papagaio e telefone.
- f.* Manter luminosidade adequada durante o período noturno.
- g.* Orientar evitar deambular pelo quarto e corredor no momento da limpeza.
- h.* Orientar a solicitar a presença da equipe de enfermagem se necessário.
- i.* Orientar uso de calçado antiderrapante e que se encaixe nos pés.
- j.* Aplicar plano de educação relacionado a prevenção de queda.

2. Risco Moderado

- a.* **Colocar pulseira laranja de identificação de risco de queda no MSD.**
- b.* Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda, medidas de prevenção
- c.* Entregar folder de prevenção de queda
- d.* Manter cama baixa, travada e com grades elevadas.
- e.* Manter campainha ao alcance do paciente.
- f.* Manter luminosidade adequada durante o período noturno.
- g.* Estimular o uso de acessórios de apoio como andador e bengala.
- h.* Orientar o uso cuidadoso do suporte de soro como apoio para deambulação quando em soroterapia contínua.
- i.* Manter área livre de obstáculos.
- j.* Auxiliar na locomoção quando esta for autorizada e/ou necessária, orientando o acompanhante para esta atividade.
- k.* Orientar evitar deambular pelo quarto e corredor no momento da limpeza.
- l.* Orientar a não trancar as portas.
- m.* Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos das janelas.
- n.* Auxiliar na locomoção quando esta for autorizada e/ou necessária, orientando o acompanhante para esta atividade e/ou chamar equipe de enfermagem.
- o.* Orientar a solicitar a presença da equipe de enfermagem quando for se transferir da cama para poltrona e auxílio para banheiro e se necessário.
- p.* Manter e orientar uso de freios quando do uso de cadeira de rodas e cadeiras higiênicas.
- q.* Orientar uso de calçado antiderrapante e que se encaixe nos pés.
- r.* Colocar placa laranja de identificação de Risco de Queda na identificação dos quartos da UI.
- s.* Aplicar plano de educação relacionado a prevenção de queda.

3. Risco elevado

- a.* **Colocar pulseira laranja de identificação de risco de queda no MSD.**
- b.* Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda, medidas de prevenção;
- c.* Entregar folder de prevenção de queda
- d.* Manter cama baixa, travada e com grades elevadas.
- e.* Manter campainha ao alcance do paciente.

- f. Manter luminosidade adequada durante o período noturno.
- g. Estimular o uso de acessórios de apoio como andador e bengala
- h. Manter área livre de obstáculos.
- i. Auxiliar na locomoção quando esta for autorizada e/ou necessária, orientando o acompanhante para esta atividade.
- j. Orientar evitar deambular pelo quarto e corredor no momento da limpeza.
- k. Orientar a solicitar a presença da equipe de enfermagem quando necessário.
- l. Orientar paciente/acompanhante sobre risco, medidas de prevenção e contenção mecânica
- m. Orientar sobre a necessidade do paciente permanecer sempre com acompanhante.
- n. Orientar sobre a necessidade de comunicar a equipe de enfermagem quando o acompanhante ausentar-se.
- o. Manter acompanhamento da equipe de enfermagem no momento do transporte
- p. Colocar placa laranja de identificação de Risco de Queda na identificação dos quartos da UI.
- q. Nos pacientes que recebem medicamentos diuréticos a noite agendar com o mesmo horários pré-programados para auxílio ao banheiro/higiene
- r. Avaliar efeitos não desejados de indutores de sono em paciente que não fazem uso prévio
- s. Utilizar contenção mecânica em casos extremos de agitação e medidas de prevenção de lesão relacionada.
- t. Alocar paciente em leito próximo ao posto Assistencial.
- u. Manter a porta do quarto aberta nas situações de pacientes agitados, contidos e sem acompanhantes.
- v. Programar rondas de enfermagem para os pacientes sem acompanhantes.
- w. Aplicar plano de educação relacionado a prevenção de queda.

Critérios de mudança terapêutica

Mudança na classificação do risco do paciente internado – neste caso seguir as intervenções relacionadas ao risco

Critérios de internação

Não se aplica

Critérios de alta

Não se aplica – todos os pacientes tem risco de queda

Cuidados especiais

Na admissão deve-se avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. **Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.**

Referências bibliográficas

- Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Revista de Enfermagem Referência. 2010; 3(2): 163-72.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63 de 25 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Diário Oficial da União nº 227 seção 01, de 28/11/2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 2 abr. 2013. Seção 1:43.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013. Institui ações para a segurança do paciente

em serviços de saúde e dá outras providências.

- Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 12;12:CD005465.
- Choi M, Hector M. Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Feb;13(2):188.e13-21. doi: 10.1016/j.jamda.2011.04.022. Epub 2011 Jun 15.
- Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino OS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):67-74
- Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(4):676-81.
- Currie L. Fall and injury prevention. In: Hughes RG, editor. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
- Duarte MCFNC. Caracterização e impacto das quedas de doentes, como indicador de qualidade, num hospital E.P.E. [dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2011.
- Enloe M, Wells TJ, Mahoney J, Park M, Gangnon RE, Pellino TA, Hughes S, et al. Falls in acute care: an academic medical center six-year review. *Journal of Patient Safety*. 2005; 1 (4): 208-14.
- Hendrich AL et al. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. 2003; 16(1):9-21.
- Hendrich AL. Inpatients falls lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*. 2006; 26-30. Disponível em: <http://www.psqh.com/mayjun06/falls.html>
- Hiatt HH, Barnes BA, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Leape LL, Localio AR, Newhouse JP, Peterson LM, Thorp KE. A study of medical injury and medical malpractice. *N Engl J Med*. 1989; 321(7): 480-4.
- Joint Commission Resources. Quality & Safety Network. The 2007 National Patient Safety Goals. Disponível em: http://www.gehealthcare.com/gecommunity/tip_tv/subscribers/sup_material/supplement/3174.pdf
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.
- Lake ET, Shang J, Klaus S, Dunton NE. Patient falls: association with hospital magnet status and nursing unit staffing. *Res Nurs Health*. 2010; 33(5): 413-25.
- Manual de Indicadores de Enfermagem. NAGEH-CQH. 2ª Ed. São Paulo: NAGEH, APM/CREMESP; 2012.
- Morse JM. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company; 2009.
- National Center for Patient Safety [internet]. Washington DC. Atualizado em 02/07/2013. Disponível em <http://www.patientsafety.va.gov/>
- Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clin Geriatr Med*. 2010; 26: 645-92.
- Paiva MCM, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. *Rev Esc Enferm. USP*. 2010; 44(1): 134-8.
- Pedreira MLG, Chanes DC. Enfermagem para a segurança do paciente. In Harada MJCS, organizadora. *Gestão em Enfermagem: ferramenta para prática segura*. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011.
- Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.

- Sehested P, Severin-Nielsen T. Falls by hospitalized elderly patients: causes, prevention. *Geriatrics*. 1977; 32:101-8.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Queda em idosos: prevenção. 2008. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
- Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. *N England J Med*. 2003; 348: 42-4.
- Tronchin DMR. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
- Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(3):569-75 www.ee.usp.br/reeusp/
- Viana TS, Martin MRG, Crespo FN, Rodriguez EMV, Merino GM, Ruiz JMG, Lorenzo IL, Quintas CGN. Cual es la incidencia de caídas real en um hospital? *Enferm Clin*. 2011;21:271-4.
- Vincent C. Segurança do paciente: orientação para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2009. p 15-39.
- Wachter R. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. WHO Press: Geneve, 2007. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- World Health Organization. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. 2011.

Fluxograma clínico

Descritores

Protocolo; Queda; Lesão por Queda

CID envolvido

CID 10 W 1 e W 1.5

Apêndice F - Folheto de Educação para Prevenção de Risco de Queda para Pacientes Internados

Apêndice G - Plano de Educação para Prevenção de Quedas

PLANO DE EDUCAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE QUEDA

Vontade de receber educação: () Sim () Não. Justifique: _____

Quem recebeu educação: () Paciente () Familiar () Cuidador ()

Outros: _____

Recusa educação: () Sim.

Justifique: _____

Risco aumentado de queda por:

- () História de queda anterior
- () Pré-operatório e pós-operatório imediato
- () Jejum para exames e cirurgia;
- () Uso de medicamentos para indução do sono, sedativos, anestésicos e analgésicos potentes que podem afetar a força e o equilíbrio sedativo e anestésico
- () Uso de sondas, cateteres e drenos
- () Diminuição de força
- () Alteração de marcha
- () Alteração sensorial (visual/auditiva)
- () Estado mental alterado

Conteúdo de educação para prevenção de queda:

Todos os pacientes têm risco de cair, mas aqueles que têm um risco maior recebem uma pulseira laranja e uma placa laranja na porta do quarto da unidade de internação. Redobre sua atenção e siga esses cuidados:

- Mantenha a cama baixa, travada e grades elevadas;
- Mantenha a campainha ao alcance das mãos;
- Mantenha a luz de vigia acesa durante a noite;
- Evite apoiar-se em móveis;

- Solicite auxílio de um acompanhante ou da enfermagem para locomoção e mobilização, principalmente para a ida ao banheiro;
- Procure ter sempre um acompanhante que tenha condições de auxiliá-lo, principalmente a andar e a ir ao banheiro;
- Evite circular pelo quarto ou corredor no momento de limpeza;
- Utilize calçados com solado antiderrapante e que fiquem firmes nos pés;
- Evite levantar-se rapidamente quando estiver sentado ou deitado;
- Se utilizar dispositivos de apoio como andador, bengala, muleta ou até mesmo suporte de soro, redobre cuidado e esteja sempre acompanhado.

Entendimento: ()Sim ()Não

Paciente/familiar/acompanhante/cuidador

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1 - Primeiro Parecer Consubstanciado CEP-EEUSP

<div><div>ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP</div><div> </div></div>
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO EVENTO QUEDA DE PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO
Pesquisador: Suzana Maria Bianchini
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 21725213.6.0000.5392
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 435.415
Data da Relatoria: 08/10/2013
Apresentação do Projeto: Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, no modelo estudo de caso, objetivando avaliar o evento queda no âmbito hospitalar, na perspectiva de seus dois principais atores: enfermeiros e pacientes. O estudo será realizado em um hospital privado da cidade de São Paulo onde serão entrevistados pacientes acometidos pelo evento queda no hospital, cenário de estudo durante sua internação. Serão também entrevistados os enfermeiros atuantes no hospital, cenário do estudo, desde 2005, antes da implantação do protocolo de prevenção de quedas considerando assim, que conheçam todo o processo. Os enfermeiros serão abordados por meio de grupo focal. A análise dos dados será realizada pela ótica da análise de conteúdo de Bardin e espera-se que seus resultados contribuam para subsidiar o emprego e implementação de medidas preventivas que visem à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e da instituição.
Objetivo da Pesquisa: Compreender a vivência dos enfermeiros acerca do processo de implementação de medidas preventivas e do monitoramento do evento queda de paciente em um hospital privado do município de São Paulo.
<div><div>Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419</div><div>Bairro: Cerqueira Cesar</div><div>CEP: 05.403-000</div><div>UF: SP</div><div>Município: SÃO PAULO</div><div>Telefone: (11)3061-7548</div><div>Fax: (11)3061-7548</div><div>E-mail: edpesq@usp.br</div></div>

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 435.415

Compreender a vivência dos pacientes acometidos pelo evento queda em um hospital privado do município de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco Mínimo

Benefícios: Contribuir para o aprimoramento do processo de segurança do paciente em relação à queda no âmbito hospitalar e subsidiar o emprego e implementação de medidas preventivas que visem à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e da Instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que busca compreender a vivência dos pacientes acometidos pelo evento queda no âmbito hospitalar bem como dos enfermeiros dessas unidades por meio de entrevistas. As entrevistas referentes aos pacientes serão guiadas pelas seguintes perguntas norteadoras: 1. Conte-me como foi para você a experiência de ter sofrido o evento queda durante sua internação no hospital; 2. Descreva-me algumas situações por ocasião do evento relacionadas aos profissionais do hospital ou seus familiares ou acompanhantes. As entrevistas serão gravadas e depois transcritas pela pesquisadora. Para compreender a vivência dos enfermeiros, será realizado um grupo focal com os enfermeiros atuantes no hospital cenário deste estudo desde 2005, quando foram instituídas formalmente as medidas de prevenção de queda. Os participantes serão informados sobre como será a condução do grupo focal, suas regras e duração. As discussões serão norteadas pela seguinte pergunta: Com base em sua vivência, nesta Instituição, com as medidas de prevenção de quedas de pacientes, o que deve ser considerado para a efetividade e a revisão dessas medidas? O delineamento seguirá o modelo estudo de caso único e holístico.

O estudo tem uma grande importância uma vez que seus resultados poderão contribuir para aprimorar o processo de segurança do paciente hospitalizado e subsidiar o emprego e implementação de medidas preventivas que visem à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e da Instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados dois TCLE, um para os pacientes e outro para os enfermeiros, ambos de acordo com o preconizado.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipenq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 435.415

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequadamente construído seguindo todas as etapas metodológicas preconizadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 24 de Outubro de 2013

Assinador por:

Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

Anexo 2 – Segundo Parecer Consubstanciado CEP- EEUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO EVENTO QUEDA DE PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

Pesquisador: Suzana Maria Bianchini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21725213.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 544.053

Data da Relatoria: 25/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, no modelo estudo de caso, objetivando avaliar o evento queda no âmbito hospitalar, na perspectiva de seus dois principais atores: enfermeiros e pacientes. O estudo será realizado em um hospital privado da cidade de São Paulo onde serão entrevistados pacientes acometidos pelo evento queda no hospital, cenário de estudo, durante sua internação. Serão também entrevistados os enfermeiros atuantes no hospital, cenário do estudo desde 2005, antes da implantação do protocolo de prevenção de quedas considerando assim, que conheçam todo o processo. Os enfermeiros serão abordados por meio de grupo focal. A análise dos dados será realizada pela ótica da análise de conteúdo de Bardin e espera-se que seus resultados contribuam para subsidiar o emprego e implementação de medidas preventivas que visem à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e da instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a vivência dos enfermeiros acerca do processo de implementação de medidas preventivas e do monitoramento do evento queda de paciente em um hospital privado do município de São Paulo.

Compreender a vivência dos pacientes acometidos pelo evento queda em um hospital privado do

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 544.053

município de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco Mínimo

Benefícios: Contribuir para o aprimoramento do processo de segurança do paciente em relação à queda no âmbito hospitalar e subsidiar o emprego e implementação de medidas preventivas que visem à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e da instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que busca compreender a vivência dos pacientes acometidos pelo evento queda no âmbito hospitalar bem como dos enfermeiros dessas unidades por meio de entrevistas. As entrevistas referentes aos pacientes serão guiadas pelas seguintes perguntas norteadoras: 1. Conte-me como foi para você a experiência de ter sofrido o evento queda durante sua internação no hospital; 2. Descreva-me algumas situações por ocasião do evento relacionadas aos profissionais do hospital ou seus familiares ou acompanhantes. As entrevistas serão gravadas e depois transcritas pela pesquisadora. Para compreender a vivência dos enfermeiros, será realizado um grupo focal com os enfermeiros atuantes no hospital cenário deste estudo desde 2005, quando foram instituídas formalmente as medidas de prevenção de queda. Os participantes serão informados sobre como será a condução do grupo focal, suas regras e duração. As discussões serão norteadas pela seguinte pergunta: Com base em sua vivência, nesta instituição, com as medidas de prevenção de quedas de pacientes, o que deve ser considerado para a efetividade e a revisão dessas medidas? O delineamento seguirá o modelo estudo de caso único e holístico. O estudo tem uma grande importância uma vez que seus resultados poderão contribuir para aprimorar o processo de segurança do paciente hospitalizado e subsidiar o emprego e implementação de medidas preventivas que visem à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e da instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, inicialmente, dois TCLE, um para os pacientes e outro para os enfermeiros, ambos de acordo com o preconizado. A instituição parceira solicitou modificação no TCLE que foi realizada pela pesquisadora. Há uma carta justificando o atraso no envio por questões logísticas.

Recomendações:

O projeto está adequadamente construído seguindo todas as etapas metodológicas preconizadas.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO
CRUZ - SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO EVENTO QUEDA DE PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

Pesquisador: Suzana Maria Blanchini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21725213.7.3001.0070

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 604.150-0

Data da Relatoria: 10/03/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, no modelo estudo de caso, objetivando avaliar o evento queda no âmbito hospitalar, na perspectiva de seus dois principais atores: enfermeiros e pacientes. O estudo será realizado em um hospital privado da cidade de São Paulo onde serão entrevistados pacientes acometidos pelo evento queda no hospital, cenário de estudo, durante sua internação. Serão também entrevistados os enfermeiros atuantes no hospital, cenário do estudo desde 2005, antes da implantação do protocolo de prevenção de quedas considerando assim, que conheçam todo o processo. Os enfermeiros serão abordados por meio de grupo focal. A análise dos dados será realizada pela ótica da análise de conteúdo de Bardin e espera-se que seus resultados contribuam para subsidiar o emprego e implementação de medidas preventivas que visem à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e da instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a vivência dos enfermeiros acerca do processo de implementação de medidas preventivas e do monitoramento do evento queda de paciente em um hospital privado do município de São Paulo.

Compreender a vivência dos pacientes acometidos pelo evento queda em um hospital privado do

Endereço: Rua João Julião, 331

Bairro: Paraíso

CEP: 01.323-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3549-0863

Fax: (11)3549-0862

E-mail: cep@haoc.com.br

Anexo 3 – Parecer Consubstanciado CEP-HAOC

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO
CRUZ - SP

Continuação do Parecer: 604.150-0

município de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme apresentado, Risco Mínimo.

Benefícios: Contribuir para o aprimoramento do processo de segurança do paciente em relação à queda no âmbito hospitalar e subsidiar o emprego e implementação de medidas preventivas que visem à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e da Instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é importante no aprimoramento do processo interno de segurança do paciente hospitalizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos claros sem pendências ou inadequações.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo considerado aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

*Lembramos que os pesquisadores deverão enviar relatórios semestrais e relatório final ao CEP/HAOC, via Plataforma Brasil.

*O CEP deverá ser informado sobre qualquer alteração, emenda e sobre quaisquer eventos adversos relacionados ao projeto.

*Cabe ao CEP revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas.

Endereço: Rua João Julião, 331

Bairro: Paraíso

CEP: 01.323-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3549-0863

Fax: (11)3549-0862

E-mail: cep@haoc.com.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO
CRUZ - SP

Continuação do Parecer: 604.150-0

SAO PAULO, 12 de Abril de 2014

Assinador por:
Bonno van Bellen
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 604150 gerado na data 11/03/2014 13:20:52, onde o número CAAE foi alterado de 21725213.6.0000.5392 para 21725213.7.3001.0070.

Endereço: Rua João Julião, 331
Bairro: Paraíso CEP: 01.323-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3549-0863 Fax: (11)3549-0862 E-mail: oep@haoc.com.br