

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

DOLORES EUNICE HERNÁNDEZ HERRERA

**Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC identificadas
por enfermeiros mexicanos a pacientes hospitalizados**

Ribeirão Preto

2012

Dolores Eunice Hernández Herrera

Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC identificadas por enfermeiros mexicanos a pacientes hospitalizados

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica e metodológica do processo de cuidar.

Orientadora: Profa Dra. Maria Célia Barcellos Dalri

Ribeirão Preto
2012

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.

Hernández Herrera, Dolores Eunice

Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC identificadas por enfermeiros mexicanos a pacientes hospitalizados/Dolores Eunice Hernández Herrera. Ribeirão Preto, 2012.

144 p. : Il. ; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Dalri, Maria Célia Barcellos.

1. Acidentes por quedas.
2. Cuidados de enfermagem.
3. Adultos.
4. Idosos.
5. Hospital.

FOLHA DE APROVAÇÃO

HERNÁNDEZ, H. D. E. **Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC identificadas por enfermeiros mexicanos a pacientes hospitalizados.** Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A meu pai **Alfredo** por ter me ensinado tudo o que me faz ser a pessoa que hoje sou, a minha mãe **Sara**, por ter me ensinado sempre fortaleza e fé em Deus para conseguir os meus sonhos.*

*Aos meus grandes tesouros que Deus mandou para mim, **Libni Elizabeth** e **Génesis Eunice**, minhas filhas, pelo seu amor, carinho e ser minha motivação para continuar no dia a dia.*

*Aos meus irmãos **Saul**, **Yolanda**, **Gemima Juan** e **Artemiza**, pelo amor, apoio incondicional e suas orações.*

*Aos meus cunhados e meus **sobrinhos**, por ser parte da minha vida.*

*Aos **enfermeiros** da Clínica Médica (4º andar) do Hospital Geral Regional No. 1 do Instituto Mexicano do Seguro Social, Querétaro, pelo cuidado que no dia a dia proporcionam aos pacientes e pela sua contribuição na presente pesquisa.*

*Aos **pacientes** que no dia a dia acreditam em nós enfermeiros e colocam as suas vidas em nossas mãos no momento da hospitalização, permitindo uma relação de ajuda nesse processo pela recuperação da saúde, o maior tesouro que se pode ter.*

**MUITO OBRIGADA MEU DEUS,
AMO VOCÊS**

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, por ser tão dependente dele e mais independente para ir pela vida e alcançar os meus sonhos, pela fé nele que agora fica mais aumentada.

Ao anjo que sempre cuida de mim.

*À minha orientadora Profa. Dra. **María Célia Barcellos Dalri** pelos conhecimentos e o tempo dedicado para minha formação e crescimento profissional.*

*Ao Grupo de Pesquisa **Enfermagem e Comunicação** coordenado pela Profa. Dra. **Emília Campos de Carvalho** por ter me acolhido.*

Às Professoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto por compartilhar seus conhecimentos e experiências comigo.

*Ao Dr. **F. Alberto Mejía Damián** pelo apoio e por ter acreditado em mim para conseguir este sonho por muito tempo esperado.*

*À Universidade de Guanajuato, em especial a Mtra. **Rosalina Diaz Guerrero**, Dra. **Maria Elena Ledesma Delgado**, Mtro. **René Jaime Rivas** e Dr. **Luis Moreno Pérez**, pelo apoio e por ter confiado em mim.*

Às minhas amigas, pelos momentos compartilhados juntas, pelo apoio, motivação, ser parte da minha vida e caminhar comigo no dia a dia.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e às minhas amigas da Casa de Hóspedes No.8, por ter me acolhido todo o tempo aqui e cuidar de mim.

RESUMO

Hernández-Herrera, D. E. **Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC identificadas por enfermeiros mexicanos a pacientes hospitalizados.** 2012. 144 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Trata-se de estudo descritivo, com o objetivo de analisar a aplicabilidade de intervenções da NIC, para situações de Risco de Quedas em pacientes hospitalizados por meio do mapeamento cruzado. Participaram do estudo 10 enfermeiros que atuam na Clínica Médica de um Hospital Geral Regional de segundo porte na cidade de Querétaro, Qro., México. O estudo foi realizado em três etapas; na primeira, foram descritas pelos enfermeiros quais atividades eram realizadas para os pacientes com risco de quedas. Na segunda etapa, foi realizado o mapeamento cruzado das atividades e das intervenções da NIC para o diagnóstico Risco de quedas pela pesquisadora. Na terceira etapa, foi realizado o refinamento do mapeamento comparativo por enfermeiros expertos e a NIC com as Intervenções identificadas pela pesquisadora. Quanto aos resultados, dos 10 enfermeiros nove eram sexo feminino, com idade entre 31 e 40 anos e com experiência no trabalho com média de sete anos e meio. Foram citadas 173 atividades para Risco de quedas pelos enfermeiros que participaram no estudo. Já no mapeamento cruzado, foram listadas 14 intervenções e 70 atividades das quais seis intervenções estavam no Domínio Segurança com 40 atividades, quatro intervenções no Domínio Fisiológico Básico com 20 atividades e duas intervenções no Domínio Fisiológico Complexo com 10 atividades. Além das atividades propostas na ligação NANDA/NIC foram mapeadas duas intervenções não propostas nessa ligação, mas citadas na NIC - Contenção Física e Identificação do Risco - nomeadas pelos enfermeiros como realizadas junto aos pacientes com Risco de quedas. As intervenções que tiveram o maior número de atividades mapeadas foram principalmente às relacionadas com o Domínio de Segurança. Estas intervenções mapeadas mostram o atuar dos enfermeiros e sua contribuição na prevenção de quedas. Os achados do estudo poderão ser empregados para desenvolver programas, políticas e estratégias que contribuam para segurança do paciente, por meio do das taxonomias, no contexto da enfermagem mexicana.

Palavras-chave: Acidentes por quedas. Cuidados de enfermagem. Adultos. Idosos. Hospital.

ABSTRACT

Hernández-Herrera, D. E. **Fall Risks. NIC identified Mexican nursing interventions to hospitalized patients.** 2012. 144 f. Thesis (Doctoral) - University of São Paulo at Ribeirão Preto. College of Nursing. 2012.

This is a descriptive study which main objective is to analyze the feasibility of NIC interventions on falling risk situations among hospitalized patients through cross mapping method. During this study, ten Intern Medicine Service nurses from a second level hospital in Queretaro City, Mexico participated. The study was designed into three stages. At first stage, there were described the activities made by nurses with falling risk patients. At second stage, there was made a cross mapping from NIC's activities and interventions for the falls risk diagnosis of the researcher. At third stage, a comparative fine tuning mapping was made among expert nurses and the NIC compared with the identified interventions from the researcher. The results of the research were as follows: From ten nurses, nine were 31 to 40 year old female with an average working experience of seven years and a half. There were mentioned 173 falls risk activities by nurses who attended the study. There were listed 14 interventions and 70 activities on the cross mapping from which six interventions were on the Security Dominion with 40 activities, six interventions were on the Basic Physiological Dominion with 20 activities and two interventions were on the Complex Physiological Dominion with 10 activities. On the NANDA/INC interrelations activities were mapped two non-proposed interventions in the Restraint Physical and Risk Identification mentioned by nurses during their attendance with falling risk patients. The higher number of mapped intervention activities were of the Security Dominion. This mapped interventions show the contribution of nurses toward falls prevention. Current results of this study may contribute to the creation of prevention programs, politics and strategies which enhance patient's security through taxonomy's usage within the Mexican nursing context.

Key-words: Accident by falling, Nursing care. Adults. Elders. Hospitalization.

RESUMEN

Hernández-Herrera, D. E. **Riesgo de caídas: intervenciones de enfermería de la NIC identificadas por enfermeros mexicanos a pacientes hospitalizados.** 2012. 144 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Se trata de un estudio descriptivo con el objetivo de analizar la aplicabilidad de las intervenciones de la NIC, para situaciones de Riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Participaron del estudio 10 enfermeros que actúan en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel en la ciudad de Querétaro, Qro., México. El estudio fue realizado en tres etapas, en la primera, fueron descritas las actividades que los enfermeros realizan en los pacientes con Riesgo de caídas. En la segunda etapa fue realizado el mapeamiento cruzado de las actividades y las intervenciones de la NIC para el diagnóstico Riesgo de caídas por la investigadora. En la tercera etapa, fue realizado el refinamiento del mapeamiento comparativo por enfermeros expertos y la NIC con las intervenciones identificadas por la investigadora. En cuanto a los resultados, de los 10 enfermeros, nueve eran del sexo femenino con edad entre 31 y 40 años, y una experiencia laboral de siete años y medio. Fueron citadas 173 actividades para el riesgo de caídas por los enfermeros que participaron en el estudio. En el mapeamiento cruzado fueron enlistadas 14 intervenciones y 70 actividades de las cuales seis intervenciones estaban en el Dominio Seguridad con 40 actividades, seis intervenciones en el Dominio Fisiológico Básico con 20 actividades y dos intervenciones en el Dominio Fisiológico Complejo con 10 actividades. En las actividades de la interrelación NANDA/NIC fueron mapeadas dos intervenciones no propuestas en la interrelación Sujeción Física e Identificación de Riesgos citadas por los enfermeros como realizadas junto a los pacientes con Riesgo de Caídas. Se concluye que las intervenciones que tuvieron el mayor número de actividades mapeadas fueron principalmente las relacionadas con el Dominio de Seguridad. Estas intervenciones mapeadas muestran el actuar de los enfermeros en la contribución para la seguridad del paciente. El estudio tiene evidencia científica del uso de las taxonomías en el contexto de la enfermería mexicana.

Palabras-clave: Accidente por caídas. Cuidado de enfermería. Adultos. Ancianos, hospitalización.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atividades indicadas pelos enfermeiros como as realizadas com pacientes internados em uma unidade de internação de Clínica Médica com diagnóstico de enfermagem risco de quedas.....	57
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos enfermeiros expertos brasileiros para o refinamento do mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros do diagnóstico “Risco de quedas”. Querétaro, Qro., México, 2012.....	67
Tabela 2 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção Prevenção de QUEDAS proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	70
Tabela 3 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção CONTENÇÃO Física proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados Querétaro, Qro. México, 2012.....	79
Tabela 4 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção Controle da DEMÊNCIA proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	85
Tabela 5 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção SUPERVISÃO : Segurança proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	88
Tabela 6 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção Monitoração de SINAIS VITAIS proposta pela NIC do diagnóstico Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	91
Tabela 7 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção Identificação de RISCO proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	92
Tabela 8 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção POSICIONAMENTO proposta pela NIC do diagnóstico risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	96

Tabela 9 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No1 para a intervenção POSICIONAMENTO : Cadeira de rodas proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	98
Tabela 10 -	Refinamento do Mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No1 para a intervenção Assistência no AUTOCUIDADO : Transferência proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	100
Tabela 11 -	Refinamento do mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção TRANSPORTE proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	101
Tabela 12 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção Controle da DOR proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	103
Tabela 13 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção Controle da Eliminação URINARIA proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México 2012.....	106
Tabela 14 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção Controle de MEDICAMENTOS da NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	108
Tabela 15 -	Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros do H.G.R. No 1 para a intervenção Precauções contra CONVULSÕES da NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.....	111

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CPE	Comissão Permanente de Enfermagem
EM	Erros Médicos
CISP	Classificação Internacional pela Segurança do Paciente
EA	Evento Adverso
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GR	Hospital Geral Regional
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IOM	Instituto of Medicine
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
NIC	Classificação de Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação de Resultados de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ISSSTE	Instituto de serviço e Segurança Social para os trabalhadores
SSA	Secretaria de Saúde e Assistência

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 Segurança do paciente	22
2.2 Eventos adversos	23
2.3 As quedas	25
2.3.1 As quedas no ambiente hospitalar	26
3. PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	30
3.1 Diagnóstico de enfermagem: Risco de quedas	32
4. CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)	35
4. 1 Intervenções de enfermagem para o risco de quedas	37
5. OBJETIVOS	42
5.1 Objetivo geral	43
5.2 Objetivos específicos	43
6. MATERIAL E MÉTODO..	44
6.1 Tipo de estudo	45
6.2 Aspectos éticos	45
6.3 Primeira Etapa	45
6.3.1 Campo de estudo	45
6.3.2 População	46
6.3.3 Aspectos éticos	46
6.3.4 Instrumentos de coleta de dados	46
6.3.5 Procedimento da primeira etapa	47
6.4 Segunda etapa	47
6.4.1 Mapeamento	47
6.4.2 Instrumento do Mapeamento	48
6.4.3 Procedimento de Mapeamento.....	49
6.5 Terceira Etapa	51
6.5.1 Refinamento por Expertos.....	51
6.5.2 A Classificação dos expertos.....	51
6.5.3 Aspectos Éticos	52
6.5.4 Instrumento para Refinamento das Atividades	52

6.5.5 Procedimento do mapeamento pelos expertos	53
6.5.6 Análise dos dados	53
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
7.1 Características sociodemográficas dos enfermeiros sujeitos.....	55
7.2 Distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como as realizadas junto aos pacientes com Risco de quedas na Clínica Médica do IMSS no Hospital Geral Regional No. 1 do IMSS, na cidade de Querétaro, Qto., México.....	56
7.3 Mapeamento comparativo das atividades citadas pelos enfermeiros com o diagnóstico Risco de quedas e as intervenções e atividades sugeridas pela NIC refinadas pelos expertos.....	66
7.3.1 Caracterização dos enfermeiros expertos	66
7.3.2 Distribuição do mapeamento comparativo das atividades da NIC citadas pelos enfermeiros e refinadas pelos expertos para o diagnóstico “Risco de quedas”.....	68
8. CONCLUSÕES.....	114
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICES.....	136
ANEXOS	141

1. INTRODUÇÃO

A Segurança do paciente é um tema complexo (MARTINEZ; HUESO; GALVAEZ, 2010) e importante para organismos mundiais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), *Joint Comission Healthcare International* (JCHI) e o *Institute of Medicine* (IOM) (GOMEZ; ESPINOZA, 2006) pois no hospital as pessoas que recebem atenção médica ficam expostas a múltiplos riscos como acidentes e consequências adversas (RAMOS, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (2010a) assinala que “erros médicos custam dinheiro e causam sofrimento”. Nos Estados Unidos da América os erros médicos causam 98.000 mortes por ano, cifras que excedem as de doenças como câncer de mama, os acidentes automobilísticos ou a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS (DONALDSON, 2005).

Em outubro de 2004, derivado da publicação “Errar é humano”, a OMS criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente com o objetivo de “coordenar, divulgar e acelerar as melhorias na segurança do paciente em todo o mundo” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a).

Com a existência de termos para nomear os eventos adversos como Erros Médicos (EM) (RAMOS, 2005), ou Iatrogenias (SANTOS; CEOLIM, 2009), foi necessário o desenvolvimento de uma taxonomia comum nos países membros da OMS. Foi aprimorada uma Classificação Internacional pela Segurança do Paciente (CIPS) com objetivo de definir, harmonizar e agrupar os conceitos nessa classificação internacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Esforços foram somados para melhorar e tornar as instituições de saúde mais seguras, considerando que para a ocorrência de um evento adverso se tem a influência de diversos fatores como as ações dos profissionais da saúde, a infra-estrutura hospitalar e as condições do paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Nos conceitos mais comumente usados na CISP e apresentados nessa taxonomia desenvolvida pela OMS (2009) a Segurança do Paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde ao mínimo aceitável. Os riscos que se apresentam durante a hospitalização são chamados incidentes com danos (Eventos Adversos - EAs), definidos como incidente que resulta em dano ao paciente. O conceito de evento consiste em algo que acontece ou envolve o paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Após a CISP, os eventos adversos foram alvo de pesquisas para

identificá-los e conhecer as taxas de ocorrência além de melhorar os sistemas de notificação desses eventos (CRISTHIAANS-DINGELHOFF et al., 2011; HEALEY et al., 2006; NUCKOLS et al., 2007; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010a; SANTOS; CEOLIM, 2009; SHORR et al., 2008; SOOP et al., 2009; YAMAGASHI; KANDA; TAKEMURA, 2003).

São múltiplos os EAs que os pacientes podem sofrer tais como, erros na medicação, quedas, problemas com o acesso venoso, úlcera por pressão e retirada de sonda nasogástrica (BARTLETT et al., 2009; CAMERINI; SILVA, 2011, CASHIN; YANG, 2011; KRAUS et al., 2005; NASCIMENTO et al., 2008; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010b; SANTOS; CEOLIM, 2009; SHUTO et al., 2010; TANAKA et al., 2008).

A queda é um dos EAs mais frequentes no hospital e pode ocorrer em diferentes setores como os de Hemodiálises, Terapia de Cuidados Intensivos, Geriatria, Clínica Médica, Ginecologia (CHEN et al., 2010; HEINZE; HALFENS; DASSEN, 2007; PATMAN; DENNIS; HILL, 2011; RENTELN-KRUSE; KRAUSE, 2007; ROSSIER et al., 2011) ou seja, em qualquer ambiente hospitalar. Têm múltiplos impactos, como custos elevados para as instituições, lesões e até a morte para os pacientes, além do medo de cair e perda da autonomia; com a queda, o paciente hospitalizado pode ter os dias de internação prolongados representando acréscimo nos custos da atenção à saúde, demandas e litígios; já para os profissionais da saúde a queda do paciente pode gerar sentimento de culpa (LOPEZ et al., 2009; OLIVER et al., 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE 2004a), situações estas que desabonam a qualidade na assistência.

No México, o Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS) implantou o Sistema VENCER que tem por objetivo notificar os eventos sentinela, evento adverso e a quase falha. Na análise feita no período de um ano (maio de 2010 até abril de 2011) no Hospital General Regional No 1 do IMSS, na cidade de Querétaro, Qro. México, as notificações mostram um total de 26 eventos, destes 18 foram quedas (Dados fornecidos pelo Comitê Local pela Segurança do Paciente 2011). A segurança do paciente deve ser uma prioridade na atuação diária dos enfermeiros já que os pacientes, na condição de se encontrarem hospitalizados, estão expostos a sofrer EAs.

Devido a grande relevância que tem a queda como evento adverso, inúmeros estudos (COUSSEMENT et al., 2007; HAINES et al., 2004; HARTEN-KROWEL et al., 2011; LEEP et al., 2011; SCHWENDIMANN et al., 2006; WILLIAMS

et al., 2007) mostram o desenvolvimento de programas com foco na prevenção de quedas implementados por enfermeiros ou equipes multidisciplinares no intuito de reduzir a frequência das quedas ou minimizar os riscos que podem conduzir o paciente para queda no ambiente hospitalar.

A expressividade dos estudos publicados sobre quedas no ambiente hospitalar com foco no cuidado de enfermagem (DEMPSEY, 2004; GLEASON et al., 2009; HÂRLEIN et al., 2011; HARTEN-KROUWEL et al., 2011; HEALEY et al., 2012; HEINSEN; HALFENS; DASSEN, 2007; KÄLLSTRAND-ERICKSON; HILDINGH, 2009; PEARSON; COBURN, 2011; SCHWENDIMANN et al., 2006; SPOELSTRA; GIVEN, 2011) expõe e confronta as particularidades das investigações, nas suas diferentes expressões, expandindo os avanços dos fatores de risco, as escalas de avaliação para o diagnóstico Risco de quedas e as diferentes formas de intervenções de enfermagem.

Os componentes do processo de enfermagem devem refletir a condição do paciente e os cuidados que recebem pela equipe de enfermagem. Assim, compreender a dinâmica e a inter-relação desses componentes utilizando as taxonomias específicas para cada uma dessas fases faz com que o corpo de conhecimentos bem como a tomada de decisões clínicas da enfermagem tornem-se transparentes e significativos para os enfermeiros.

As formas de pensar o cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado em situação clínica, foco desse estudo, avançam para um olhar sustentado na prática clínica dos enfermeiros com aplicação das taxonomias de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) e de intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC) para o fenômeno Risco de quedas.

“O diagnóstico de enfermagem, quando elaborado direciona o enfermeiro para a determinação do planejamento da assistência a ser prestada, priorizando ações que buscam os melhores resultados para as devidas necessidades do paciente” (DALRI, 2010).

Diante do exposto, considerando que o enfermeiro é o profissional competente e responsável pelo cuidado do paciente e que deve prestar esse cuidado com qualidade e segurança, esta pesquisa foi conduzida com o propósito de analisar as intervenções de enfermagem prestadas a pacientes adultos e idosos com Risco de quedas, no ambiente hospitalar e assim contribuir para o desenvolvimento

de uma assistência de enfermagem com qualidade e uma prática clínica mais segura e sustentada nas melhores evidências científicas de cuidados.

Os achados podem ser úteis para fazer propostas para as autoridades correspondentes no hospital, tanto no nível local como no nível nacional, pois a instituição tem representatividade em todo o país. Essas propostas poderão ser encaminhadas para desenvolver programas, políticas e estratégias que contribuam para segurança do paciente com foco especial na prevenção de quedas, que beneficiará os pacientes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Segurança do paciente

A segurança do paciente tem sido tema central nas instituições de atenção à saúde em todo o mundo, a fim de desenvolver metas, políticas, programas e estratégias para ajudar a tornar o ambiente hospitalar mais seguro (GARCIA-ARNESTO et al., 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004a) e realizar pesquisas para identificar EAs (GAITAN et al., 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010b).

Villareal (2007) refere que a segurança do paciente é uma questão de análise, diálogo e reflexão, para progredir em atitudes e habilidades éticas à luz do trabalho da enfermagem com foco no cuidado.

Nessa perspectiva, o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) afirma que a enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2010):

Abarca os cuidados autônomos e de colaboração prestados às pessoas de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saudáveis, em todos os contextos e inclui a promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado das pessoas doentes, deficientes e pessoas moribundas. Funções essenciais da enfermagem são a defesa, a promoção de um ambiente seguro, a pesquisa, a participação na política de saúde e a gestão de pacientes e sistemas de saúde e formação.

Neste contexto, a enfermagem dentro do sistema de saúde está vinculada com a segurança do paciente para prestar cuidados e manter o ambiente hospitalar o mais seguro possível e diminuir os riscos durante a assistência.

A cultura pela segurança do paciente precisa ser assumida com responsabilidade pelos profissionais de enfermagem. Com relação a esse aspecto, León (2006) assinala que a segurança do paciente implica em responsabilidade legal e moral no exercício profissional e na prática de forma competente e segura.

A cultura pela segurança do paciente inclui o reconhecimento, análise e ações propositais para evitar que esses eventos adversos ocorram e que podem ser derivados de falhas no sistema de saúde, pelas condições do próprio paciente ou pelos recursos humanos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a).

2.2 Eventos adversos

Nas últimas décadas do século passado tinha-se conhecimento que o Evento Adverso (EA) na atenção à saúde existia, mas não se contava com dados epidemiológicos confiáveis, sendo que os EAs são mais recentemente estudados. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010a).

Para conhecer esses eventos adversos Christiaans-Dingelhoff et al. (2011) realizaram uma pesquisa documental em 14 hospitais na Holanda envolvendo quatro tipos de registros: prontuários, notificações de incidentes, queixas de pacientes e familiares e profissionais da saúde; na amostra de 5.375 foram identificados 498 EAs sendo que os profissionais da saúde relataram mais EAs e os pacientes/familiares usaram mais que um sistema de notificação para documentar os EAs.

No Japão, Yamagishi, Kanda e Takemura (2003) desenvolveram um estudo para elucidar as taxas dos eventos adversos em um hospital como indicadores de qualidade do serviço de enfermagem e os métodos de coleta de dados; foram usados relatórios de incidentes, listas de verificação, entrevistas aos enfermeiros, questionários de erros de medicação, exames de urina, entrevistas de pacientes e prontuários médicos. Os EAs relacionados com linhas invasivas, erros de medicação, quedas, úlceras de pressão, as deficiências de pele, restrições físicas e infecções nosocomiais foram os mais notificados.

Soop et al. (2009) fizeram um estudo na Suécia para estimar a incidência, natureza e consequências de EAs e EAs evitáveis em hospitais; os autores apontam que das 1.967 admissões 12,3% (n = 241) tiveram eventos adversos (IC 95% 10,8-13,7), dos quais 70% (n = 169) podiam ter sido evitados, 55% dos eventos evitáveis levaram à deficiência ou incapacidade, 9% levaram à invalidez permanente e 3% desses EAs contribuíram para a morte do paciente; os autores apontam que EAs eram comuns, que causaram sofrimento humano e consumiram uma quantidade significativa dos recursos hospitalares disponíveis.

Nos Estados Unidos de América (EUA), Lucero, Lake e Aiken (2010) pesquisaram sobre a qualidade do cuidado de enfermagem e os EAs nos hospitais. Nos resultados os autores assinalam que os enfermeiros relataram diversos EAs: erros na

medicação (15%), quedas com lesão (20%), e infecção nosocomial (31%). Esses autores afirmam que a assistência ótima ao paciente pode resultar em uma redução na ocorrência dos eventos adversos em hospitais.

No estudo de Nuckols et al. (2007), também desenvolvido nos EUA, foram pesquisadas as taxas e os tipos de EAs informados no sistema de incidentes em dois hospitais, apontando que quase 10% dos pacientes tinham pelo menos uma notificação de incidente, 17 casos por 1000 pacientes/dia foram relatados no hospital. Um total de 89% dos eventos foi relacionado com a enfermagem, o resto com médicos ou outros provedores de cuidados sendo os mais comuns relacionados a erros na medicação (29%), quedas (14%), incidentes durante procedimentos (15%) e incidentes diversos (16%).

Vries et al. (2008) fizeram uma revisão sistemática da incidência e natureza dos EAs em hospitais. Foram incluídos 74.485 registros de pacientes de oito estudos selecionados que mostraram média global de quase 10% de EAs intra-hospitalares com percentagem de 43,5% de prevenibilidade desses eventos; 56,3% dos pacientes apresentaram deficiência menor ou nula e 7,4% foram letais; dos eventos que constituíram a maioria, 39,6% estavam relacionados com a operação e 15,1% com medicamentos; os autores apontam que quase um em cada 10 pacientes sofre um EA na admissão hospitalar e que uma parte substancial dos eventos são evitáveis.

Foi conduzido outro estudo para conhecer a incidência e prevenção desses eventos, realizado em cinco países Latino Americanos como Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Perú, com os seguintes achados: 10 de cada 100 pacientes nos hospitais sofrem dano como consequência da atenção médica. As lesões mais frequentes foram: pneumonia, infecção de ferida cirúrgica, úlcera por pressão, choque séptico, flebite, demora na confirmação do diagnóstico, o diagnóstico errado, lesão do órgão, sangramento ou hematoma por procedimento médico ou cirúrgico e invasão bacteriana; enquanto as ocorrências de danos nos pacientes a cada 100: sete morreram, 17 tiveram incapacidade total, 12 apresentaram incapacidade severa e 64 com incapacidade leve ou sem incapacidade. Os autores afirmam que de 10 eventos adversos quase seis podiam ter sido evitados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010b).

Na Colômbia, Gaitán et al. (2008) realizaram uma pesquisa em três unidades hospitalares para conhecer a incidência, classificação, prevenção e o impacto dos EAs. Foram avaliados 6.688 sujeitos durante o período de vigilância, sendo detectados 505 eventos positivos. Um total de 310 indivíduos tinham pelo menos um EA, e uma incidência acumulada de 4,6% (IC 95% 4.1-5.1) durante a hospitalização. Destes, considera-se que em 189 indivíduos o evento podia ter se evitado (61%) (IC 95% 55-66). Ocorreu incapacidade permanente em 1,3%. A mortalidade associada foi de 6,4% (20/310). O aumento na hospitalização como consequência do evento adverso foi de 1.072 dias.

Nesse contexto, observa-se a resposta dos países ao chamado da OMS pela segurança do paciente para conhecer os eventos adversos, além do que os pacientes nos ambientes hospitalares estão expostos a sofrer EAs, dos quais também os estudos mostram que a maioria poderia ter sido evitado.

2.3 As quedas

A queda é definida segundo a OMS como “os acontecimentos involuntários que fazem perder o equilíbrio e dar com o corpo na terra ou uma superfície que o detenha” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010c).

Dados gerais relacionados com as quedas mostram o impacto que esta tem na população mundial, segundo a OMS (2010c), no seguinte apontamento:

- *Quedas são a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional.*
- *Estima-se que morrem anualmente em todo o mundo em torno de 424000 pessoas devido a quedas, e mais de 80% destas mortes ocorrem em países de renda baixa e média.*
- *Pessoas com mais de 65 anos são as que sofrem as quedas mais fatais.*
- *A cada ano há 37,3 milhões de quedas que requerem atenção médica pela gravidade.*
- *As estratégias preventivas devem enfatizar a educação, treinamento, criação de ambientes mais seguros, priorização de pesquisas relacionadas a quedas e ao estabelecimento de políticas eficazes para reduzir os riscos.*

2.3.1 As Quedas no ambiente hospitalar

Como foi já descrito as quedas representam um grave problema no hospital, cenário em que o enfermeiro interage com o paciente para prevenir as quedas. Na continuação é apresentado um panorama das quedas no ambiente hospitalar que visa descrever as características e fatores de risco.

Hitcho et al. (2004) estudaram as características e circunstâncias das quedas no hospital relatando que um total de 183 pacientes caíram durante o estudo. A média da idade dos pacientes foi de 63,4 anos, acima de 75% das quedas não foram assistidas e foram mais frequentes no quarto do paciente, 59 % ocorreram no período da tarde/noite e 19% durante a deambulação. A metade das quedas foi relacionada a atividade de eliminação em pacientes de mais de 65 anos; as áreas de clínica médica e neurologia apresentaram as maiores taxas de quedas com alto índice paciente/enfermeira; os autores concluem que as quedas no hospital afetam pacientes jovens bem como mais velhos, sem assistência e relacionadas com atividades na eliminação.

Heinze, Halfens e Dassen (2007) estudaram na Alemanha os pacientes que caíram nos hospitais e asilos; no hospital as quedas foram nas salas de geriatria, com alta dependência do cuidado. Os autores concluem que as quedas nos pacientes com idade maior de 65 anos são um grande problema nos hospitais alemães.

Tzeng e Yin (2008) estudaram as quedas associadas com a altura da cama numa área da clínica médica. A altura da cama foi maior nos finais de semana que nos dias da semana. Os resultados mostram que os enfermeiros consciente ou inconscientemente poderiam ter mantido altura da cama na posição mais elevada.

Kallstrand-Ericson e Hildingh (2009) estudaram as quedas dos pacientes relacionadas com o déficit visual e apontam que a maioria das quedas ocorreu entre as 24:00 e 6:00 hs. nos pacientes hospitalizados e vinculadas com o movimento e falta de assistência; os autores assinalam que o uso de cores fortes e contrastantes e boa iluminação devem ser providenciados, no período noturno, para idosos internados.

No estudo realizado por Hinno, Partanen e Vehvilaien-Julkunen (2011), nos hospitais da Holanda e Finlândia, as quedas dos pacientes foram associadas com os

índices paciente/enfermeiro nos dois países. No hospital finlandês os enfermeiros relataram a ocorrência de resultados adversos dos pacientes mais frequentemente.

Tzeng e Yin (2009) pesquisaram sobre o tempo de resposta dos enfermeiros à luz de chamada dos pacientes; os achados mostram que mais chamadas para assistência foram relacionadas com menos quedas dos pacientes.

Chen et al. (2010), na China, pesquisaram as características associadas às quedas em 438 idosos; 71,9% ocorreram no quarto dos pacientes, 18,9% no banheiro e as atividades mais comuns no momento de cair foram relacionadas à mobilidade/transferência 70,3%, indo ao banheiro/tomar banho (12,1%); o horário que apresentou pico para as quedas foi das 9:00 às 11:00hs.

Correa et al. (2012), no Brasil, desenvolveram um protocolo para o gerenciamento das quedas no hospital por um período de quatro anos (2005-2008), representando 284 quedas em 207,067 pacientes/dia; para o ano 2008 as quedas foram mais frequentes entre idosos nas unidades clínicas de maior complexidade, associadas com uso de medicamentos que alteram o sistema nervoso central ou com dificuldades na marcha. As autoras assinalam que as ações realizadas refletiram no índice de quedas e na caracterização dos eventos, o que permitiu encaminhar intervenções voltadas aos pacientes mais susceptíveis e melhorar as ações educacionais.

No México, os resultados do Sistema “VENCER” implementado para avaliar a segurança do paciente e desenvolvido no Instituto Mexicano do Seguro Social, no hospital de segundo porte e outro de especialidades, as quedas foram o principal EAs dentro de outros eventos como: trauma no momento do parto, complicações nos procedimentos, demora no tratamento, complicações cirúrgicas graves e efeitos graves dos medicamentos (AGUIRRE, 2008).

Neste contexto, as quedas ocorrem mais frequentemente nos idosos, no período da manhã e pela noite, principalmente no quarto do paciente e no banheiro, e também naqueles pacientes que se encontram sozinhos e com problemas de mobilidade e marcha, eliminação, com uso de medicamentos que afetam o sistema nervoso central e com alto índice de pacientes por enfermeiro.

Refletindo sobre essas evidências, observa-se que os idosos sofrem mais

quedas durante a internação; por exemplo, o horário de plantão pela manhã é bem mais movimentado: visita médica, intervenções de enfermagem, estudos, cirurgias, traslado para outras unidades, visita familiar. Os pacientes que conseguem deambular podem ir ao banheiro segundo a rotina da instituição ou para satisfazer as necessidades básicas de eliminação, e pela noite, a falta de iluminação, estados de confusão, déficits cognitivos ou até problemas na eliminação urinária, todas estas são situações que podem predispor as quedas. Além disso, quando o paciente encontra-se sozinho sem familiar e juntamente com o altos índices enfermeiro/paciente, tem mais risco de cair.

No ambiente doméstico o idoso que mora sozinho pode ir até o banheiro, conhece seu quarto, talvez consiga fazer suas atividades sem problemas e sem precisar de ajuda, mas no hospital, ele é exposto a situações mais complexas, ele está no quarto que não conhece, com soros, cateteres e sondas, drenos, que impedem a movimentação livre e segura. Quando os enfermeiros no plantão têm falta de recursos humanos ou sobrecarga de trabalho, os pacientes ficam mais expostos para EAs como as quedas.

Já outros estudos mostram ocorrência de quedas relacionadas com os medicamentos, como hipnóticos, narcóticos, ansiolíticos, hipotensores, diuréticos, anti-parkinsonianos (BARTLETT et al., 2009; CASHIN; YANG, 2011; FRELS et al., 2002; TANAKA et al., 2005)

O uso dos medicamentos contribui também para as quedas pelos efeitos terapêuticos ou adversos que eles podem ocasionar; o enfermeiro deve revisar no plano de cuidados os tipos de medicamentos que o paciente tem prescritos. Outra situação percebida no hospital é o uso de diuréticos que podem levar o paciente a acordar pela noite e contribuir para a queda, razão pela qual mudanças no horário na administração desse grupo de medicamentos podem ser feitas pelo o enfermeiro.

Na continuação são apresentados os fatores de risco para quedas, elemento importante que o enfermeiro tem que identificar e avaliar em todos os pacientes sob seu cuidado para implementar intervenções e prevenir a queda.

Oliver et al. (2004) fizeram uma revisão sistemática dos fatores de risco para quedas no hospital, os quais estavam relacionados com marcha instável, confusão

agitada, incontinência urinária/frequência, história de quedas, prescrição de medicamentos (especialmente sedantes e hipnóticos).

Boele et al. (2008) identificaram também fatores de risco para quedas em idosos como medicação, equilíbrio/mobilidade, hipotensão ortostática, medo de cair, alto risco de osteoporose, déficit visual e incontinência urinária.

No estudo de Salameh, Cassuto e Oiven (2008) identificaram em pacientes hospitalizados os fatores como antecedentes de quedas, condições médicas, mobilidade prejudicada e estado mental alterado.

Kraus et al. (2005) mostram outros fatores para quedas relacionados com marcha/equilíbrio, déficit e problemas nos membros inferiores, confusão, uso de sedantes/hipnóticos, medicamentos para diabetes, índice enfermeiro/paciente e nível de atividade.

As quedas como já foi observado representam um grande problema para a equipe de enfermagem, pois são EAs que desabonam a qualidade da assistência clínica prestada ao paciente e podem ser potencialmente evitadas. No momento de interagir com o paciente, o enfermeiro deve avaliar o próprio paciente e o meio ambiente e realizar as intervenções necessárias para que a permanência hospitalar seja dentro do clima de segurança e o mais possível livre de riscos ou EAs. As quedas no ambiente hospitalar estão relacionados tanto a fatores intrínsecos que correspondem ao paciente quanto a fatores extrínsecos que são aqueles relacionados com o meio ambiente.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para prevenir as quedas no ambiente hospitalar, o enfermeiro pode se apropriar de modelo científico e humanizado como o “Processo de Enfermagem” (PE) que fornece elementos necessários para prestar um cuidado centrado e seguro para o paciente.

Na primeira etapa, coleta de dados, o enfermeiro faz o exame físico e entrevista, avalia o risco para quedas com instrumentos confiáveis. Na segunda etapa elabora o diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas”, já na etapa três (planejamento), elabora o plano de cuidados para prevenir as quedas; na etapa quatro de implementação, executa as intervenções de enfermagem planejadas e na quinta etapa, avalia os resultados, onde se espera que o paciente não tenha sofrido a queda se o plano de cuidados foi eficiente.

Para documentar todo esse processo o enfermeiro pode fazer uso de linguagem padronizada, como as taxonomias NANDA-I/NIC, que são sistemas de classificação desenvolvidos e testados pelos enfermeiros para ser empregados nas diferentes áreas como assistência, pesquisa, ensino e gestão.

O estudo de Furaya et al. (2011), sobre os sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência, apresenta evidências na assistência de enfermagem. Foram feitas buscas nas bases de dados LILACS e Pub Med, sendo selecionados 38 artigos. Foram encontrados cinco artigos com os sistemas de classificação implementados nos serviços: diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem na Saúde Coletiva. Os artigos mostram abordagem relacionada com a implementação, avaliação, educação continuada e validação de termos relacionados com os sistemas de classificação.

Sampaio et al. (2011) assinalam que as classificações de enfermagem aplicadas ao cuidado revelam ser instrumentos eficazes para apontar soluções, unificar condutas e garantir resultados efetivos para o atendimento das necessidades do clientes.

3.1 Diagnóstico de enfermagem: Risco de quedas

O uso do processo de enfermagem e a aplicação da Taxonomia da NANDA-I na fase de diagnóstico têm sido reconhecidos como estrutura fundamental para a prática clínica por enfermeiros nos Estados Unidos de América (EUA), pela Associação Americana de Enfermagem (ANA) e também em outros países, através de suas associações (CARPENITO-MOYET, 2010).

A linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é útil para os enfermeiros expressarem e firmarem os problemas dos pacientes que estão sob sua responsabilidade e obterem indicadores para a avaliação dos resultados e intervenções que foram realizadas.

Os pacientes no hospital estão expostos a sofrer riscos derivados dos processos no sistema, dos recursos humanos e em decorrência de sua própria condição de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a).

Os enfermeiros são responsáveis pela identificação de indivíduos, famílias e comunidades em circunstâncias relacionadas ao risco, protegendo-os contra estes. Um diagnóstico de risco “descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulnerável. Está apoiado em fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade” (NANDA-I; 2010 p. 50). Este tipo de diagnóstico de enfermagem apóia o enfermeiro para identificação desses fatores e na tomada de decisões na escolha das melhores intervenções de enfermagem para ser implementadas no plano de cuidados para o controle do risco

O diagnóstico de Risco de quedas inclui fatores ambientais, cognitivos, medicamentos e etapas do desenvolvimento, como crianças ou adultos (NANDA-I; 2010 p. 343-4). É definido na taxonomia da NANDA-I como “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico” (NANDA-I; 2010, p.343). Encontra-se no domínio 11 que trata da Segurança/Proteção sendo da classe dois, lesão física, e possui os seguintes fatores de risco:

- *Ambientais*: ambiente com móveis e objetos em excesso, ausência de material antiderrapante na banheira, ausência de material antiderrapante no box do

chuveiro, condições climáticas (por exemplo: pisos molhados, gelo), imobilização, pouca iluminação, quarto não familiar, tapetes espalhados pelo chão (NANDA-I; 2010, p. 343).

- *Cognitivos*: estado mental rebaixado (NANDA-1; 2010, p. 343.).
- *Em adultos*: histórico de quedas, idade acima de 65 anos, morar sozinho, prótese de membro inferior, uso de cadeira de rodas, uso de dispositivos auxiliares, como o andador e a bengala (NANDA-I; 2010, p.343).
- *Em crianças*: ausência de equipamento de contenção em automóvel, ausência de portão em escadarias, ausência de proteção em janelas, bebê deixado sem vigilância em superfície elevada, a exemplo da cama ou da cômoda, cama localizada perto de janela, falta de supervisão dos pais, gênero masculino quando menor de 1 ano de idade, ser menor de dois anos de idade (NANDA-I; 2010, p.343).
- *Fisiológicos*: anemias, artrite, condições pós-operatórias, déficits proprioceptivos, diarreia, dificuldade na marcha, dificuldades auditivas, dificuldades visuais, doença vascular, equilíbrio prejudicado, falta de sono, força diminuída nas extremidades inferiores, hipotensão ortostática, incontinência, mobilidade física prejudicada, mudanças na taxa de açúcar após as refeições, neoplasias (fadiga/mobilidade limitada), neuropatia, presença de doença aguda, problemas nos pés, urgência, vertigem ao estender o pescoço, vertigem ao virar o pescoço (NANDA-I; 2010 p. 343-4).
- *Medicamentos*: Agentes ansiolíticos, agentes anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos, diuréticos, hipnóticos, narcóticos, tranquilizantes, uso de álcool (NANDA-I; 2010 p. 344).

Para identificar os fatores de risco desse diagnóstico de enfermagem é necessário que o enfermeiro desenvolva o pensamento crítico, que contempla habilidades cognitivas e hábitos da mente, à medida que aprende a diagnosticar (LUNNEY, 2011).

A lista dos indicadores dos fatores de risco para o diagnóstico Risco de quedas é complexo frente às respostas humanas. Além disso, envolve a interpretação

do comportamento humano no ciclo vital e das estruturas ambientais em que estão presentes. Portanto os enfermeiros precisam desenvolver habilidades na avaliação das condições clínicas do paciente para ser capazes de diferenciar prioridades no atendimento e no cuidado a ser prestado.

Para Carpenito-Moyet (2010), o diagnóstico de Risco de quedas representa um nível de complexidade pelo qual o enfermeiro, durante a sua formação acadêmica, se apropria para tomar decisões e progredir nas intervenções necessárias para, segundo Dochterman e Bulechek (2008) “iniciar atividades de redução do risco e manter a monitoração do risco durante certo tempo”.

Dada a incidência das quedas e o potencial para lesões ou até mesmo a morte de pacientes por este evento adverso (DICCINI; DE PINHO; OLIVEIRA, 2008; NASCIMENTO et al., 2008; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010a; NUCKOLS et al., 2007; KRAUS et al., 2005) é necessário que os enfermeiros da prática clínica, em especial aqueles que trabalham em hospitais, realizem avaliações específicas, para identificar o diagnóstico Risco de quedas. Ainda, devem reconhecer as pesquisas relacionadas à sua prática clínica que possam auxiliá-los na escolha de uma ou várias intervenções, assegurando um cuidado de qualidade. Trata-se de um diagnóstico de enfermagem fundamental para o qual os enfermeiros precisam tratar o paciente e envolver a família, pois o paciente irá exigir cuidados seguros e contínuos, no ambiente hospitalar e posteriormente no ambiente extra-hospitalar.

Uma vez que o diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas foi selecionado, o fator de risco deve ser vinculado às intervenções de enfermagem para alcançar o resultado desejado que é NÃO CAIR, evitando possíveis lesões. Identificar corretamente o fator de risco irá facilitar a seleção precisa da intervenção de enfermagem incluindo as melhores práticas das atividades para lidar com esse problema.

*4. CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM (NIC)*

A terminologia de enfermagem padronizada da Nursing Intervention Classification (NIC) permite descrever os tratamentos realizados pela equipe de enfermagem e determinada pelo enfermeiro (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

A NIC, como sistema de classificação de enfermagem, é muito útil na assistência clínica para documentar os cuidados, facilitar a comunicação entre a equipe de enfermagem, entre outros profissionais e também apoiar o desenvolvimento de parâmetros clínicos para uma prática científica; no ensino favorece o desenho curricular; na gestão clínica pode medir a produtividade e ajudar na tomada de decisões, facilitar o reembolso; na pesquisa contribui para o desenvolvimento e validação de novas intervenções (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.43).

A primeira publicação da NIC foi em 1992, traduzida em dez línguas e utilizada em muitos países (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). Novas edições a partir daí foram publicadas a cada quatro anos em 1996, 2000, 2004 e 2008.

A edição mais atual da NIC traduzida para o português e espanhol refere-se a quinta edição (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). O enfermeiro usa o raciocínio terapêutico para selecionar as melhores intervenções baseadas nas respostas humanas do indivíduo. A NIC é usada na terceira etapa do PE, na fase de planejamento, ocasião em que o profissional de enfermagem identifica as intervenções que utilizará e as respectivas atividades independentes ou em colaboração (que podem ser interdependentes ou dependentes), de cuidados direto ou indireto dos pacientes. (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p. 43).

As atividades de enfermagem são comportamentos ou ações específicas realizadas por enfermeiros para desenvolver uma intervenção e que ajudam os pacientes/clientes na obtenção dos resultados esperados (DOCHERTMAN; BULECHEK, 2008)

Define-se uma intervenção como “qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados obtidos pelo cliente/paciente” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p. 43).

As intervenções da NIC incluem os “aspectos fisiológicos (Controle Ácido-Básico) e psicossociais (Redução da Ansiedade). Estão incluídas intervenções para o tratamento de doenças (Controle da Hiperglicemia), para sua prevenção (Prevenção de

quedas) e para promoção da saúde (Promoção do Exercício). A maioria delas foi elaborada para uso com pacientes de forma individual, ainda que muitas estejam voltadas para a família (Promoção da Integridade Familiar) e, algumas para uso com comunidades inteiras (Controle do Ambiente: Comunidade). As intervenções de cuidado indireto (Controle de Suprimentos) também são parte da NIC. Cada intervenção aparece na Classificação com um título que a identifica, uma definição, um conjunto de atividades para executá-la e uma bibliografia de fundamentação” (DOCHERTMAN; BULECHEK, 2008; BULECHEK ; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A 4ª. Edição da NIC inclui 514 intervenções e mais de 12.000 atividades, assim os enfermeiros podem selecionar dentro de uma ampla quantidade de intervenções as que melhor respondam aos resultados que esperam alcançar nos pacientes.

As intervenções apresentadas na NIC têm um título da intervenção e uma definição que tem como regra que quando usadas não devem ser mudadas (DOCHERTMAN; BULECHEK, 2008, p 43). Estão agrupadas em sete domínios e 30 classes (Mc CLOSKEY; BULECHEK, 2004; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). A classificação apresenta os seguintes domínios: Fisiológico: Básico, Fisiológico: Complexo, Comportamental, Segurança, Família, Sistema de Saúde e Comunidade (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010)

Desta forma foram feitos apontamentos que ajudam a contextualizar a NIC na prática clínica do enfermeiro; em continuação, serão apresentadas as intervenções para o diagnóstico risco de quedas dentro da ligação NANDA-I/NIC.

4.1 Intervenções de Enfermagem para o risco de quedas

Os sistemas de classificação como a NANDA-I/NIC permitem ao enfermeiro fundamentar cientificamente o cuidado para os pacientes com Risco de quedas. Na NANDA –I o enfermeiro pode encontrar os fatores de risco e na NIC vai ter uma série de intervenções que ele pode selecionar para prevenir as quedas.

Para a presente pesquisa foi usada a quarta edição da NIC traduzida para o português (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008).

A NIC é composta por três níveis correspondentes na seguinte forma:

Nível 1: encontram-se os Domínios; *Nível 2:* estão as Classes e *Nível 3,* as Intervenções. Logo, o item Segurança encontra-se no Nível 1 - Domínio 4 sendo definido como “Cuidados que dão suporte à proteção contra danos” (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008 p. 161) composto pelas Classes Controle da Crise e Controle do Risco (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008).

As 25 intervenções da ligação NANDA-I/NIC para o diagnóstico Risco de quedas são descritas a seguir.

No **Domínio Segurança** na **Classe Controle do Risco** refere-se às “**intervenções para iniciar atividades de redução de risco e manter a monitoração de riscos durante certo tempo**” (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008 p.152). Encontram-se nessa Classe as intervenções para atender o Risco de quedas: Restrição de Área, Controle da Demência, Controle da Demência: Banho, Controle do Ambiente: Segurança, Prevenção de Quedas, Supervisão: Segurança, Monitoração dos Sinais Vitais (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008).

No **Domínio Fisiológico: Básico** definido como “**cuidados que dão suporte ao funcionamento físico**” (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008), encontram-se várias classes que têm intervenções para atender o Risco de quedas como: **Classe Controle da Atividade e do Exercício** com sua definição como “**intervenções para organizar ou auxiliar a atividade física e a conservação e o gasto de energia**” (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008 p.153). Neste domínio, as intervenções para o Risco de quedas são: Promoção da Mecânica Corporal, Promoção do Exercício, Promoção do Exercício: Treino para o Fortalecimento, Promoção do Exercício: Alongamento, Terapia com Exercícios: Controle Muscular, Terapia com Exercícios: Equilíbrio (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008); Classe a **Controle da Eliminação** é definida como “**intervenções para estabelecer e manter padrões regulares de eliminação intestinal e urinária e controlar complicações resultantes de padrões alterados**” (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008 p.153). As intervenções que estão listadas são: Controle da Eliminação Urinária e Assistência no Autocuidado: Uso do

Vaso Sanitário (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Outras intervenções ainda no mesmo Domínio **Fisiológico: Básico** encontram-se na Classe **Controle da Imobilidade** definida como “**intervenções para controlar a restrição de movimentos do corpo e suas sequelas**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.153), com as seguintes intervenções: Posicionamento, Posicionamento: Cadeira de Rodas, Assistência no Autocuidado: Transferência, Transporte, na Classe **Promoção do Conforto Físico**, definido como “**intervenções para promover conforto utilizando técnicas motoras**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.154), encontra-se a intervenção Controle da Dor. Ainda, no Domínio **Fisiológico: Básico**, na Classe **Facilitação do Autocuidado**, conceituada como as “**intervenções para proporcionar ou auxiliar nas atividades de rotina da vida diária**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.154) encontram-se as intervenções Controle da Demência Banho, Assistência no Autocuidado, Assistência no Autocuidado: Uso do vaso sanitário, Assistência no Autocuidado: Transferência (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

O Domínio **Fisiológico: Complexo** é definido como os “**cuidados que dão suporte à regulação homeostática**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.155) na Classe **Controle de Medicamentos** que são as “**intervenções para facilitar os efeitos desejados dos agentes farmacológicos**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.156), encontra-se a intervenção com o mesmo nome: Controle de Medicamentos. No mesmo domínio, na Classe **Controle Neurológico** constituído das “**intervenções para otimizar a função neurológica**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.156), encontra-se a intervenção precauções contra as convulsões (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Já no Domínio **Comportamental** definido como “**cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e facilitam mudanças no estilo de vida**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.159), está a Classe Educação do Paciente, definida como as “**intervenções para facilitar a aprendizagem**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.160) e contém as intervenções Ensino: Segurança do Bebê e Ensino: Segurança da Criança de 13-36 meses (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Assim, a proposta da NIC para atender o diagnóstico **Risco de quedas** é

constituída por Uma Intervenção Prioritária, 18 Intervenções Sugeridas e Seis Optativas. A intervenção prioritária corresponde à **Prevenção de QUEDAS** definida como **“instituição de precauções especiais a pacientes em risco de lesão decorrente de queda”** (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008 p.594).

O contínuo avanço do conhecimento requer que a Classificação das Intervenções seja revisada e atualizada para oferecer aos profissionais da enfermagem as melhores intervenções na atenção da saúde dos pacientes; é assim que a 5ª Edição da NIC apresenta novas intervenções adicionadas a 4ª. Edição como: transferência, transporte inter-hospitalar, transporte intra-hospitalar, ensino de segurança de bebê 0-3 meses, ensino de segurança de bebê 4-6 meses, ensino de segurança de bebê 7-9 meses, ensino de segurança de bebê 10-12 meses, segurança infantil 13-18 meses, segurança infantil 19-24 meses, segurança infantil 25-36 meses. Outras intervenções apresentam modificações substanciais de intervenções: assistência no autocuidado, assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário. Outras intervenções foram retiradas como ensino segurança da criança pequena, ensino segurança infantil. (BULECHECK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Poucos estudos têm sido desenvolvidos no uso das intervenções para o risco de quedas, um deles é o estudo de Leah et al. (2008), na implementação de programas e sistemas de vigilância, empregando a classificação da NIC para o diagnóstico Risco de quedas e sob o efeito da alta vigilância no custo hospitalar. O custo médio total hospitalar foi de U\$ 9.274 dólares para a amostra. A média de custo foi diferente ($p < 0.050$) dos pacientes que receberam vigilância alta versus vigilância baixa. Os resultados foram aplicados para determinar o custo da alta vigilância no custo total em comparação com a baixa vigilância.

Dochterman et al. (2005) pesquisaram as intervenções para 3 grupos de pacientes no hospital de cuidados agudos, segundo a NIC. O número de hospitalizações por cada amostra na análise foi de 1.435 na insuficiência cardíaca, 567 no grupo dos procedimentos da fratura de quadril e 1.756 no grupo de prevenção de quedas. Nos resultados, a média das intervenções pelo menos uma vez durante a hospitalização, oscilou entre 18 e 22 para as 3 amostras. Para o número total das hospitalizações de cada um dos grupos, as intervenções variaram desde 94 para os

procedimentos de fratura de quadril a 182 para a amostra de prevenção de quedas. Para estes autores os resultados indicam que o tipo de informação que resulta da análise dos dados reais da enfermagem clínica documentada com a linguagem NIC no sistema de informação e o conhecimento das intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica tem importantes implicações para o desenvolvimento pessoal e educação da enfermagem. Salientam que a informação também é útil para a tomada de decisões da equipe de enfermagem para os diferentes tipos de populações.

Diante de todo o anterior exposto neste momento da pesquisa o foco principal é analisar aplicabilidade das intervenções da NIC para o diagnóstico de enfermagem Risco de quedas através do mapeamento cruzado.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

- Analisar as atividades citadas pelos enfermeiros em relação a linguagem padronizada da NIC, por meio do mapeamento cruzado, para o diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas em pacientes adultos e idosos em situações clínicas.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar as características sociodemográficas dos enfermeiros
- Identificar as atividades que os enfermeiros realizam para os pacientes com diagnóstico Risco de quedas.
- Realizar o mapeamento comparativo das atividades citadas pelos enfermeiros para o diagnóstico Risco de quedas com as atividades propostas pela NIC e submetê-las à análise e ao refinamento pelos enfermeiros expertos.

6. MATERIAL E MÉTODO

6.1 Tipo de estudo

Para atender os objetivos propostos foi realizado um estudo descritivo que, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), têm por finalidade “observar, descrever e documentar os aspectos da situação”.

A opção metodológica para a realização deste estudo foi o mapeamento cruzado proposto por Delany e Moorhead (1997), considerando que este trabalho visa comparar as atividades citadas pelos enfermeiros com a linguagem padronizada da NIC, para o diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas em pacientes adultos e idosos internados em uma unidade de um hospital regional do México.

6.2 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê Local de Investigação em Saúde (CLIS) do HGR N^o1 do IMSS, na cidade de Querétaro, México.

6.3 Primeira Etapa

6.3.1 Campo de estudo

No México a atenção à saúde é basicamente prestada às pessoas em três grandes sistemas: pela Secretária de Salubridade e Assistência (SSA), pelo Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS) e Instituto de Serviço e Seguridade Social para os Trabalhadores (ISSSTE). Ressalta-se que também conta com a participação de instituições privadas. O local do estudo foi um hospital público de segundo porte do IMSS, no interior do Estado de Querétaro, México.

Este hospital atende exclusivamente as pessoas com direito à Seguridade Social. O estudo foi com os enfermeiros do quarto andar que corresponde à especialidade de Clínica Médica com capacidade de 40 leitos. Nessa unidade da

Clínica Médica há 10 enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem e um enfermeiro chefe de serviço, com contrato de trabalho de 40 horas semanais. O sistema de trabalho dos enfermeiros é o cuidado integral.

6.3.2 População

Constituída por enfermeiros que trabalham no Serviço de Clínica Médica do HGR Nº do 1 IMSS que proporciona o cuidado integral ao paciente adulto e idoso hospitalizado, utilizando para a assistência ao paciente e empregando nos registros em prontuários as taxonomias NANDA/NIC. Participaram da amostra 10 enfermeiros.

Os critérios da inclusão no estudo foram: ser enfermeiros, estar presente no momento da coleta dos dados, não estar de licença médica e contar com tempo de trabalho na instituição acima de seis meses.

6.3.3 Aspectos éticos

Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) preenchido em duas vias, sendo uma para os sujeitos participantes do estudo e a outra para a pesquisadora. Para preservar a identidade, os enfermeiros que participaram foram identificados com um código.

6.3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados dessa fase foram aplicados dois instrumentos (parte 1 e parte 2) referidos no Apêndice B, construídos pela pesquisadora e adaptados do utilizado por Napoleão (2005) e Cyrillo (2009). O apêndice B, na primeira parte, é composto pela caracterização dos sujeitos por meio dos dados de identificação, idade, sexo, turno de plantão, tempo de serviço, e outras variáveis relacionadas ao uso das taxonomias NANDA/NIC e cursos de educação contínua para o uso dessas taxonomias e conhecer além se o enfermeiro tinha desenvolvido algum trabalho científico com o

Risco de quedas. Este instrumento foi autoaplicável pelo enfermeiro sujeito do estudo.

A segunda parte do Apêndice B contém o outro instrumento (parte 2) configurado na forma de quadro contendo apenas uma coluna. O preenchimento desse instrumento foi feito pela pesquisadora, no momento em que esta solicitava individualmente para cada enfermeiro que falasse quais eram as atividades/ações que desenvolviam junto aos pacientes que estes apresentavam Risco de queda.

6.3.5 Procedimento da primeira etapa

Os dados dessa primeira etapa foram realizados no mês de março e abril do ano 2010 no serviço e horário de trabalho dos enfermeiros pela manhã, tarde e noite, de segunda a domingo. O tempo para cada entrevista foi de aproximadamente sessenta minutos.

6.4 Segunda etapa

6.4.1 Mapeamento

Nessa etapa foi realizada a comparação das atividades de enfermagem indicadas pelos enfermeiros, sujeitos de estudo, para o diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas” com as atividades propostas pela NIC (2008), versão em português, das ligações NANDA-I/NIC. Foi realizado o mapeamento em setembro de 2011.

Assim foram comparadas as atividades indicadas pelos enfermeiros com as seguintes intervenções da linguagem padronizada NIC (2008), descritas a seguir:

- Assistência no AUTOCUIDADO uso do vaso sanitário
- Assistência no AUTOCUIDADO: transferência
- Controle da DEMÊNCIA
- Controle da DEMÊNCIA banho
- Controle da eliminação URINARIA
- Controle de MEDICAMENTOS

- Monitoração de SINAIS VITAIS
- POSICIONAMENTO
- POSICIONAMENTO cadeira de rodas
- Precauções contra CONVULSÕES
- Prevenção de QUEDAS
- Promoção da MECÂNICA corporal
- Restrição de ÁREA
- Terapia com EXERCÍCIOS: controle muscular
- Terapia com EXERCÍCIOS: equilíbrio
- TRANSPORTE
- Assistência no AUTOCUIDADO
- Controle da DOR
- Promoção do EXERCÍCIO
- Promoção do EXERCÍCIO: alongamento
- Promoção do EXERCÍCIO: treino para o fortalecimento
- SUPERVISÃO: segurança
- CONTENÇÃO física
- Identificação de RISCO

6.4.2 Instrumento para o Mapeamento

Para organizar as atividades elencadas pelos enfermeiros foi elaborado um instrumento contendo em sua parte superior as intervenções propostas pela NIC (2008), a definição correspondente para cada intervenção e o diagnóstico Risco de quedas com sua definição. ainda, a seguir, dispostas em forma de coluna, estavam arroladas as atividades propostas para intervenção e em uma outra coluna paralela, espaço para inserir as atividades identificadas como correspondentes.

Este instrumento foi adaptado do empregado por Cyrillo, 2009 (Anexo A) .

6.4.3 Procedimento de Mapeamento

O termo mapear foi definido como “confrontar e expressar o significado de palavra igual ou semelhante às utilizadas na classificação de intervenções de enfermagem” (LUCENA; BARROS, 2005). O mapeamento é um método desenvolvido para comparar dados de enfermagem, não padronizado com a linguagem da NIC.

Para realização deste mapeamento, foi utilizado o processo proposto por Delaney e Moorhead (1997), seguindo-se as regras:

1. Mapear usando o contexto do diagnóstico de enfermagem, ou seja, para cada ação de enfermagem selecionou-se uma intervenção da NIC, baseada no conhecimento do diagnóstico de enfermagem.
2. Mapear o “significado” das palavras, não apenas as palavras.
3. Usar a “palavra-chave” na intervenção, para mapear a intervenção da NIC. O uso da taxonomia é particularmente útil, quando uma intervenção específica não parece óbvia. As 514 intervenções similares são agrupadas entre 30 classes da classificação e, dentre os sete níveis mais altos do domínio (nível mais abstrato). Para pessoas não muito familiarizadas com a NIC, esta regra será particularmente útil.
4. Usar os verbos como “palavras-chave” na intervenção. Os verbos, por muitas vezes, descrevem a ação de enfermagem. Os mais comuns no plano de cuidados são ensinar, encorajar, observar, comunicar, ordenar e documentar. Estes são pistas críticas para a seleção de uma intervenção particular da NIC e, importantes para identificar o potencial da intervenção e, freqüentemente cruzado com atividades específicas encontram-se como componente de intervenção.
5. Mapear a intervenção partindo do rótulo da intervenção NIC para atividade.
6. Manter a consistência entre a intervenção da NIC se foi o tratamento apropriado para o diagnóstico.
7. Usar rótulo da intervenção NIC mais específico.
8. Mapear o verbo “avaliar” para as atividades “monitorar” da NIC. Os autores definiram este verbo como uma fase separada do processo da enfermagem,

ocorrendo a priorização do planejamento e intervenção. Por esta razão, na classificação o verbo “monitorar” foi substituído por “avaliar” que é muito utilizado na avaliação das intervenções da NIC.

9. Mapear o verbo “traçar” gráfico para atividade documentação. O verbo “documentar” é o cerne da atividade para documentação. Ações indiretas são aquelas realizadas sob autorização do paciente, e não com ele em seu leito. Assim, com a classificação das intervenções desenvolvidas, a importância deste tipo de atividade tornou-se mais evidente.
10. Mapear o verbo “ensinar” para intervenção atividade/ensino, quando o enfoque principal for sobre o ensino. Do ponto de vista conceitual, enquanto o tema ação de enfermagem for a experiência formal de ensino, a qual é consistente com a intervenção da NIC ensino, esta deverá ser utilizada.
11. Mapear o verbo “ensinar” para o rótulo da intervenção NIC específica, quando o ensino for menos intenso ou relacionado com outra atividade na ordem/intervenção geral. Se o ensino for relatado de modo formal e outra intervenção mais geral for citada, é o rótulo desta intervenção que deverá ser usado.
12. Mapear o verbo “ordenar” para intervenção “manejo do suprimento”. Este verbo é básico nas ações de enfermagem na intervenção direta chamada “gerenciamento de suprimento” necessário ao cuidado.
13. Mapear as intervenções que têm dois ou mais verbos para duas ou mais intervenções NIC correspondentes. Um exemplo deste caso é a identificação nos planos de cuidados, citando ações como “avaliar/documentar” alterações da mobilidade. O verbo “avaliar” é facilmente mapeado nas intervenções da NIC como observação, enquanto o verbo “documentar” representa na NIC a intervenção documentação.

Nesta etapa, a pesquisadora listou as atividades indicadas pelos enfermeiros como as empregadas para resolução do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas. A seguir, foi realizada a leitura das descrições das intervenções e das atividades alocadas da NIC (2008), versão em português e, após, foi agregada cada

atividade/ação indicada pelos enfermeiros para a intervenção selecionada. Finalmente, a pesquisadora fez outra leitura das atividades indicadas pelos enfermeiros, procurando esclarecimentos em livros de textos de Fundamentos da Enfermagem, além de artigos, e também naqueles relacionados à temática.

6.5 Terceira Etapa

6.5.1 Refinamento por Expertos

Nessa etapa, foi realizada a revisão e refinamento do mapeamento comparativo por enfermeiros expertos brasileiros. Foram identificados por meio de grupo de pesquisa “Enfermagem e Comunicação” da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP, Brasil, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Optou-se pela escolha desses expertos porque no México o uso das taxonomias é recentemente empregado no ensino, pesquisa e assistência; ainda, pelo fato de pesquisadores deste grupo já terem empregado tal método em seus estudos, com sucesso.

6.5.2 Classificação dos Expertos

Os enfermeiros expertos para o mapeamento foram escolhidos para este estudo de acordo com a fundamentação do princípio utilizado por Levin (2001), e Dochterman e Bulechek (2008), “... o enfermeiro da especialidade é capaz de definir a natureza das intervenções de sua área de atuação”.

Com base na afirmação de Levin (2001) e Dochterman e Bulechek (2008), foram escolhidos três expertos com experiência no Processo de Enfermagem, com domínio da taxonomia da NIC e do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas, e com disponibilidade para colaborar na análise do mapeamento.

O grupo de expertos foi composto por três enfermeiros, dos quais dois tinham ampla trajetória no uso do PE e das taxonomias além do domínio na temática do risco de quedas. Dois tinham título de doutor e um de mestre, sendo este último aluno de

doutoramento no momento do estudo com o título da tese na mesma temática do risco de quedas e uso da NIC.

Foi construído um instrumento (Anexo B), para conhecer as características sociodemográficas e de experiência profissional dos expertos, adaptado de Cyrillo (2009).

Para a escolha dos expertos foi aplicado os critérios propostos por Fehring (1994) utilizando uma adaptação desse modelo também mencionados nos estudos de Cyrillo (2009), Matos (2009), Melo (2004), Napoleão (2005) e Pillegi (2007). Esses critérios são assim descritos: possuir grau de mestre em enfermagem, versando sobre diagnósticos de enfermagem de interesse; ter publicação de pesquisa, versando sobre diagnósticos relevantes para área; ter publicação de artigos sobre diagnósticos em revista de referência; ter prática clínica de, no mínimo, um ano na área do diagnóstico de interesse e possuir certificado de prática clínica no diagnóstico de interesse.

6.5.3 Aspectos Éticos

Os enfermeiros expertos foram convidados a participar e explicou-se como ia ser o processo de mapeamento e a sua participação na pesquisa. Com o aceite em participar do estudo foram enviados os instrumentos no formato eletrônico, incluindo-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e solicitado que fosse preenchido, assinalado e reenviado eletronicamente para a pesquisadora (uma via devolvida, devendo outra ficar de posse do enfermeiro) previamente ao início da etapa de mapeamento.

6.5.4 Instrumento para Refinamento das Atividades

O instrumento utilizado nessa etapa do estudo (Anexo C) é composto por três colunas, uma contendo as atividades referidas pelos enfermeiros, na primeira etapa do estudo e mapeadas pela pesquisadora, na segunda coluna disposta paralelamente e à frente, como correspondente, com as atividades da NIC para cada uma das intervenções propostas e outra coluna paralela à segunda, contendo, um espaço em

branco para observações dos enfermeiros expertos segundo seu julgamento. A estrutura desse instrumento foi adaptada do estudo de Cyrillo (2009) e do utilizado por Napoleão (2005).

6.5.5 Procedimento do mapeamento pelos expertos

Os enfermeiros expertos receberam pelo correio eletrônico uma mensagem convidando a participar da pesquisa. Após a confirmação do aceite à pesquisadora foram reenviados três arquivos anexos à mensagem: o primeiro arquivo com uma carta convite, descrição do procedimento para a validação do mapeamento cruzado das intervenções de enfermagem realizado pela pesquisadora; o segundo arquivo continha o TLCE; o terceiro e último arquivo continha os instrumentos do mapeamento cruzado das intervenções e atividades da pesquisa para serem preenchidos pelos expertos.

Os expertos foram orientados a fazer uma leitura geral do título do diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas” e das intervenções e suas definições, para depois lerem as atividades que as compunham. Foram orientados a realizar, a seguir, a leitura do instrumento mapeado e anotar suas dúvidas, e por fim, fazer suas anotações no espaço ao lado de cada atividade e a destacarem, riscando com caneta para marcar texto, ou lápis, caso discordassem da atividade como correspondente da(s) atividade(s) da NIC, mapeadas pela pesquisadora.

Foi solicitado que nesse espaço livre fosse escrito em qual intervenção eles julgavam adequado que aquela atividade fosse alocada. Caso discordassem ou considerassem outra intervenção listada na NIC, e não listada no instrumento, era solicitado que a nova intervenção fosse descrita e adicionada nesta coluna. Esse processo, realizado pelos expertos, é denominado revisão e refinamento do mapeamento cruzado.

6.5.6. Análise dos dados

No gerenciamento dos dados foi empregada estatística descritiva, frequências simples, porcentagens e medidas de tendência central para as três etapas do estudo.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Características sociodemográficas dos enfermeiros sujeitos

Para dar resposta ao primeiro objetivo específico estão apresentados os resultados e discussão das características sociodemográficas dos sujeitos de estudo. O total de sujeitos foi constituído por 10 enfermeiros, predominantemente do sexo feminino (90%), com idade entre 31 e 40 anos. Esses dados são similares aos obtidos no estudo de Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006) e por Ramirez et al. (2007).

A jornada de trabalho é de 40 horas semanais e os enfermeiros são fixos nos plantões da manhã, tarde e noite. O tempo de experiência profissional na enfermagem variou de menos do que cinco anos a mais de 16 anos (média de 7.5 anos). Observa-se nesse contexto de trabalho que o grupo de enfermeiros, na sua maioria, apresenta menos de cinco anos de prática clínica. Estudo realizado por Ledesma e Mendes (2009), aponta que o “desenvolvimento do processo de enfermagem no México teve como referência o trabalho da Associação Nacional de Enfermagem nos anos 70”, com o propósito de reunir a categoria de enfermeiros para refletirem e deliberarem estratégias sobre os novos cenários da ciência de enfermagem e mudanças da profissão.

Em relação ao uso das taxonomias NANDA-I / NIC, todos os enfermeiros (100%) mencionaram que já utilizam na assistência diária, mas que nunca realizaram trabalho científico para publicação. O uso das taxonomias NANDA-I / NIC, como linguagem padronizada, foram usadas no ano 2004 com a implementação do novo formato de registros clínicos, terapêutica e tratamento elaborados no ano 2004 no Hospital Geral Regional N^o1 do Instituto Mexicano do Seguro Social, na cidade de Querétaro, previa uma capacitação da equipe de enfermagem a nível operacional pelos enfermeiros. Assim começa uma etapa de transição no trabalho assistencial, ao propor a utilização do PE como uma ferramenta metodológica para a assistência ao paciente.

A Comissão Permanente de Enfermagem propõe perfis para serem adotados nas instituições, apresentados em cinco níveis; no nível quatro se menciona que é competência do enfermeiro desenvolver atividades de pesquisa, (COMISSÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM, 2005), atividade que ainda não é muito desenvolvida no ambiente hospitalar pelos enfermeiros.

O México tem discretos avanços quanto à formação de profissionais na enfermagem, uma das causas pode ser que somente recentemente foi reconhecida como profissão por uma das maiores instituições de saúde como a Secretaria de Saúde (RUBIO, 2010), faltando ainda tal reconhecimento por algumas outras instituições, como a que contem o hospital onde foi feita a pesquisa. Essa situação pode ser um dos fatores de desmotivação dos enfermeiros para realizar pesquisa.

7.2 Distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como as realizadas junto aos pacientes com Risco de quedas na Clínica Médica do IMSS no Hospital Geral Regional No. 1 do IMSS, na cidade de Querétaro, Qto., México

Nessa etapa do estudo e para dar resposta ao segundo objetivo, estão descritas as atividades que os enfermeiros mencionaram que realizam junto aos pacientes adultos e idosos internados na Unidade de Clínica Médica, quando estes apresentam o diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas”. Para listar essas atividades, os enfermeiros procuraram lembrar-se das ações que realizam em seu cotidiano, ao assistirem os pacientes nessa unidade e, tal método recordatório pode ter interferido na frequência de expressão das atividades arroladas por eles.

Os 10 enfermeiros que participaram do estudo indicaram 173 atividades/ações, sendo 123 para a natureza de atividades independentes, 11 atividades dependentes e 39 com foco nos protocolos estabelecidos pela referida instituição (Quadro 1).

Essas atividades/ações citadas pelos enfermeiros representam o cuidado que proporcionam ao paciente, cotidianamente, em face do diagnóstico Risco de quedas. Evidencia-se no conjunto de atividades citadas e nas frequências das mesmas um agir que pode incluir atividades do cuidado básico até o cuidado mais complexo.

Quadro 1 - Atividades indicadas pelos enfermeiros como as realizadas com pacientes internados com diagnóstico de Risco de quedas em uma unidade de Clínica Médica do Hospital Geral Regional No. 1 do IMSS. Querétaro, Qro. México 2012.

ATIVIDADES INDEPENDENTES (numero do participante)*	Fr
Ajudar o paciente a mobilizar-se (02)	1
Ajudar o paciente a se levantar (02)	1
Anotar os sinais vitais nos registros de enfermagem (04)	1
Apertar bem os sapatos (03)	1
Aplicar a regra de administração de medicamentos, via, horário, paciente certo (08)	1
Avaliar a altura da cama (01)	1
Avaliar a área física (01)	1
Avaliar a força do paciente para movimentar-se (02)	1
Avaliar a quantidade de contenção necessária 2 ou 4 membros (02)	1
Avaliar as drogas que podem alterar o estado mental do paciente (09)	1
Avaliar o estado de consciência (04)	1
Avaliar o estado neurológico (01)	1
Avaliar o grau de desorientação com questões tais como nome, idade, onde está (05)	1
Avaliar o risco para o uso de dispositivos de ajuda (09)PE	1
Colocar a escadinha embaixo da cama (01) PE	1
Colocar os pés do paciente no descanso pés (07) PE	1
Colocar freio na cadeira para mobilizar o paciente (07) PE	1
Colocar os pés no apoio dos pés para evitar lesões (08) PE	1
Colocar os pés no apoio para os pés (09) PE	1
Comparar os dados anteriores dos sinais vitais com os atuais (05) PE	1
Conter fisicamente se o paciente o requer e por prescrição médica (01) PE	1
Controlar os sinais vitais, monitoramento da frequência cardíaca, TA (09) PE	1
Cuidar da individualidade do paciente (08)	1
Cuidar da visita da família para que não seja muito rápido, evitando confundir ainda mais o paciente (08)	1
Determinar o nível de contenção, conforme necessário, de 2 ou 4 extremidades (10)	1
Ensinar alguma técnica de relaxamento (04)	1
Ensinar aos familiares exercícios ativos e passivos em pacientes com imobilidade (05)	1
Ensinar o paciente e família, exercícios ativos e passivos para os pacientes acamados (04)	1
Ensinar o uso de dispositivos de apoio, tais como andador, bengala (09)	1

continua...

Evitar lesão ao paciente durante a crise (08)	1
Evitar colocar objetos próximos que possam prejudicar o paciente (09)	1
Executar contenção física, em caso de prescrição médica (06)	1
Fazer massagem durante a mudança de posição (10)	1
Fazer perguntas para saber onde estão, quem são, se estão orientados (02)	1
Fixar as contenções na base da cama (04), (07)	2
Fixar as contenções na parte baixa, na base do leito (02)	1
Indicar o paciente que as costas devem ir até o respaldo da cadeira (09)	1
Indicar o paciente que fique sentado com as costas no respaldo da cadeira (07)	1
Informar a enfermeira quando o paciente tiver sintomas prodrômicos, (03)	1
Informar ao paciente que use corrimão no banheiro (01)	1
Informar o paciente como fazer sua higiene genital (09)	1
Informar o paciente e família o medicamento que é, e para que é (05)	1
Informar o paciente e família qual é o medicamento e para o que é (10)	1
Informar o paciente e família sobre os efeitos dos medicamentos (04)	1
Informar o paciente e familiar os efeitos de medicação administrada (02)	1
Informar o paciente e familiares para que alertem a enfermeira se o paciente tiver alguma alteração com o uso da medicação (04)	1
Informar o paciente e sua família o procedimento de contenção física (04)	1
Informar o paciente qual a medicação e para o que é (03)	1
Informar o paciente que fale para a enfermeira caso apresente sintomas prodrômicos de convulsões (09)	1
Informar onde ele está se o paciente está desorientado, (09)	1
Informar os efeitos colaterais dos medicamentos (08)	1
Informar sobre o medicamento que é administrado e para o que é (07)	1
Interrogar se a dor está presente (10)	1
Manter a oxigenação e posição semi-fowler (08)	1
Mobilizar o paciente usando a técnica de rolar troncos, quando necessário (01)	1
Monitorar a frequência cardíaca e TA (10)	1
Monitorar o estado de consciência (07), (08)	2
Monitorar o estado neurológico (01)	1
Monitorar o nível de consciência, quando se administra relaxante (07)	1
Mover o paciente usando lençóis clínicos (01)	1
Monitorar que o paciente não tenha alterações na área de contenção física (06)	1

continua...

Observar a contenção física para evitar dano na pele do paciente (03)	1
Observar a presença de danos físicos (04)	1
Observar a presença de uma reação alérgica (05)	1
Observar as mudanças nos sinais vitais e informar o médico (10)	1
Observar o ambiente para identificar os riscos (10)	1
Observar o ambiente para retirar objetos que possam ferir-lo (03)	1
Observar o local da contenção para que não apresente lesões (05)	1
Observar os efeitos terapêuticos dos medicamentos (01)	1
Observar que a veia esteja permeável (04) (07) (08)	3
Observar que as contenções não estão muito apertadas para evitar lesões (07)	1
Observar que as contenções não interfiram nos tubos, drenos, cateteres, etc (08)	1
Observar que o paciente não seja danificado pelas contenções (04)	1
Observar que os membros inferiores e superiores tenham mobilidade (01)	1
Observar se os pisos não estão molhados ou escorregadios (03)	1
Observar a pele do paciente na troca de posição (07)	1
Observar se há uma mobilidade adequada dos membros (09)	1
Orientar idoso para autocuidado na alimentação (01)	1
Pedir a ajuda da enfermagem para segurar o paciente quando necessário (10)	1
Perguntar a capacidade para se mover, se não há fraqueza muscular (03)	1
Perguntar a idade do paciente, onde está, mês e ano, como se chama (07)	1
Perguntar ao paciente sobre o tipo de dor (05)	1
Perguntar ao paciente, como se chama, onde ele mora, onde trabalha (04)	1
Perguntar se tem alergia a qualquer medicamento (06) (10) (09)	3
Perguntar ao paciente o seu nome, dia, para ver se está orientado (10)	1
Perguntar que dia é hoje, onde ele está se sabe quem é, quem o acompanha em pacientes com transtorno mental (09)	1
Perguntar sobre o histórico de alergia (08)	1
Por os freios da cadeira para transportar o paciente da cama para a cadeira (10)	1
Por os freios na cadeira para mover os pacientes (09)	1
Proteger a pele do paciente para evitar danos (08)	1
Recomendar exercícios ativos e passivos das extremidades em pacientes acamados (04)	1
Recomendar exercícios ativos e passivos na cama (08)	1
Recomendar o uso de um creme hidratante (05)	1
Remover do entorno tudo o que pode causar danos ao paciente (08)	1

continua...

Remover os objetos que possam causar dano (01)	1
Remover todas as coisas que possam causar dano ao paciente (10)	1
Remover tudo que possa causar danos ao paciente (05)	1
Remover tudo que possa causar danos e impeça de agir rapidamente (08)	1
Reposicionar as contenções de modo a não ferir a pele (05)	1
Retirar a contenção física de acordo com a tolerância do paciente (03)	1
Retirar as contenções de acordo com a evolução dos pacientes (04)	1
Retirar as contenções de acordo com o nível de consciência do paciente (08)	1
Segurar as extremidades, observando para não ferir a pele do paciente (08)	1
Segurar o paciente agitado ou confuso, com a autorização da família (08)	1
Segurar o paciente que está inquieto (02)	1
Segurar o paciente se ele estiver muito agitado (07)	1
Sugerir calçado seguro para evitar quedas (02)	1
Sugerir exercícios ativos e passivos em membros superiores e inferiores (06)	1
Usar a luz da sala para evitar quedas a noite (07)	1
Usar a regra de ouro para administrar os medicamentos(01)	1
Verificar a funcionalidade da cadeira (02)	1
Verificar a funcionalidade da cadeira de rodas (08)	1
Verificar a presença de lesões na área de contenção (02)	1
Verificar a pressão arterial antes da administração de medicamentos (04)	1
Verificar as condições da cadeira (10)	1
Verificar se é o tratamento certo, a dose, o paciente, a via (04)	1
Verificar os sinais vitais (03)	1
Verificar se o chão não este molhado o escorregadio (01)	1
Verificar se os fixadores não estão apertados, para que o paciente tenha mobilidade (10)	1
Verificar o estado de consciência (03)	1
Verificar se a cadeira funciona (03)	1
Vigilância constante (07)	1
Vigilância continua (01)	1
ATIVIDADES DEPENDENTES	
Administrar analgésico em caso de dor (09)	1
Administrar analgésicos se o paciente tiver dor (04)	1
Administrar medicação relaxante em pacientes com ansiedade ou agitação psicomotora (06)	1

continua...

Administrar medicamento relaxante em caso de agitação (08)	1
Administrar medicamentos de prescrição ou S/N (02)	1
Administrar medicamentos por prescrição médica (01)	1
Segurar o paciente por prescrição médica (07)	1
Solicitar ao paciente, quando necessário, uma amostra da urina para descartar infecção urinária (08)	1
Usar cama com grades (01) (03) (04)	3
Usar cama com grades em pacientes inquietos e desorientados (07)	1
Utilizar cama com grades (02)	1
ATIVIDADES POR PROTOCOLO	
Avaliar o risco pela Escala de Newman (02)	1
Classificar o nível de risco com escala de Newman (08)	1
Colocar almofadas para prevenir úlceras (10)	1
Colocar almofadas para proteger proeminências ósseas (07)	1
Fazer mudanças de posição a cada duas horas (09)	1
Higiene dos genitais em pacientes com sonda vesical (04)	1
Identificar o Risco com escala (07)	1
Identificar o risco de quedas (09)	1
Identificar o risco de quedas com a escala de Newman (05)	1
Identificar pacientes com risco de queda por meio de escala (10)	1
Informar o familiar sobre as medidas de segurança (10)	1
Informar o paciente e familiar sobre as medidas de segurança em pacientes suscetíveis às quedas (06)	1
Informar o paciente e familiares sobre os riscos que podem existir caso o paciente tenha uma queda (08)	1
Informar a família e paciente freqüentemente sobre os riscos da infra-estrutura como camas sem grades, altura da cama (05)	1
Informar o paciente sobre as medidas de segurança para evitar quedas (04)	1
Informar o paciente sobre os dados de infecção urinária (04)	1
Informar sobre os dados de infecção urinária (10)	1
Mobilizar o paciente de acordo com o relógio (10)	1
Mobilizar o paciente deitado com horário (04)	1
Monitorar características da urina (09)	1
Monitorar os sinais vitais (04), (05) (07) (08)	4
Monitorar os sinais vitais, FC (06)	1

continua...

Monitorar se não há nenhuma evidência de infecção no local de inserção do cateter urinário (09)	1
Movimentar o paciente para evitar lesões de pele (02)	1
Mudar posição a cada 2 horas (05) (06)	2
Mudar de posição freqüente nos pacientes acamados (02)	1
Mudar a posição freqüente para evitar úlceras (08)	1
Observar as características da urina (03)	1
Observar as características da urina de (10)	1
Orientar o familiar sobre o risco de quedas (10)	1
Orientar o paciente e família para evitar queda (09)	1
Perguntar se não há dados de infecção (06)	1
Proteger saliências ósseas (04)	1
Usar a escala de Newman (03)	1
Usar a escala de Newman para medir o risco (04)	1
Recomendar o uso de almofadas para proteger as saliências ósseas (06)	1
Usar almofadas para proteger as saliências ósseas (05)	1
Usar proteção para as saliências ósseas (09)	1
Verificar as características da urina (06)	1

conclusão.

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

O diagnóstico de Risco de quedas identificado em pacientes adultos e idosos internados no hospital é importante para direcionar as melhores e mais importantes intervenções de enfermagem para não permitir que ocorram quedas.

Compreender essas intervenções científicas do cuidado pode vencer as taxas nos hospitais desse evento adverso que muitas vezes causa lesões irreparáveis até a morte do paciente (GAITAN et al., 2008; NUCKOLS et al., 2007; VRIES et al., 2008).

Os pacientes que são vulneráveis para a presença de quedas poderão se beneficiar de cuidados prescritos e padronizados da enfermagem porque haverá uma tomada de decisões terapêuticas sustentadas no cuidado individualizado e humanizado.

Ao classificar as atividades/ações que os enfermeiros realizam na prática clínica observa-se que a maioria são atividades **independentes**, um total de 123, o que

mostra autonomia, conhecimento, habilidades e o agir baseado no raciocínio científico relacionado ao diagnóstico de enfermagem.

Para Dochterman e Bulechek (2008), essas ações independentes são comportamentos dos enfermeiros em busca de resultados favoráveis, que implicam em proteger o paciente de queda, ou seja, visam alterar ou eliminar os fatores de risco para o diagnóstico de Risco de quedas.

Nota-se também que apenas algumas atividades foram comuns na apresentação da linguagem, para alguns enfermeiros como, por exemplo: “Monitorar o estado de consciência”, “Observar que a veia esteja permeável” e “Perguntar se tem alergia a qualquer medicamento”. Quando uma ação está organizada na prática clínica do enfermeiro, no seu cotidiano, elas são transmitidas nas suas lembranças com a intenção, muitas vezes, de assegurar comportamentos necessários na prestação do cuidado de uma forma generalizada.

Todas as 11 atividades que os enfermeiros descreveram como **dependentes** estão relacionadas essencialmente a um tratamento médico ou a uma ordem médica. As ações dessa natureza demandam “um diagnóstico médico, mas executadas por um enfermeiro e, em resposta a uma prescrição médica” (DOCHTERMAN; BULECHECK, 2008; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Vários estudos foram conduzidos em diferentes países e em diferentes situações de internação hospitalar, para analisar o uso de medicamentos prescritos pelos médicos e associados como fator de risco para queda ou com a ocorrência de quedas, em ambientes hospitalares (CASHIN; YANG, 2011; KRAUS et al., 2005; SHUTO et al., 2010; TANAKA et al., 2008).

As atividades descritas pelos enfermeiros relacionadas às medicações foram explicitadas quanto à informação que uma determinada droga que está sendo administrada no paciente pode vir a ser um fator causal para quedas. No estudo de Cashin e Yang (2011), 81 medicamentos estão relacionados com o risco aumentado de quedas e muitos desses medicamentos estão associados a quedas, no hospital. Os enfermeiros sujeitos desse estudo não mencionaram qual medicação poderia potencializar o risco de quedas de um paciente, por meio do reconhecimento da prescrição médica. Assim, entendeu-se a necessidade de capacitar esses profissionais

para a identificação de medicamentos que podem contribuir para quedas de pacientes no ambiente hospitalar.

Uma característica relacionada pelos enfermeiros, considerada **dependente**, foi ‘Usar cama com grades’. A inclusão dessa ação por apenas três enfermeiros nessa dimensão de prática reflete um comportamento, a princípio, sustentado na relação de dependência de recursos e materiais insuficientes na instituição. Sugere que o hospital ainda não se preparou para adequar os leitos hospitalares e proporcionar segurança por meio das grades nas camas dos pacientes.

As concepções do planejamento da assistência de enfermagem voltadas para as instalações físicas, para os materiais e para os equipamentos do ambiente do paciente devem ser embasadas nas evidências científicas e promover a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Algumas pesquisas foram realizadas para analisar o *desing* da cama e altura das grades do leito dos pacientes, que podem prevenir ou potencializar a queda em ambiente hospitalar (TZENG; YIN, 2006; TZENG; YIN, 2008).

Embora os enfermeiros estejam se preocupando com o posicionamento das grades no leito do paciente, para evitar a queda, os esforços ainda são insuficientes e necessitam, portanto, de empreender ações de suporte que sejam efetivos para o cuidado no que se refere a este tipo de equipamento.

Os enfermeiros que de fato reconheceram a importância da usar as grades do leito para prevenir a queda do paciente da cama, no ambiente hospitalar, relacionam este dispositivo como segurança do paciente.

Ainda que os enfermeiros tenham experiências em um número limitado de intervenções que refletem a segurança do paciente no leito hospitalar, a Classificação das Intervenções de Enfermagem da NIC abrange um vasto campo de ações e atividades que necessitam ser investigadas, validadas e padronizadas pelos enfermeiros.

Quanto às atividades **protocoladas** estão aquelas num total de 39 relacionadas com os indicadores de segurança do paciente, que foram implementadas no hospital e são desenvolvidas pelos enfermeiros.

Alguns enfermeiros também relacionaram atividades como: “monitorar os sinais vitais” e “mudar posição a cada 2 horas” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). O

significado terapêutico apresentado pelos enfermeiros como relacionado às atividades protocoladas nessas duas ações reflete aspectos em que a instituição ou mesmo o serviço atestam a importância da orientação do trabalho para o cuidado a ser prestado. Acredita-se que, por meio da padronização de algumas ações específicas, a enfermagem organize e apresente os esforços necessários para atingir objetivos para o cuidado individualizado ao paciente.

Destaca-se também que as atividades relacionadas pelos enfermeiros estão fundamentadas nos protocolos instituídos pelo Hospital Geral Regional de Querétaro a partir da estratégia da OMS, lançada em 2004 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004a), que se refere a tornar o ambiente hospitalar seguro em parceria com a Comissão Permanente de Enfermagem do México (COMISSÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM, 2010).

A organização do serviço de atendimento clínico hospitalar por meio de protocolos que respaldem as ações dos profissionais é desejável e prudente, pois diante da diversidade e complexidade das atividades que a enfermagem realiza, em algumas situações neste contexto, estará protegida ética e legalmente.

Apesar de ficar explícita uma variedade de ações individuais do grupo de enfermeiros que fizeram parte deste estudo, no sentido de tratar o problema de Risco de quedas dos seus pacientes, nota-se que existem diferenças individuais entre esses profissionais para uma linguagem uniforme e uma padronização de atividades relevantes para não deixar o paciente cair.

Essa distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como as realizadas junto aos pacientes com o diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas, internados em uma unidade de clínica médica, evidenciou também que a dimensão dessa prática clínica esteja fundamentada e estruturada em referenciais teóricos de enfermagem e no uso das taxonomias de maneira a modificar e comunicar as intervenções realizadas.

Essas atividades listadas requerem do enfermeiro habilidades combinadas cognitivas, técnicas, interpessoais, éticas e legais necessárias para atuar com conhecimentos científicos e uma prática segura. O raciocínio terapêutico está sustentado no raciocínio clínico direcionando a tomada de decisão para a realização de

intervenções. Este estudo mostrou que a natureza das ações do enfermeiro para o diagnóstico de Risco de quedas no ambiente hospitalar de pacientes internados em uma unidade de clínica médica são, em sua maioria, no âmbito da autonomia profissional do enfermeiro, como apresentado no Quadro 1. Além disso, nota-se a preocupação com as atividades que são protocoladas.

O julgamento clínico do enfermeiro, todavia, permanece como fator importante na seleção das intervenções independentes, dependentes e protocoladas, para que os resultados desejados sejam alcançados (CYRILLO, 2009).

Cyrillo (2009) destaca que “toda assistência de enfermagem realizada” em um ambiente hospitalar “deve ser prestada pelo enfermeiro utilizando o Processo de Enfermagem” para o cuidado individualizado, “como princípio do profissional no desempenho de suas funções”.

A seguir, com base neste resultado apresentado foi possível realizar o mapeamento comparativo das atividades citadas pelos enfermeiros com o diagnóstico Risco de quedas e as intervenções e atividades sugeridas pela NIC refinadas pelos expertos.

7.3. Mapeamento comparativo das atividades citadas pelos enfermeiros com o diagnóstico Risco de quedas e as intervenções e atividades sugeridas pela NIC refinadas pelos expertos

7.3.1 Caracterização dos enfermeiros expertos

Fehring (1994) classifica os expertos segundo nível de qualificação e especialização para um diagnóstico específico e também por meio de sua produção científica. Diante do contexto atual da enfermagem mexicana, observou-se a ausência de enfermeiros mestres e doutores e qualificados com a temática.

Diante das dificuldades encontradas para identificar potenciais enfermeiros expertos mexicanos optou-se na escolha de enfermeiros brasileiros o que retrata o

fortalecimento destes pesquisadores no processo de investigação na temática, com apropriação de conhecimento científico das taxonomias de enfermagem e do delineamento metodológico proposto nesta pesquisa.

Assim, segue-se na Tabela 1, a classificação dos enfermeiros expertos que realizaram o refinamento das atividades e intervenções neste estudo.

Tabela 1. Classificação dos enfermeiros expertos brasileiros para o refinamento do mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros para o diagnóstico “Risco de quedas”. Querétaro, Qro. México, 2012.

Qualificação acadêmica para o diagnóstico*	Pontuação	Ex 1	Ex 2	Ex 3
Mestre em enfermagem	4	4	-	4
Mestre na temática Urgência	1	1	1	1
Pesquisa publicada sobre o tema	2	2	2	2
Publicações em periódico/revista	2	2	2	2
Doutorado na temática ou relacionada com diagnóstico de enfermagem	2	-	2	-
Prática clínica há 2 anos	1	1	-	1
Especialização na área	2	2	2	2
Pontuação	14	12	9	12

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo

Em relação as características dos enfermeiros expertos observa-se um escore, segundo Fehring (1994), elevado para a função, o que qualifica o validador como um perito na temática. Esse autor afirma que a pontuação mínima para ser um enfermeiro experto na temática em estudo é de 5 (cinco) pontos. A pontuação média dos expertos foi de 11 pontos. Dos três expertos, dois possuíam o grau de doutor e um é doutorando com qualificação na mesma temática de risco de quedas. Essa ampla experiência clínica além do ensino, e conhecimentos dos expertos resultou em benefício para a presente pesquisa.

7.3.2 Distribuição do mapeamento comparativo das atividades da NIC citadas pelos enfermeiros e refinadas pelos expertos para o diagnóstico “Risco de quedas”

Para o alcance do terceiro objetivo específico do estudo, apresenta-se a seguir a distribuição do mapeamento comparativo das atividades citadas pelos enfermeiros de uma unidade de clínica médica do Hospital de Querétaro, no México, para o diagnóstico de “Risco de quedas” em pacientes adultos e idosos e as respectivas intervenções sugeridas pela NIC publicadas na quarta edição em 2008 (DOCHTERMAN; BULECHK, 2008), as quais foram mapeadas pela pesquisadora e submetidas à análise por enfermeiros expertos, para confirmação das atividades correspondentes.

Foi realizado o mapeamento cruzado pela pesquisadora das atividades descritas pelos enfermeiros com as intervenções e atividades propostas para o diagnóstico Risco de quedas na ligação com a NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), e foram identificadas 14 intervenções e 72 atividades.

Os enfermeiros expertos analisaram o mapeamento cruzado, considerando o diagnóstico de enfermagem Risco de quedas, em uma lista de 23 intervenções proposta da ligação NANDA-I/NIC (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) sendo excluídas as intervenções relacionadas com crianças e incluída, pela pesquisadora, a intervenção **CONTENÇÃO Física** e **Identificação de RISCO** totalizando, portanto, 25 intervenções de enfermagem, as quais são compostas por 636 atividades, segundo proposta na ligação da NANDA-I e NIC.

Após análise do mapeamento, foram listadas 14 intervenções para o diagnóstico Risco de quedas e 70 atividades que correspondem ao consenso dos enfermeiros expertos. Nesta revisão e refinamento os expertos sugeriram algumas mudanças que foram feitas segundo a concordância entre a pesquisadora e os expertos considerando o contexto da assistência de enfermagem ao adulto e ao idoso em uma unidade de clínica médica do hospital do México.

Portanto, quando empregado o mapeamento cruzado para o diagnóstico em estudo identificou-se na estrutura taxonômica da NIC três domínios: **Segurança**,

Fisiológico: Básico e Fisiológico: Complexo.

Para o domínio **Segurança** foi mapeada a classe **Controle do Risco** e seis intervenções de enfermagem que são: **Prevenção de QUEDAS, CONTENÇÃO Física, Controle da DEMÊNCIA, SUPERVISÃO: Segurança, Monitoração de SINAIS VITAIS e Identificação de RISCO**. Para cada uma dessas intervenções segue-se as Tabelas 2, 3, 4, 5, 6, 7, das quais serão apresentadas as atividades descritas pelos enfermeiros do Hospital Geral Regional No. 1 do México e aquelas mapeadas pelos enfermeiros expertos.

No domínio **Fisiológico: Básico** foi mapeado três classes que são: **Controle da Imobilidade, Promoção do Conforto Físico e Controle da Eliminação**. Na classe **Controle da Imobilidade** foram mapeadas quatro intervenções de enfermagem: **POSICIONAMENTO; POSICIONAMENTO: cadeira de rodas; Assistência no AUTOCUIDADO: transferência e TRANSPORTE**. Para a classe **Promoção do Conforto Físico e Controle da Eliminação**, os enfermeiros expertos mapearam apenas uma intervenção para cada uma dessas classes sendo, respectivamente: **Controle da DOR e Controle da Eliminação URINARIA**. Essas intervenções descritas para o domínio **Fisiológico: Básico** e suas respectivas classes seguem-se apresentação das Tabelas 8, 9, 10, 11, 12 e 13.

Por fim, para o domínio **Fisiológico: Complexo**, foram mapeadas as seguintes classes: **Controle de Medicamentos e Controle Neurológico**. As intervenções mapeadas para a classe **Controle de Medicamentos** foi **Controle de MEDICAMENTOS** e a intervenção para a classe **Controle Neurológico** foi identificada a intervenção **Precauções contra CONVULSÕES**. Da mesma forma, apresentam-se cada uma dessas intervenções do domínio **Fisiológico: Complexo** com as atividades descritas pelos enfermeiros do hospital com as atividades mapeadas pelos enfermeiros expertos e a NIC, nas Tabelas 14 e 15.

A seguir serão apresentados os resultados e discussão das respectivas Tabelas, para cada uma das intervenções do diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas, após do mapeamento e refinamento pelos enfermeiros expertos.

Intervenção de enfermagem: **Prevenção de QUEDAS**

Esta intervenção é considerada prioritária na lista da ligação NANDA-I/NIC (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) e definida como: “**instituição de precauções especiais a pacientes em risco de lesão decorrentes de queda**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008). Foram mapeadas 14 (21,5%) atividades desta intervenção do total de 65 propostas na NIC (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008), conforme Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **Prevenção de QUEDAS** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	Nº de atividades refinadas pelos expertos	%
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado neurológico (01) - Monitorar o estado neurológico (02) - Fazer perguntas para saber onde estão, quem são, se estão orientados (02) - Verificar o estado de consciência (03) - Avaliar o estado de consciência (04) - Observar a presença de danos físicos (04) - Perguntar ao paciente como ele se chama, onde ele mora, onde trabalha (04) - Avaliar o grau de desorientação com questões tais como nome, idade, onde está (05) - Monitorar o estado de consciência (07) - Perguntar a idade do paciente, onde esta, mês o ano, como se chama (07) - Monitorar o estado de consciência (08) - Perguntar ao paciente seu nome, dia, para ver se esta orientado (10) 	Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial para quedas em determinado ambiente	14	21.5
<ul style="list-style-type: none"> - Verificar se o chão não molhado o escorregadio (01) - Avaliar a área física (01) - Observar o ambiente para retirar objetos que possam ferir-lo (03) - Observar se os pisos não estão molhados o escorregadios (03) - Observar o ambiente para identificar riscos (10) 	Identificar as características do ambiente capazes de aumentar o potencial de quedas (p.ex., assoalhos escorregadios e escadarias externas)		
<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar a capacidade para se mover, se não há fraqueza muscular (02) 	Questionar o paciente quanto a percepção do equilíbrio, quando adequado		

continua...

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
- Avaliar o risco para o uso de dispositivos de ajuda (09)	Manter em boas condições de uso os dispositivos auxiliares		
- Ensinar o uso de dispositivos de apoio tais como andador, bengala (09)	Orientar o paciente a respeito do uso de bengala ou andador se adequado		
- Colocar freio na cadeira para mobilizar o paciente (07) - Por freios na cadeira para mover o paciente (09) - Por os freios na cadeira para transportar o paciente da cama para a cadeira (10)	Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante as transferências do paciente		
- Utilizar cama com grades (02) - Usar cama com grades (03), (04) - Usar cama com grades em pacientes inquietos e desorientados (07)	Usar laterais da cama com comprimento e altura adequados para prevenir quedas conforme necessário		
- Fazer higiene dos genitais em pacientes com sonda (04)	Auxiliar na higiene íntima a intervalos frequentes e programados		
- Colocar a escadinha embaixo da cama (01) - Remover os objetos que possam causar dano (01) - Remover tudo o que possa causar dano ao paciente (05) - Remover do entorno tudo o que possa causar dano (07) - Remover do entorno tudo o que possa causar dano (08) - Remover tudo o que possa causar dano e impeça de agir rapidamente (08) - Evitar colocar objetos próximos que possam prejudicar o paciente (09) - Remover todas as coisas que possam causar dano ao paciente (10) - Colocar o banco de altura embaixo da cama para evitar quedas (10)	Remover mobiliário baixo (p. ex., mesas menores e banquinhos) que represente perigo de tropeços		
- Usar a luz da sala para evitar quedas pela noite (07)	Providenciar iluminação noturna junto à cabeceira da cama		
- Colocar calçado apropriado para o banho (01) - Apertar bem os sapatos (03)	Certificar-se de que o paciente calce sapatos que sirvam adequadamente, que estejam bem presos aos pés e que tenham solado antiderrapante		

continua...

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
Informar ao paciente sobre as medidas para evitar quedas (04) - Informar a pacientes e familiares frequentemente sobre os riscos da infra estrutura como cama sem grades, altura da cama (05) - Informar ao paciente e familiar sobre as medidas de segurança em pacientes susceptíveis as quedas (06) - Informar ao paciente e familiares sobre os riscos que podem existir caso o paciente tenha uma queda (08) - Orientar o paciente e família para evitar quedas (09) - Orientar o familiar sobre o risco de quedas (10) - Informar ao familiar sobre as medidas de segurança (10) - Informar ao paciente que use corrimãos no banheiro (01)	Educar os familiares em relação aos fatores de risco que contribuem para quedas e em relação a como diminuir tais riscos Orientar os familiares sobre a importância de corrimãos nas escadas, nos banheiros e nos corredores		
- Sugerir calçado seguro para evitar quedas (02)	Sugerir sapatos seguros		

conclusão.

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

A **Prevenção de QUEDAS** foi a intervenção com o maior numero de atividades mapeadas, corroborando assim com a sua aplicabilidade pelos enfermeiros, para atender o diagnóstico de enfermagem de Risco de quedas.

A NIC propõe para a **Prevenção de QUEDAS** um conjunto de atividades que vão desde identificação dos riscos cognitivos, ambientais, de mobilidade do paciente, assim como durante a transferência, além de outros como educação para o paciente e família. Dochterman e Bulechek (2008) listaram 65 atividades para essa intervenção de enfermagem sendo que foram mapeadas 14 atividades pela pesquisadora e refinadas pelos enfermeiros expertos.

A atividade “**identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial para quedas em determinado ambiente**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) é uma ação que pressupõe a capacidade do enfermeiro em realizar o exame clínico de saúde, ou seja, a capacidade de selecionar dados significativos para uma determinada situação clínica. Nesse caso, os

instrumentos de coleta de dados ou escalas de mensuração ou questionários autoaplicáveis são capazes de gerar informações qualitativas ou quantitativas sobre o impacto das respostas neurológicas e físicas relacionadas à possibilidade de queda no ambiente.

O termo “Déficit cognitivo” é um termo genérico que descreve diferentes distúrbios do pensamento, memória e resolução de problemas causados por várias doenças subjacentes, na maioria dos casos são as demências ou delirium (JOSHI; MORLEY, 2006). Demência é definida como uma síndrome clínica com a apresentação de diferentes formas de doenças, sendo que o representa 70% dos casos (RITCHIE; LOVESTONE, 2002). É caracterizada como doença crônica progressiva que resulta em uma deficiência cognitiva complexa e que acompanha distúrbios de comportamento, humor e personalidade (RITCHE; LOVESTONE, 2002).

A identificação do déficit cognitivo está relacionada com o exame das funções mentais que comprometem o indivíduo na sua integralidade emocional e física (JARVIS, 2002). Avaliar as funções cognitivas resume-se na investigação quanto a orientação, atenção, memória recente, memória remota, na capacidade de adquirir novos conhecimentos, função intelectual superior (capacidade de solucionar problemas), capacidade de fazer julgamentos (JARVIS, 2002).

Deve-se salientar que há vários instrumentos que auxiliam o enfermeiro a identificar os déficits cognitivos, das funções mentais do paciente que são fatores de risco de quedas para uma maioria de pacientes internados no hospital. Dentre os instrumentos podemos destacar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), um questionário simplificado de pontuação (JARVIS, 2002).

Os fatores de risco físicos estão relacionados com o paciente e são: idade avançada, depressão, sedentarismo, déficit visuais, dificuldade motora, falta de equilíbrio em apoio uni podal, alteração da marcha, incapacidade funcional, deterioração cognitiva (GAMA; GÓMEZ-CONESA, 2008; GONÇALVES et al., 2008; MENEZES; BACHION, 2008; PERRRACINI; RAMOS, 2002; SIQUEIRA et al., 2007), além de outros propostos pela NANDA-I (2010):

anemias, artrite, condições pós-operatórias, déficits proprioceptivos, diarreia, dificuldade na marcha, dificuldades auditivas, dificuldades visuais, doença vascular, equilíbrio prejudicado, falta de sono, força

diminuída nas extremidades inferiores, hipotensão ortostática, incontinência, mobilidade física prejudicada, mudanças na taxa de açúcar após as refeições, neoplasias (fadiga/mobilidade limitada), neuropatia, presença de doença aguda, problemas nos pés, urgência, vertigem ao estender o pescoço, vertigem ao virar o pescoço) (p. 343).

Pesquisa realizada por Härlein et al. (2011) comparou as taxas de quedas de pacientes internados com e sem alterações cognitivas e sua relações entre gênero, idade, mobilidade, dependências do cuidado entre outros fatores. O resultado da investigação desses autores apontou que pacientes idosos com déficits cognitivos constituem um grupo de pacientes de alto risco de quedas acidentais nos hospitais e destacam como relevância para a prática clínica dos enfermeiros a estratégia de prevenção de quedas no ambiente hospitalar.

Para manter a segurança do paciente é preciso observar algumas medidas no ambiente hospitalar e que devem fazer parte das **“instituições de precauções especiais para pacientes com risco de lesão em decorrência de quedas”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Ao realizar a atividade **“identificar as características de ambiente capazes de aumentar o potencial de queda (p ex., assoalhos escorregadios e escadarias externas)”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) o enfermeiro pode identificar fatores no ambiente que podem propiciar queda no paciente; outras características podem ser o chão molhado com água ou urina (HITCHO et al., 2004) a altura da cama, iluminação insuficiente, quarto não familiar, camas sem grades, o próprio mobiliário do quarto ou banheiro (DICCINI; DE PINHO; OLIVEIRA, 2008; NANDA-I, 2010; TSENG; YIN, 2008).

No contexto dessas duas atividades citadas apreende-se que entender esses elementos de observação sistemática como fator de risco intrínseco e extrínseco ajuda o enfermeiro e sua equipe de enfermagem a identificarem apropriadas estratégias de prevenção de quedas (PEARSON; COBURN, 2011).

Em relação a atividade mapeada **“questionar o paciente quanto a percepção do equilíbrio, quando adequado”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) deve-se perguntar ao paciente se há fraqueza ou instabilidade física ou perda da mobilidade (SORRENTINO; GOREK, 2002). Realizar o exame físico e o teste da

marcha pode auxiliar o enfermeiro a identificar problemas com o equilíbrio, considerando também como fator de risco para quedas.

Essa atividade descreve uma ação baseada em fundamentação clínica de investigação, executada pelo enfermeiro, de forma previsível, relacionada às necessidades de mobilidade com ênfase na avaliação musculoesquelética, além de utilizar sua base de conhecimento para analisar os efeitos de antecipação de potenciais riscos de lesões que o paciente poderá sofrer.

A atividade mapeada da intervenção Prevenção de QUEDAS que descreve esta propriedade de decisão terapêutica é “**manter em boas condições de uso os dispositivos auxiliares**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). É de responsabilidade também do enfermeiro observar que as muletas, bengalas, andadores estejam com protetores antiderrapantes nas suas bases de apoio. Outra medida é manter as escadas livres de cabos ou cordas e objetos que possam provocar tropeços (SORRENTINO; GOREK, 2002).

Situações que implicam na limitação à mobilidade são potencialmente inseguras para o paciente, principalmente em se tratando de uma internação hospitalar, o que exige por parte do enfermeiro precauções especiais, para que sejam prevenidas as quedas (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007). Tais precauções, que podem facilitar os movimentos embora necessitem de instruções e preparo para o seu uso, estão relacionadas ao uso de dispositivos de apoio como as muletas, andadores e cadeiras de rodas (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

No momento da internação os pacientes podem usar algum dispositivo para deambular e o enfermeiro deve “**orientar o paciente a respeito de usar bengala ou andador se adequado**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). No estudo de Marin et al., (2004), o uso de artefatos de auxílio, foi referido por apenas quatro idosos, sendo que dois (3,93 %) faziam uso de próteses de membro inferior, um fazia uso de muletas e outro, de andador.

A conscientização acerca das precauções de segurança do paciente para não cair em função do uso de dispositivos de apoio está em função da ação relacionada pela NIC que é: “**travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca, durante as transferências do paciente**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). Sempre que se

faz uso da cadeira de rodas ou o paciente vai ser transferido da maca para a cama, da cama para a cadeira ou cadeira de rodas, deve-se colocar os freios na cadeira e observar que funcionam perfeitamente, para evitar a queda (SORRENTINO; GOREK, 2002).

As grades do leito, também identificada na literatura como laterais da cama, nos hospitais são parte do equipamento do quarto do paciente. Nesse caso, o enfermeiro indica quando usá-las, normalmente naqueles casos em que o paciente esteja confuso, inconsciente, sedado ou desorientado, (SORRENTINO; GOREK, 2002). Nesse contexto, a atividade **“usar laterais da cama com comprimento e altura adequados para prevenir as quedas conforme necessário”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) foi mapeada retratando medidas ambientais seguras para não deixar o paciente cair. Nesta situação as grades do leito atuam como meio de contenção (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007). Tem sido difícil avaliar se o uso dessas grades de proteção no leito contribui para prevenir quedas (HEALEY et al., 2008).

Algumas comissões nos EUA citadas no estudo de Tzeng e Yin (2008) sugerem várias estratégias ambientais relacionadas com a altura da cama/leito, incluindo colchões e aparelhos de apoio, com dispositivos ajustáveis – alto e baixo - nas camas, para permitir que os pacientes, facilmente, saiam ou deitem-se; também sugerem que o pessoal da equipe de enfermagem ajude nesse processo.

A diferença de altura de um leito hospitalar em relação à cama do paciente no seu domicílio contribui para a queda no ambiente hospitalar, causando graves lesões e até a morte do paciente (TZENG; YIN, 2008). Portanto, ressalta-se que cabe ao enfermeiro orientar o paciente e familiar quanto aos aspectos de segurança e equipamentos da unidade de internação com a demonstração da cama e das laterais (grades do leito) de como ajustá-los, o que ajuda o paciente a adaptar-se ao ambiente (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

À medida que o enfermeiro da unidade de internação se envolve na compra e na aquisição de materiais e equipamentos de uso seguro para o paciente, necessita investigar e se apropriar dessa atividade de gestão para o cuidado, na Prevenção de QUEDAS.

Quando o paciente apresenta alterações na eliminação urinária poderá

necessitar de ajuda para ficar confortável e o enfermeiro pode **“auxiliar na higiene íntima a intervalos frequentes e programados”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) ou também ensinar ao paciente como fazer sua própria higiene íntima, por exemplo quando estiver acamado ou com mobilidade prejudicada. A percepção da necessidade de eliminação ou a de estar com roupas molhadas pode ser um estímulo para o paciente sair em direção ao banheiro, sem chamar auxílio, ampliando o risco de queda.

De igual maneira a atividade **“remover mobiliário baixo (por ex., mesas menores e banquinhos) que represente perigo de tropeços”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) tem a ver com o ambiente ou entorno do paciente no hospital, devendo ser observados e retirados para evitar lesões e que o paciente possa deambular livremente sem que isso represente perigo.

A iluminação, é outro fator importante na segurança ambiental para o paciente para prevenção de quedas, tem a ver com **“providenciar iluminação noturna junto a cabeceira da cama”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). Além deve-se observar boa iluminação nos quartos do paciente e no banheiro (SORRENTINO; GOREK, 2002). Pela noite, uma boa iluminação pode contribuir na redução do risco de queda, além do fato de que o paciente encontra-se em um ambiente desconhecido ou quarto não familiar (NANDA-I, 2010). Também os pacientes idosos ou sem óculos, com déficits visuais, podem precisar da iluminação se eles necessitarem ficar em pé para ir ao banheiro, por exemplo.

Junto a todas essas medidas já descritas, o enfermeiro deve também **“certificar-se de que o paciente calce sapatos que sirvam adequadamente, que estejam bem presos aos pés e que tenham solado antiderrapante”** e **“sugerir sapatos seguros”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Outra atividade importante mapeada foi **“educar os familiares em relação aos fatores de risco que contribuem para quedas e em relação a como diminuir tais riscos”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). A família tem que se envolver no cuidado do paciente durante o período da internação e contribuir também para a segurança do paciente. A OMS (2004b) lançou uma outra iniciativa que visa tornar o próprio paciente responsável de seu cuidado, e por extensão os seus familiares ou cuidadores; justifica-se portanto que o enfermeiro comunique a eles os fatores de risco

e as medidas necessárias para que programas de prevenção de quedas tenha sucesso.

Neste propósito, estudos destacam a importância da comunicação entre o enfermeiro, o paciente e a família, assim como o conhecimento, motivação e educação (KOH et al., 2008). Por exemplo, destaca-se o uso de corrimãos nos corredores escadas e nos banheiros dos hospitais, os quais proporcionam apoio aos pacientes com fraqueza ou com marcha instável (SORRENTINO; GOREK, 2002), o que está previsto na atividade “**orientar os familiares sobre a importância de corrimãos nas escadas, os banheiros e nos corredores**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Devido a relevância que tem as quedas como evento adverso, considera-se importante pesquisar e testar a intervenção Prevenção de quedas e fazer novas propostas para acrescentar atividades ou validá-las pois, por exemplo, dentre os fatores de risco dessa intervenção não se encontram na NIC aqueles relacionados com o uso de medicamentos bem como a comunicação entre o enfermeiro, paciente e família.

No estudo de Pearson e Coburn (2011) mostra que a intervenção prevenção de quedas é eficaz quando a equipe multidisciplinar está envolvida, de preferência aqueles profissionais da farmácia, enfermagem, medicina, fisioterapia e acredita-se que as mudanças ambientais são as mais fáceis de serem realizadas em um programa de prevenção de quedas.

Intervenção de enfermagem: **CONTENÇÃO Física**

CONTENÇÃO Física, definida como “**aplicação, monitoração e remoção de dispositivos de contenção mecânica ou contenção manual utilizados para limitar a mobilidade física do paciente**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008 p.).

Esta intervenção não está relacionada na ligação NANDA-I / NIC para atender ao diagnóstico risco de quedas, mas é uma intervenção frequentemente realizada pelos enfermeiros no hospital no México. Das 33 atividades descritas nessa atividade (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), 12 (36,3%), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **CONTENÇÃO Física** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem para o diagnóstico Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos exper-Tos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
<ul style="list-style-type: none"> - Conter fisicamente se o paciente o requer e por prescrição médica (01) - Segurar o paciente por prescrição médica (07) - Executar contenção física em caso de prescrição médica (06) 	<p>Obter prescrição médica, se exigida pela política da instituição, para utilizar intervenção restritiva ou reduzir seu uso</p>	12	36,3
<ul style="list-style-type: none"> - Pedir ajuda de enfermagem para segurar o paciente quando necessário (10) 	<p>Oferecer um número suficiente de funcionários para auxiliar na aplicação segura de recursos de contenção física ou manual</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Segurar o paciente que esta inquieto (02) - Colocar contenção física de acordo com o grau de inquietude do paciente 2 ou 4 membros (03) - Colocar contenção física de acordo com o grau de inquietude do paciente - Segurar o paciente se ele estiver muito agitado (07) - Segurar o paciente agitado o confuso com autorização da família (08) . Determinar o nível de contenção conforme necessário, 2 Ou 4 extremidades (10) Segurar o paciente que esta agitado o confuso com autorização da família (08) 	<p>Usar uma forma de contenção apropriada ao limitar manualmente o paciente em situações de emergência ou durante o transporte</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar ao paciente e sua família o procedimento (02) - Informar ao paciente e sua família o procedimento de contenção física (03) 	<p>Explicar o procedimento, o propósito e o período de tempo da intervenção ao paciente a às pessoas significativas, em termos compreensíveis e não punitivos</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Fixar as contenções na parte baixa da cama, na base do leito (02) Colocar a contenção atada na base da cama (03) - Fixar as contenções na base da cama (04), (07) - Colocar as contenções atadas na base da cama (06) - Colocar as contenções fixadas na base da cama (08), (09) 	<p>Evitar amarrar os recursos de contenção às laterais da cama</p>		

continua...

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos exper-Tos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
- Observar que as contenções não interfiram nos tubos, drenos, cateteres, etc (08)	Proporcionar um nível adequado de supervisão/vigilância para monitorar o paciente e permitir ações terapêuticas, conforme necessário		
-Administrar medicação relaxante em pacientes com ansiedade ou agitação motora (06)	Administrar medicamentos conforme a prescrição médica, para ansiedade e agitação		
<ul style="list-style-type: none"> - Colocar as contenções cuidando de não lesionar a pele do paciente (01) - Verificar a presença de lesões na área de contenção (02) - Observar a contenção física para evitar dano na pele do paciente (03) - Observar que o paciente não seja danificado pelas contenções (04) - Observar o local da contenção para que não apresente lesões (05) - Reposicionar as contenções de modo a não ferir a pele (05) - Monitorar que o paciente não tenha alterações na área de contenção física (06) - Segurar as extremidades observando para não ferir a pele do paciente (08) - Proteger a pele do paciente para evitar danos (08) - Colocar as contenções evitando lesionar a pele do paciente (09) - Observar que as contenções não estão muito apertadas para evitar lesões (07) 	Monitorar a condição da pele nos locais de contenção		
<ul style="list-style-type: none"> -Observar que os membros inferiores e superiores tenham mobilidade (01) -Ensinar aos familiares exercícios passivos e ativos em paciente com imobilidade (05) .Recomendar exercícios ativos e passivos na cama (08) - Verificar se os fixadores não estão apertados para que o paciente tenha mobilidade (10) 	Oferecer movimentação e exercício, conforme o nível de autocontrole do paciente, sua condição e suas capacidades		
<ul style="list-style-type: none"> -Observar se há uma mobilidade adequada dos membros (09) -Executar rotação das fixações (09) 	Proporcionar movimentação das extremidades a paciente com múltiplos recursos de contenção, fazendo a rotatividade da remoção/reaplicação de um recurso de contenção de cada vez (na medida em que a segurança permitir)		

continua...

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos exper-Tos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a quantidade de contenção necessária 2 ou 4 membros (02) - Colocar de novo a contenção física caso o paciente continue inquieto (03) 	Avaliar, a intervalos regulares, a necessidade da intervenção restritiva contínua		
<ul style="list-style-type: none"> - Retirar a contenção física de acordo com a tolerância do paciente (03) - Retirar as contenções de acordo com a evolução dos pacientes (04) - Retirar as contenções de acordo com o nível de consciência do paciente (08) 	Retirar de forma gradativa os recursos de contensão (i. e., um a cada vez, caso haja elementos nos quatro membros), conforme aumenta o autocontrole		

conclusão.

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

O uso da contenção física é comum em vários países do mundo, como mostra os dados do estudo de Araújo et al. (2010). Nesse contexto, a determinação da ação do profissional deve estar atrelada à competência e as habilidades combinadas para atender a necessidade de segurança do paciente.

A tomada de decisão dos enfermeiros que lidam com o uso de restrição física é complexa, para manter a segurança do paciente (GOETHALS; DIERCHS; GASTMANS, 2012). Os autores destacam que esse processo de tomada de decisão está associado em diferentes momentos da internação do paciente, influenciado pelos fatores relacionados ao contexto clínico, físico e do ambiente.

Entre os pacientes hospitalizados na Alemanha, o estudo de Heinze, Dassen e Grittner (2012) identificou que o uso da contenção física foi mais prevalente em mulheres idosas, dependentes de cuidados contínuos, com história de queda nas últimas duas semanas, com incontinência urinária, desorientadas, acamadas e sendo usuária de vários tipos de medicamentos.

Portanto, a equipe de enfermagem dos hospitais precisa ser preparada para reconhecer a ameaça do paciente em cair e obter dados precisos a fim de decidir a necessidade do uso de contenção. Em muitas instituições hospitalares há necessidade de protocolar essa intervenção por decisão médica.

Considerando que a atividade mapeada foi **“obter prescrição médica, se exigida pela política da instituição, para utilizar intervenção restritiva ou reduzir seu uso”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), o enfermeiro deve em conjunto com essa equipe decidir a indicação da contenção. Embora esta ação siga uma hierarquia de responsabilidade ético/legal, todos os profissionais são responsáveis por essa decisão.

É possível identificar a preocupação dos enfermeiros quanto ao momento de executar, com segurança, a contenção física. A ênfase atual sobre as condições em que se aplica a contenção física resulta em **“oferecer um número suficiente de funcionários para auxiliar na aplicação segura de recursos de contenção física ou manual”** e **“usar uma forma de contenção apropriada ao limitar manualmente o paciente em situações de emergência ou durante o transporte”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Os enfermeiros são responsáveis pelo preparo dessas duas atividades. Recursos humanos capacitados para uma abordagem terapêutica segura, realização e monitoração da intervenção deve ser uma decisão instituída pela educação permanente do serviço. A aquisição de materiais como faixas de contenção apropriadas deve ser rigorosamente selecionada, para que o resultado do tratamento não cause lesões nas áreas restritas.

O enfermeiro deve dar importância ao encontro com o paciente e com a família e conversar sobre o que será feito. As atividades **“informar ao paciente e às pessoas significativas os comportamentos que tornaram a intervenção necessária”** e **“explicar o procedimento, o propósito e o período de tempo da intervenção ao paciente e às pessoas significativas, em termos compreensíveis e não punitivos”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) visam tornar o ambiente terapêutico e uma prática clínica sustentada em evidências científicas e humanas, sobre os benefícios e os riscos que desafiam esse cuidado.

Quando o paciente necessita ser contido, ele e seus familiares precisam ser informados pelo enfermeiro já que o uso da contenção física contra a vontade do paciente pode ser uma invasão grave nos direitos humanos básicos e como tal um ato de violência contra o paciente (BERZLANOVICH; SCHÖPFER; KEIL, 2012)

Quanto a **“evitar amarrar os recursos de contenção às laterais da cama”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), é uma medida indispensável para dar conta da qualidade e dos limites que impõe a proteção e segurança física do paciente evitando machucar quando as grades laterais são abaixadas (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

“Administrar medicamentos conforme a prescrição médica para ansiedade e agitação” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), pode ser entendido como um método de contenção química. Esta atividade é definida como “qualquer medicação que é usada para o objetivo específico de restrição dos movimentos do paciente” (HOFISO; COYER, 2007). Esses autores investigaram o tratamento padrão realizado para contenção química e afirmam que tem sido tradicionalmente utilizada em cuidados aos pacientes críticos como forma de garantir ao paciente alívio da dor, ventilação mecânica, redução da ansiedade, mais principalmente para a tolerância do suporte ventilatório mecânico e uso de tubos traqueais.

No caso da contenção química aplicada em pacientes internados no local onde foi realizado este estudo, agentes farmacológicos como analgésicos, sedativos e ansiolíticos são usados separadamente ou em combinação, para gerenciar o cuidado desses pacientes agitados ou com delírios e para evitar automutilação e interferência no tratamento.

As atividades **“monitorar a condição da pele nos locais da contenção”**, **“oferecer movimentação e exercício, conforme o nível de autocontrole de paciente, sua condição e suas capacidades”**, **“proporcionar movimentação das extremidades a paciente com múltiplos recursos de contenção fazendo a rotatividade da remoção/reaplicação de um recurso de contenção de cada vez (na medida em que a segurança permitir)”**, **“retirar de forma gradativa os recursos de contenção (p. ex., um a cada vez, caso haja elementos nos quatro membros), conforme aumenta o autocontrole”**, **“proporcionar um nível adequado de supervisão vigilância para monitorar o paciente e permitir ações terapêuticas conforme necessário”** e **“avaliar a intervalos regulares a necessidade de intervenção restritiva continua”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) são consideradas neste grupo; retratam o cuidado mais específico e a necessidade de

vigilância contínua, segundo o tipo de contenção, pois o uso indevido destas atividades pode causar lesões graves, Úlceras por pressão, edema, cianose, problemas respiratórios, problemas abdominais e cardíacos (HEINZE; DASSEN; GRITNER, 2012) que as vezes pode ser até fatal (BERZLANOVICH; SCHÖPFER; KEIL, 2012).

Portanto, os enfermeiros devem realizar a intervenção contenção física de forma eficaz (CHIBA; YAMAMOTO-MITANI; KAWASAKI, 2012) mantendo as extremidades contidas na posição anatômica, reduzindo a possibilidade de contratura ou lesão musculoesquelética; devem proporcionar também acolhimento das saliências ósseas, para evitar lesões na pele (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

A documentação criteriosa das condições do paciente, do método, do material e do equipamento para a contenção física garante a segurança e os dados dos resultados impostos para o sucesso da intervenção.

Os métodos de contenção física são uma estratégia de gestão eficaz, mas há estudos que apontam controvérsias e dilemas ético/legais (LAI, 2007; TEKKAS; BILGIN, 2010). Portanto, diretrizes para a prática clínica segura com base na evidência devem garantir a segurança do paciente.

Intervenção de enfermagem: **Controle da DEMÊNCIA**

Controle da Demência é definido como “provisão de um ambiente modificado a paciente em estado de confusão crônica” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), teve cinco atividades (11.3%) mapeadas de um total de 44 atividades (Tabela 4).

No hospital onde foi realizado este estudo, o maior número de pessoas atendidas corresponde a idosos, como consequência do envelhecimento da população e as complicações das doenças crônicas que se tornam agudas e são motivo de internação (HERNÁNDEZ et al., 2011).

Tabela 4 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **Controle da DEMÊNCIA** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado neurológico (01) - Monitorar o estado neurológico (01) - Fazer perguntas para saber onde estão, quem são, se esta orientado (03) - Perguntar ao paciente como se chama, onde ele mora, onde trabalha (04) - Avaliar o grau de desorientação com questões tais como nome, idade, onde estão (05) - Monitorar o estado de consciência (06), (07) - Avaliar o estado de consciência (04) - Verificar o estado de consciência (03) - Perguntar a idade do paciente, onde está, mês e ano, como se chama (07) - Perguntar que dia é hoje, onde eles estão, se sabem quem é, quem o acompanha em pacientes com transtorno mental (09) - Perguntar ao paciente o seu nome, dia, para ver se ele esta orientado (10) 	Monitorar a função cognitiva usando um instrumento padronizado de investigação	5	11,3
<ul style="list-style-type: none"> - Remover tudo o que possa causar dano ao paciente (05) - Remover os objetos que possam causar dano, - Remover todas as coisas que possam causar dano ao paciente (10) - Observar o ambiente para retirar objetos que possam ferir-lo (03) - Remover do entorno tudo o que possa causar dano (08) - Remover tudo o que possa causar dano e impeça de agir rapidamente (08) - Evitar colocar objetos próximos que possam prejudicar o paciente (09) - Observar o ambiente para identificar riscos (10) 	Identificar perigos potenciais no ambiente do paciente e remove-los		
Orientar o idoso para o autocuidado na alimentação (01)	Controlar a alimentação e o peso		
Informar onde ele está si o paciente esta desorientado (09)	Oferecer dados, tais como eventos atuais, estações, locais e nomes para auxiliar na orientação		
Solicitar aos familiares e amigos que vejam o paciente individualmente ou em pares, se necessário para reduzir a estimulação	Cuidar da visita do familiar para que não seja muito rápida, evitando confundir mais ainda o paciente 08		

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

A estabilidade do corpo depende da recepção das informações de componentes sensoriais, cognitivos (orientação tempo - espacial, memória, capacidade de planejamento e decisão, linguagem, etc), integrativos centrais (funções cerebrais) e musculoesquelética de forma integrada (PEREIRA et al., 2001).

O termo Demência tem origem no latim, *dementia* (de+mentia), cujo significado é ausência de mente, um estado em que o sujeito estaria ausente de sua razão, em estado de alienação ou loucura (BOTTINO et al., 2006).

O conceito de demência foi resgatado pelo psiquiatra francês Esquirol separando oficialmente as duas grandes síndromes que acompanham esse comprometimento intelectual; a primeira que é considerada congênita, a síndrome oligofrênica, e a segunda adquirida, a síndrome demencial (CAIXETA, 2004).

Demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio de memória associado a *déficit* em pelo menos uma função cognitiva como orientação, raciocínio, atenção, inteligência geral, aprendizagem, linguagem, funções executoras (capacidade de planejamento, resolução de problemas, flexibilidade, abstração e conceituação), organização viso-espacial, funções motoras e funções perceptuais de modo que interfira no desempenho das atividades do indivíduo, nas diversas áreas da sua vida. Para esses autores outras evidências ainda podem estar presentes como: mudanças no comportamento, no humor, na personalidade e prejuízo no desempenho psicossocial do indivíduo (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; MONTAÑO; RAMOS, 2005)

Obviamente, se ocorrem alterações dessas funções neurais e comportamentais do indivíduo o enfermeiro devere atender as atividades como **“monitorar a função cognitiva usando um instrumento padronizado de investigação”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) e **“identificar perigos potenciais no ambiente do paciente e remove-los”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) as quais foram já descritas.

Dentro do cuidado abrangente ao paciente com demência a atividade **“controlar a alimentação e o peso”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) deve ser realizada pelo enfermeiro para evitar complicações como a desnutrição (MC CLOSKY, 2004). Segundo o grau da evolução da demência há um comprometimento das capacidades funcionais (déficit de memória, percepção, coordenação motora) (Da

COSTA et al., 2011), o que pode tornar ao indivíduo dependente e com dificuldades para realizar o seu autocuidado como alimentar-se.

Avaliação da ingestão alimentar considera a quantidade e a qualidade da dieta e também a frequência com a qual são consumidos determinados alimentos e nutrientes (SMELTZER; BARE, 2005; TIMBY, 2007).

Para controlar a alimentação, é preciso que o enfermeiro avalie, fiscalize, e vigie o momento em que o paciente esta se alimentando reforçando a importância desta ingesta alimentar. Conseqüentemente, após o termino das refeições, o enfermeiro deverá registrar os alimentos consumidos e aqueles não consumidos pelo paciente, assim, garantir um relatório mais preciso dos alimentos consumidos diariamente. O enfermeiro, o nutricionista e o médico são responsáveis pelo estado nutricional do paciente e determinação dos componentes alimentares para manter o equilíbrio nutricional.

“Oferecer dados, tais como eventos atuais, estações, locais e nomes para auxiliar na orientação” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), é uma atividade que ajuda o paciente a manter-se orientado no tempo e no espaço. Outras estratégias que o enfermeiro usa são: colocar no quarto calendários, relógios e fotos, bem como manter os pertences sempre nos mesmos locais. Já medidas como o uso de frases curtas, simples e com um tom de suave, também são eficazes (MC CLOSKY, 2004).

Pacientes com demência tem limitada a capacidade para compreender e processar o que esta ocorrendo no ambiente (MC CLOSKY, 2004), a atividade **“solicitar aos familiares e amigos que vejam o paciente individualmente ou em pares, se necessário para reduzir a estimulação”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), pode contribuir para diminuir a estimulação, assim como manter a porta do quarto fechada no momento de maior atividade no hospital (MC CLOSKY, 2004) .

Os enfermeiros devem entender e compreender as condutas para o paciente com demência e manter um plano de cuidados bem delineado para ajudar ao paciente durante na internação.

Intervenção de enfermagem: **SUPERVISÃO: Segurança**

SUPERVISÃO: Segurança é definida como “**coleta e análise propositais e contínuas de informações sobre o paciente e o ambiente para ser utilizadas na promoção e na manutenção de sua segurança**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008); desta intervenção foram mapeadas três atividades (42,8%) de um total de sete (Tabela 5).

Tais atividades estão focadas na identificação do estado de consciência ou estado neurológico do paciente e identificação dos riscos no ambiente que possam representar perigos potenciais.

De acordo com o anteriormente exposto “**monitorar o paciente quanto a alterações no funcionamento físico ou cognitivo capazes de conduzir a comportamentos de risco**” é uma atividade que tem que ser atendida prontamente, pois alterações no estado físico ou cognitivo coloca o paciente e principalmente o idoso em situação de risco.

Tabela 5 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **SUPERVISÃO: Segurança** proposta pela NIC do diagnóstico Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado neurológico (01) - Verifique o estado de consciência (03) - Avaliar o estado de consciência (04) - Observar a presença de danos físicos (04) - Monitorar o estado de consciência (07), (08) - Perguntar que dia é hoje, onde ele está, se sabem quem ele é, se sabem quem é, quem o acompanha em pacientes com transtorno mental (09) - Perguntar ao paciente seu nome, dia, para ver se ele está orientado (10) 	Monitorar o paciente quanto a alterações no funcionamento físico ou cognitivo capazes de conduzir a comportamentos de risco	3	42,8

continua...

prática de apoio, promovem a qualidade da atenção e a prevenção dos eventos adversos como quedas e infecções intra-hospitalares. Na proposta das intervenções da NIC não foi considerada a Supervisão para atender o risco de quedas; ela é definida como “aquisição, interpretação, e síntese propositais e contínuas dos dados do paciente visando a tomada de decisão clínica.

A capacidade das pessoas de proteger-se de lesões é afetada por fatores como a idade e etapa de desenvolvimento, o estilo de vida, a mobilidade e o estado de saúde, alterações sensoriais e perceptivas, a consciência cognitiva, o estado psicossocial, a capacidade de comunicação, a consciência sobre a segurança, e os fatores ambientais.

Pode-se observar a grande quantidade de fatores que condicionam a segurança do paciente no ambiente hospitalar onde a figura principal é certamente o paciente e os enfermeiros devem determinar quais necessidades tem que ser abordadas com base em prioridades o qual significa que umas são mais urgentes que outras (SMELTZER; BARE, 2005).

Intervenção de enfermagem: **Monitoração de SINAIS VITAIS**

É definida como “**verificação e análise de dados cardiovasculares, respiratórios e da temperatura corporal para determinar e prevenir complicações**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008). Essa intervenção teve três atividades (12%) mapeadas de um total de 25 (Tabela – 6).

A intervenção por si mesma, parece tão simples e rotineira ao enfermeiro, mas tem a ver com as funções hemodinâmicas do paciente, considerando-se relevante. “**Monitorar a pressão sanguínea, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, quando adequado**”; esta é uma atividade básica e frequentemente realizada no hospital, pois permite ter uma avaliação do estado de saúde do paciente ou avaliar distúrbios (POTTER, 1999), pois mudanças dos sinais vitais podem indicar alterações no estado de saúde (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

Tabela 6 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **Monitoração de SINAIS VITAIS** proposta pela NIC do diagnóstico Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro., México, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
- Verificar os sinais vitais 03 - Monitorar os sinais vitais 04,05,07 - Monitorar os sinais vitais 06,07, 08 - Monitorar a frequência cardíaca e TA 10	Monitorar a pressão sanguínea, o pulso, a temperatura e o padrão respiratório, quando adequado	3	12
- Observar as mudanças nos sinais vitais e informar o médico 10	Observar as tendências e as flutuações na pressão sanguínea		
-Comparar os dados anteriores dos sinais vitais com os atuais 05	Identificar as possíveis causas de mudanças nos sinais vitais		

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

“Observar as tendências e as flutuações na pressão sanguínea” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) é atividade que tem que ser feita e avaliada pelos enfermeiros pois múltiplos fatores como temperatura do ambiente, o esforço físico e o efeito da doença podem concorrer para alterações dos sinais vitais (POTTER, 1999); cabe ainda destacar que é uma responsabilidade do enfermeiro garantir a precisão dos dados observados nos sinais vitais e comunicar os achados anormais (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

O enfermeiro deve conhecer os valores normais dos sinais vitais para **“identificar as possíveis causas de mudanças nos sinais vitais”** (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008), por exemplo, nos pacientes que tomam medicamentos que afetem as funções cardiovascular ou respiratória ou que tenham feito alguma cirurgia. A frequência na medição será dependente das condições de gravidade do estado de saúde do paciente; geralmente nas instituições há uma política que menciona quando e com que frequência eles devem ser investigados como rotina (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

nomeada pelos sujeitos o estudo.

A identificação do risco deve ser apoiada pelo uso de instrumentos confiáveis e realizada a cada troca de plantão, pois o estado de saúde pode mudar por fatores que interatuam e que podem mudar as condições clínicas do paciente.

A literatura apoia a prática do uso de instrumentos como escalas para avaliar o risco de quedas (KIM et al., 2007; PERREL et al., 2001), destacam que esses instrumentos têm que ter alta especificidade, sensibilidade e valor preditivo para ser útil a tomada de decisões dos profissionais (O'CONNELL; MYERS, 2002). Exemplos destes instrumentos são as escalas de Hendrich, Morse Falls Scale e ST Thomas (O'CONNELL; MYERS, 2002; KIM et al., 2007). No México, a Comissão Permanente de Enfermagem, no ano 2010, elaborou um protocolo para prevenção de quedas, o qual inclui um instrumento para avaliar o risco de quedas nos pacientes hospitalizados em população mexicana (COMISSÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM, 2010).

O risco de quedas tem que ser identificado e documentado nos registros de enfermagem, a intervenção Identificação de risco também faz parte do plano de cuidados proposto pela mesma organização (COMISSÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM, 2010).

A atividade “**identificar recursos institucionais para auxiliar a reduzir os fatores de risco**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008), em especial aqueles que contribuem para as quedas podem ser minimizados a través de uma iluminação adequada, redução de obstáculos, controle de perigos no banheiro e medidas de segurança (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

Intervenção de enfermagem: **POSICIONAMENTO**

POSICIONAMENTO definido como “**posicionamento deliberado do paciente ou de parte de seu corpo para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008); com 36 atividades (19,4%) sendo mapeadas sete (Tabela 8).

As atividades mais nomeadas pelos enfermeiros foram: “**encorajar ao paciente para realizar exercícios ativos ou passivos**”, “**virar o paciente**

imobilizado no mínimo a cada duas horas” e “usar recursos para apoiar os membros, as duas últimas atividades estão relacionadas com a prevenção de úlceras por pressão” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008).

O posicionamento que mantém o alinhamento corporal correto e facilita o funcionamento fisiológico, contribuem para o bem estar físico e psicológico do paciente (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007). O posicionamento faz parte das intervenções para a prevenção das úlceras por pressão que é outro indicador de segurança do paciente. A presença de úlceras por pressão leva a um desgaste físico e psicológico do paciente então o posicionamento faz parte das atividades frequentemente realizadas pelos enfermeiros na prática hospitalar, é também uma intervenção que implica o desenvolvimento de múltiplas atividades para diminuir o risco para quedas. Uma situação observada no ambiente hospitalar quando os pacientes tem colchão de água para a prevenção de úlceras de pressão, o nível do paciente no leito é elevado ficando as vezes no mesmo nível que as grades do leito, o que acrescenta o risco para quedas ou então o paciente tem que ser contido fisicamente com maior risco para quedas ou lesões na pele.

O enfermeiro deve avaliar o paciente quanto os riscos da imobilidade por meio do exame físico e anamnese. Há muitos riscos fisiológicos que podem ser condicionados pela imobilidade, por exemplo, no “sistema metabólico os achados anormais como: retardamento na cicatrização de feridas, atrofia muscular, diminuição na quantidade de gordura subcutânea, edema generalizado; respiratório: assimetria no movimento da parede torácica, dispnéia estertores sibilos, frequência respiratória aumentada; cardiovascular: hipotensão ortostática, frequência cardíaca aumentada, terceira bulha cardíaca, pulsos periféricos fracos, edema periférico; musculoesquelético: eritema, diâmetro aumentado na panturrilha ou coxa, ADM diminuída, contratura auricular, Intolerância á atividade, atrofia muscular contratura da articulação; pele: perda da integridade cutânea; eliminação: debito urinário diminuído, urina turva ou concentrada, movimentos intestinais com frequência diminuída, distensão da bexiga e do abdome sons intestinais diminuídos” (Potter 1999, p837). O enfermeiro deve conhecer todos estes fatores relacionados com a imobilidade e encorajar o paciente para ser mais ativo na medida do possível enquanto ele esteja no

hospital, as complicações derivadas da imobilidade são piores e dão como consequência uma longa permanência hospitalar.

A marcha é atividade mais comum que as pessoas realizam, sendo uma habilidade motora fundamental para a locomoção (CRISTOPOLISKI et al., 2008) já nos pacientes acamados e com imobilidade limitada pela própria doença o imposta por prescrição médica e principalmente os idosos podem sofrer lesões na pele ou úlceras, motivo pelo qual mudanças no posicionamento devem ser feitas.

Segundo Taylor, Lillis e LeMone (2007), o posicionamento que mantém o alinhamento correto do corpo e facilita o funcionamento fisiológico contribui para o bem-estar físico como psicológico do paciente a atividade **“colocar o paciente na posição terapêutica designada”** (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) é recomendada, parte do corpo tende a deslocar se pela força da gravidade no alinhamento, a menos que um apoio adequado seja providenciado. O posicionamento então é protetor quando é feito de forma apropriada.

“Posicionar o paciente para aliviar a dispneia (p. exp., posição semi-fowler), quando necessário” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) a posição costuma ser usada para promover o funcionamento respiratório e cardíaco porque os órgãos abdominais descem nessa posição e assim propiciam o espaço máximo na cavidade torácica.

Encorajar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, quando adequado” o objetivo dos exercícios de amplitude de movimento e manter o paciente no melhor estado físico possível quando for necessário o repouso no leito e devem ser considerados no plano de cuidados do paciente especificando o que, como e quando , para que todos que cuidam do paciente observem a mesma rotina. Tantos os exercícios passivos quanto os ativos melhoram a mobilidade da articulação e aumentam a circulação da parte afetada mas somente o ativo aumenta a massa, a tonicidade e a força muscular e melhoram o funcionamento cardíaco e respiratório.

Tabela 8 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **POSICIONAMENTO** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Gro. Méx, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
- Colocar ao paciente na posição semifowler (01)	Colocar o paciente na posição terapêutica designada	7	19,4
- Colocar ao paciente na posição semifowler (01) - Manter a posição semifowler e a oxigenação (08)	Posicionar o paciente para aliviar a dispnéia (p. exp., posição semi-Fowler), quando necessário		
-Recomendar exercícios passivos e ativos das extremidades em pacientes acamados (04) -Ensinar o paciente e familiar exercícios ativos e passivos para os pacientes acamados (04) -Sugerir exercícios ativos e passivos em membros inferiores e superiores (06) - Recomendar exercícios ativos e passivos na cama (08)	Encorajar exercícios ativos ou passivos de amplitude de movimentos, quando adequado		
- Mobilizar o paciente usando a técnica de rolar quando necessário (01)	Virar o paciente usando a técnica de rolar		
- Mobilizar o paciente para evitar lesões da pele (02) -Observar a pele do paciente na troca de posição (07) -Mudar de posição frequente nos pacientes acamados (02) - Mobilizar p paciente deitado com horário (04) - Mudanças de posição a cada 2 hs (05), (06) -Mudanças de posição frequentes para evitar úlceras (08) - Fazer mudanças de posição a cada duas horas (09) - Mobilizar o paciente de acordo com o relógio (10)	Virar o paciente conforme indicado pela condição da pele		
- Mobilizar o paciente para evitar lesões da pele (02) -Observar a pele do paciente na troca de posição (07) -Mudar de posição frequente nos pacientes acamados (02) - Mobilizar o paciente deitado com horário (10) - Mudar posição a cada 2 hs (05), (06) - Mudar a posição frequente para evitar úlceras (08) - Fazer mudanças de posição a cada duas horas (09) - Mobilizar o paciente de acordo com o relógio (10)	Virar o paciente imobilizado no mínimo a cada duas horas, de acordo com uma programação específica, quando adequado		
- Proteger as saliências ósseas (04) -Usar almofadas para proteger as saliências ósseas (05) - Recomendar o uso de almofadas para proteger as saliências ósseas (06) -Colocar almofadas para proteger as proeminências ósseas (07) - Usar proteção para as saliências ósseas (09) - Colocar almofadas para prevenir úlceras (10)	Usar recursos adequados para apoiar os membros (p. ex., apoio para mãos e trocânter)		

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

“Virar o paciente usando a técnica de rolar” e “virar o paciente conforme o indicado pela condição da pele” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) são atividades para a prevenção de lesões na pele ou úlceras de pressão. Durante a doença, o repouso no leito tem que ser mantido ao mínimo, porque mesmo por períodos curtos de repouso levam com rapidez a perda do condicionamento físico e, por conseguinte a uma série de complicações. As frequentes alterações na posição ajudam a compensar os riscos relacionados com a imobilidade. “virar o paciente imobilizado no mínimo a cada duas horas, de acordo com uma programação específica, quando adequado” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) torna se necessário nas instituições da saúde, uma atividade muito útil, implementar uma agenda de virada do paciente com intervalo a cada duas horas para proteger os pacientes com risco de desencadear efeitos adversos pela pressão.

Muitos dispositivos podem ajudar a manter o correto alinhamento do corpo e a tonicidade dos músculos em pacientes acamados e aliviar o desconforto ou a pressão em varias partes do corpo. É conveniente então “usar recursos adequados para apoiar os membros (p. ex., apoio para mãos e trocânter)”, por exemplo, travesseiros utilizados para fornecer apoio o para elevar uma parte de corpo. O colchão, ele deve ser firme, mas ceder o suficiente para permitir o alinhamento do corpo. Barra de trapézio torna o movimentar se e o girar mais fáceis para o paciente e ajuda na transferência para a cama, além que pode ser usado para fazer exercícios que fortalecem músculos nas extremidades superiores (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

Uma atividade não citada na NIC e que faz parte do posicionamento é manter a cama do paciente hospitalizado com altura a 30° (GUIA DE PREVENÇÃO DE LESÕES POR ÚLCERAS POR PRESSÃO, 2009), se altura do leito é maior o corpo do paciente vai descendo na cama e exerce pressão e risco de desenvolver lesão na pele ou desenvolver úlceras por pressão.

Intervenção de enfermagem: **POSICIONAMENTO: Cadeira de Rodas**

A intervenção **POSICIONAMENTO: Cadeira de Rodas** entendida como

“colocação de paciente em cadeira de rodas adequadamente escolhida, de modo a intensificar o conforto, promover a integridade da pele e favorecer a independência” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008); foi mapeada e refinada com duas atividades (9,5%) de um total de 21 (Tabela 9).

Ao movimentar o paciente do leito para a cadeira, segurança e conforto são as preocupações chaves que tem o enfermeiro quando ajuda o paciente a sair do leito (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007). A atividade “**verificar se os apoios para os pés apresentam pelo menos 5 cm de distancia do chão**” é exigida para evitar lesões nos pés; já a atividade “**ajustar o apoio das costas de modo de oferecer a quantidade de apoio necessária, em geral em 10 a 15° da vertical**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) é outra atividade necessária, pois as vezes precisa-se ajustar a posição do paciente utilizando travesseiros para manter o alinhamento apropriado do corpo e oferecer conforto e segurança (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

Tabela 9 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **POSICIONAMENTO: Cadeira de Rodas** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
- Colocar os pés do paciente no descansa pés (07) - Colocar os pés no apoio dos pés para evitar lesões (08) - Colocar os pés no apoio para os pés (09)	Verificar se os apoios para os pés apresentam pelo menos 5 cm de distancia do chão	2	9,5
- Indicar ao paciente que fique sentado com as costas no respaldo da cadeira (07)	Ajustar o apoio das costas de modo de oferecer a quantidade de apoio necessária, em geral em 10 a 15° da vertical		

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

Neste conjunto de atividades para o posicionamento da Classe Controle da Imobilidade uma atividade que tem que ser levado em conta é avaliar o peso do paciente; pessoas obesas podem ter risco aumentado para quedas. Antes de movimentar ao paciente deve ser feita uma avaliação das condições físicas, muitas vezes o paciente não tolera a transferência e deve ser colocado na posição inicial.

Nestas circunstâncias, não raro na prática diária se observa a necessidade de se administrar oxigênio quando a função de respirar é comprometida.

Para o enfermeiro pode resultar muito útil o instrumento de Radovanovic e Alexandre (2002), desenvolvido para avaliar a movimentação e transferência de clientes já supracitado, que contempla as características de peso e capacidade para a transferência, assim como as características do ambiente. Esses aspectos, a serem avaliados na hora de movimentar o paciente, além de diminuir os riscos para o paciente também o fazem para os enfermeiros, uma vez que contribuem para a estimativa da assistência requerida na movimentação e transporte dos pacientes.

A esse respeito Taylor, Lillis e LeMone (2007) apontam que uma medida muito simples que o enfermeiro deve considerar na hora do posicionamento, transporte ou ajuda na transferência, é que um paciente capaz de levantar uma perna apenas 2,5 cm a partir da cama possui energia suficiente para começar a caminhar”, já que “alguns pacientes confinados ao leito por longo período acham que devem, praticamente, aprender a caminhar de novo. Muitas vezes os enfermeiros desempenham um papel importante na recuperação, na perspectiva mental, na esperança e na fé do paciente, em especial quando este deve aderir a um programa rígido de reeducação de grupos musculares.

Intervenção de enfermagem: **Assistência no AUTOCUIDADO: Transferência.**

Assistência no AUTOCUIDADO: Transferência definida como: “**auxílio a pessoa para transferir-se de um local a outro**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008); foi mapeada com três atividades (20%) dentre as 15 propostas (Tabela 10).

A transferência dos pacientes no ambiente hospitalar representa um fator de risco para quedas. Os enfermeiros geralmente prestam cuidado aos pacientes imobilizados no tempo da hospitalização e algumas técnicas de transferência têm que ser utilizadas, por exemplo, movimentação no leito, transferir o paciente do leito para a poltrona ou para a cadeira (POTTER, 1999).

A atividade “**determinar a capacidade atual do indivíduo para transferir-se (p. ex., força muscular, nível de capacidade, resistência)**” (DOCHETERMAN;

BULECHEK, 2008) deve se considerar ao movimentar o paciente, pois pacientes com comprometimento do sistema nervoso, ósseo ou muscular e aumento da fraqueza e da fadiga podem precisar de ajuda para manter o alinhamento (POTTER, 1999) ou mudar de posição.

Em pacientes que apresentam problemas como peso excessivo ou gesso (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007), por exemplo, a atividade **“oferecer suporte ao corpo e às extremidades durante a transferência, se adequado”** (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) pode exigir mais uma pessoa para sustentar a parte mais pesada ou incomoda do paciente (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

Tabela 10 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **Assistência no AUTOCUIDADO: Transferência** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
- Avaliar a força do paciente para movimentar-se (02) - Perguntar a capacidade para mover-se, se não há fraqueza muscular (03)	Determinar a capacidade atual do indivíduo para transferir-se (p. ex., força muscular, nível de capacidade, resistência).	3	20
- Ajudar o paciente a levantar- se (02)	Oferecer suporte ao corpo e às extremidades durante a transferência, se adequado		
- Avaliar o risco para o uso de dispositivos de ajuda (09)	Orientar a pessoa sobre o uso adequado de recursos auxiliares para a deambulação (p.ex., muletas, cadeira de rodas, andadores, barra tipo trapézio, bengala)		

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

Se o paciente usa algum dispositivo auxiliar , a atividade **“orientar a pessoa sobre o uso adequado de recursos auxiliares para a deambulação (p.ex., muletas, cadeira de rodas, andadores, barra tipo trapézio, bengala)”** (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008) deve ser observada e determinar se essa ajuda esta satisfazendo as necessidades do paciente, se é exigida para que o paciente possa deambular e se

está sendo utilizada com segurança (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

Radovanovic e Alexandre (2002) desenvolveram um instrumento para avaliar a movimentação e transferência dos clientes com um enfoque ergonômico com oito itens a avaliar: peso, altura, nível de consciência, psicomotricidade, mobilidade da cama, transferência da cama/maca para maca ou cama/cadeira e vice-versa, deambulação, cateteres e equipamentos utilizados pelo cliente e ambiente do cliente. Os autores consideram que aplicação prática do instrumento desenvolvido neste trabalho oferece subsídios para o trabalhador da saúde, na realização do planejamento da assistência segundo o grau de dependência do paciente e da avaliação do ambiente, considerando que além dos benefícios ergonômicos, seu uso pode contribuir na diminuição do risco para quedas ao avaliar melhor o paciente para a transferência. Ao ser movimentado o paciente fica exposto a sofrer queda se o enfermeiro não faz uso das precauções correspondentes.

Intervenção de enfermagem: **TRANSPORTE**

Transporte é definido como “**movimentação de um paciente de um local para outro**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008), esta intervenção teve uma atividade mapeada (5.5) dentre as 18 propostas (Tabela 12).

Tabela 11 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção TRANSPORTE proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.

Atividades mapeadas pela pesquisadora*	Atividades citadas na NIC	No de atividades refinadas pelos expertos	%
- Mover o paciente usando lençóis clínicos (01)	Transferir o paciente da cama para a maca, ou vice-versa, usando um lençol móvel, quando adequado	1	5,5

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

A atividade “**transferir o paciente da cama para a maca ou vice-versa,**

usando um lençol móvel, quando adequado” tem a ver com as técnicas que o enfermeiro faz uso no dia a dia para a mobilidade do paciente; os lençóis são empregados para sustentar o peso do paciente e reduzir o atrito durante o levantamento. (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007). Um lençol móvel usado para movimentar o paciente pode ser posicionado desde a parte superior das costas até as coxas, auxiliando a se evitar o atrito quando um paciente incapacitado é movimentado, erguido ou virado de um lado para outro. O lençol também pode ser usado para mobilizar na transferência do paciente da cama para outra superfície, ou da maca ou cadeira de rodas (TIMBY, 2007)

Intervenção de enfermagem: **Controle da DOR**

Controle da DOR definida como “**alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto que seja aceitável pelo paciente**” (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008), de um total de 43 atividades foram refinadas quatro (9.3%) (Tabela 12).

“**Realizar uma avaliação abrangente da dor, que inclua o local, as características, o início/a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade, ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes**”. A Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) incorporou a avaliação e tratamento da dor em todos os pacientes e diz que os pacientes possuem o direito da avaliação e tratamento apropriado no controle da dor, razão pela qual a dor é considerada como o quinto sinal vital e deve ser tão automaticamente avaliada quanto a obtenção da pressão sanguínea e pulso do paciente. (SMELTZER; BARE, 2005). O estudo de Nascimento e Kreling (2011), sobre a avaliação da dor como quinto sinal, na opinião dos profissionais de enfermagem, cerca de 70% dos enfermeiros relata avaliar a dor, como sinal vital, sendo o bem estar do paciente o principal motivo para sua avaliação.

Tabela 12 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **Controle da DOR** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
<ul style="list-style-type: none"> - Perguntar ao paciente sobre o tipo da dor - Interrogar se a dor esta presente (09) 	Realizar uma avaliação abrangente da dor, que inclua o local, as características, o início/a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes	4	9,3
<ul style="list-style-type: none"> -Administrar medicamentos por prescrição médica (01) -Administrar medicamentos por prescrição médica ou PRN (02) - Administrar analgésicos se o paciente tiver a dor (04) - Administrar analgésico em caso da dor (09) 	Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia		
<ul style="list-style-type: none"> - Observar os efeitos terapêuticos dos medicamentosos (01) 	Avaliar, com o paciente e a equipe de cuidados de saúde, a eficácia de medidas de controle da dor que têm sido utilizadas		
<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar alguma técnica de relaxamento (04) 	Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (p.ex., biofeedback, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, jogo terapêutico, terapia ocupacional, acupressão aplicação de calor/frio e massagem) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor ocorra ou aumente; e junto com outras medidas de alívio de dor		

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

A dor é classificada pela duração, localização e etiologia. Pela duração pode ser categorizada em dor aguda, crônica e a dor ligada ao câncer (SMELTZER; BARE, 2005); de acordo com a localização pode ser considerada por exemplo, dor pélvica, a dor cefálica e dor torácica. Conhecer sua localização é importante para a comunicação e tratamento da dor (SMELTZER; BARE, 2005). Por último, a classificação da etiologia

é outra maneira de identificar a dor para seu controle, por exemplo, a dor da queimadura e a neuralgia pós-herpética. O uso dessa categorização permite aos enfermeiros realizar as intervenções para o controle da dor.

Os enfermeiros passam muito tempo com os pacientes, em especial no atendimento daqueles que referem dor, quando precisam conhecer a fisiopatologia, as consequências fisiológicas e psicológicas da dor aguda e crônica e os métodos usados para tratar a dor. Aqui a atividade **“avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia das medidas de controle da dor que têm sido utilizadas”** (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008), tem muita importância, pois a avaliação da dor é complexa. Apontam Budó et al. (2007), que a cultura exerce grande influência em todos os aspectos na vida das pessoas e exerce um grande efeito na tolerância ou não a dor. O paciente é a melhor autoridade sobre a existência da dor (SMELTZER; BARE, 2005).

A atividade mais citada pelos enfermeiros nesta intervenção foi a relacionada com administração de medicamentos em caso de dor; segundo a NIC a atividade é **“assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia”** (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008), para a qual o enfermeiro deve fazer uma avaliação previa; é importante acreditar no paciente que relata a dor e estar alerta nos pacientes que negam a dor pois alguns pacientes negam a dor porque eles temem o tratamento que pode sobrevir no caso de relatar ou aceitar a dor (SMELTZER; BARE, 2005).

A enfermeira serve como defensora quando o tratamento da dor do paciente é ineficaz e como educadora para o paciente e a família (SMELTZER; BARE, 2005) como por exemplo, na atividade **“ensinar o uso de técnicas não farmacológicas (p.ex., biofeedback, TENS, hipnose, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, distração, jogo terapêutico, terapia ocupacional, acupressão aplicação de calor/frio e massagem) antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor ocorra ou aumente; e junto com outras medidas de alívio de dor”** (DOCHETERMAN; BULECHEK, 2008).

Budó et al. (2007) apontam que a dor é uma parte inseparável da vida cotidiana, sendo um dos sintomas mais presentes na prática dos profissionais de

saúde. A dor constitui uma experiência privada e subjetiva, não resultando apenas de característica de lesão tecidual, mas que integra também fatores emocionais e culturais individuais.

Kreling, Cruz e Pimenta (2006) pesquisaram sobre a prevalência da dor crônica em adultos, sendo encontrada 61,4% mais nas mulheres do que os homens; os locais da dor mais prevalentes foram cabeça (26,7%) região lombar (19,4%) e membros inferiores (13,3). As autoras concluem que a análise desses resultados evidencia a alta prevalência de dor crônica e a importância das cefaleias e dores lombares como possíveis determinantes de prejuízos pessoais e sociais.

Diante do anteriormente exposto, observa-se a importância da intervenção adequada para atender o paciente com dor pela conjugação de fatores que podem intervir no tratamento correto da dor além do fato de ser a dor sem um fator que pode ocasionar quedas. O estudo de Cruz et al. (2011) mostra que os idosos acima de 60 anos com dor a mais de um ano tiveram prevalência de 56,29% de ocorrência de quedas, concluindo que um melhor controle da dor pode diminuir o risco de quedas em idosos com dores crônicas e estes pacientes precisam ser avaliados e controlados pelos profissionais da saúde.

Intervenção de enfermagem: **Controle da Eliminação URINARIA**

Controle da eliminação urinária é definido como “**manutenção de um ótimo padrão de eliminação de urina**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008); foram mapeadas três atividades (17,6%) de um total de 17 (Tabela 13).

No México, a prevenção da infecção em pacientes com cateter de demora e também um indicador de segurança do paciente (COMISSÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM, 2010) o qual se relaciona com as atividades mapeadas, pois é uma intervenção desenvolvida pelos enfermeiros.

Tabela 13 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **Controle da Eliminação URINARIA** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro, México, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
- Observar as características da urina (03) - Verificar as características da urina (06) - Monitorar as características da urina (09) - Observar as características da urina (10)	Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, consistência, o odor, o volume e a cor, quando adequado	3	17,6
- Informar o paciente sobre os dados de infecção urinária (04) - Informar sobre os dados de infecção urinária (10) - Perguntar se não há dados de infecção (06)	Ensinar ao paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário		
- Solicitar ao paciente quando necessário uma mostra de urina para descartar infecção urinária (08)	Obter amostra do jato médio de urina para análise, quando adequado		

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

A atividade “**monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, consistência, o odor, o volume e a cor, quando adequado**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) foi citada por apenas quatro enfermeiros, em que pese sua relevância. O enfermeiro deve conhecer as mudanças fisiológicas do envelhecimento sobre a eliminação urinária, por exemplo a capacidade diminuída da bexiga de conter urina que pode dar como conseqüências nicturia e aumento da frequência da micção, assim como a contratilidade diminuída da bexiga pode estar afetada e levar a retenção da urina e estase, o que aumenta a infecção do trato urinário. Ainda podem estar associados os problemas neuromusculares, articulares, degenerativos ou alterações no processo do pensamento que podem interferir no controle voluntário e na capacidade do idoso para chegar ao vaso sanitário a tempo (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007).

A outra atividade mapeada foi “**ensinar ao paciente sinais de infecção do trato urinário**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008); deve-se estar alerta ao fato de pacientes com imobilidade prejudicada poderem apresentar dados de infecção urinária, como no caso dos idosos acamados ou pacientes com contenção física. No registro clínico de enfermagem no hospital do IMSS o enfermeiro tem que documentar as

características da urina quando o paciente apresenta-se com cateter de demora (INSTRUTIVO DE REGISTROS CLÍNICOS, 2004).

A atividade “**obter amostra do jato médio de urina para análise, quando adequado**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) pode ser necessária quando se suspeita de infecção urinária; acredita-se que a urina eliminada no jato médio seja a mais característica, reduzindo-se a interferência de possível presença de microrganismos externos a bexiga. O paciente que é capaz de executar a técnica de forma apropriada pode coletar sua amostra de urina estéril e as vezes ele prefere fazer isso (TAYLOR; LILLIS, LeMONE, 2007).

Intervenção de enfermagem: **Controle de MEDICAMENTOS**

Controle de medicamentos é definido como “**a facilitação do uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos e não prescritos**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008); tal intervenção contém 36 atividades sendo que cinco (13,8 %) foram mapeadas (Tabela 14).

O medicamentos nos idosos representa um fator importante para ocorrência de quedas, daí a relevância de se “**determinar quais medicamentos são necessários e administrá-los de acordo com a autoridade prescritiva e/ou o protocolo da instituição**”.

O estudo de Shuto et al. (2010) mostra que o uso de antihipertensivos, antiparkinsonianos, antiansiolíticos e agentes hipnóticos foram significativamente associados com risco de quedas. Os autores concluem que os profissionais médicos devem estar conscientes da possibilidade de um novo medicamento como antiparkinsonianos, antihipertensivos, antiansiolíticos e agentes hipnóticos atuar como um disparador para iniciar uma queda. No estudo de Hamra, Barbosa e Miguel (2007), verificaram que o uso de medicamentos pode ser considerado como fator de risco para fratura por quedas, alertando para a atenção da equipe médica, paciente e seus familiares, no sentido de se tentar evitar quedas principalmente quando o uso de medicamentos é necessário.

Deve ser levado em conta que a maioria dos pacientes hospitalizados são idosos e que o uso de polifármacos (antihipertensivos, ansiolíticos, hipnóticos) é frequente, o que pode acarretar como consequência as quedas. A NANDA-I destaca também os medicamentos como um dos fatores de risco para quedas (NANDA 2010, PAG 344)

A administração de medicamentos é regulamentada e os profissionais de enfermagem devem ter conhecimento de seus limites, habilidades, funções e responsabilidades nesta área de atuação (KOZIER et al., 2008). O atuar em discordância aos preceitos ético-legais da prática de enfermagem põe em perigo a segurança do paciente e do profissional (KOZIER et al., 2008); tal relevância contribuiu para que a OMS tenha elaborado estratégias para a segurança do paciente em relação a medicamentos.

Tabela 14 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **Controle de MEDICAMENTOS** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro., México, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
-Administrar medicamentos por prescrição médica (01) -Administrar medicamentos por prescrição ou PRN (02)	Determinar quais medicamentos são necessários e administrá-los de acordo com a autoridade prescritiva e/ou o protocolo da instituição	5	13,8
-Observar os efeitos terapêuticos dos medicamentos (01) - Monitorar o estado de consciência quando se administra relaxante (07) - Perguntar se tem alergia a qualquer medicamento (06) - Perguntar sobre o histórico de alergias (08) - Avaliar as drogas que possam alterar o estado mental do paciente (09) - Perguntar se tem alergia a qualquer medicamento (10)	Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico do medicamento		
-Informar o paciente e familiares para que alerte a enfermeira se o paciente tiver alguma alteração com o uso da medicação (04) - Observar a presença de reação alérgica (05) - Informar os efeitos colaterais dos medicamentos (08)	Monitorar os efeitos adversos do medicamento		

continua...

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
-Informar sobre o medicamento que é administrado e para o que é (07) -Informar o paciente e família o medicamento que é e para que é (05) - Informar o paciente e família qual é o medicamento e para que é (10)	Revisar periodicamente com o paciente e/ou família os tipos e as quantidades de medicamentos tomados		
-Informar ao paciente e família sobre os efeitos dos medicamentos (04) -Explicar os efeitos da droga a ser aplicada (06)	Ensinar ao paciente e/ou família a ação esperada e os efeitos secundários do medicamento		

conclusão.

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

Estudos feitos no Brasil (CAMERINI; SILVA, 2011, GIMENEZ et al., 2011), mostram que os erros na medicação são eventos adversos frequentes no meio hospitalar.

Em nosso meio os medicamentos são prescritos pelos médicos e o enfermeiro é encarregado de sua administração; assim, a atividade “**determinar quais medicamentos são necessários e administrá-los de acordo com a autoridade prescritiva e/ou o protocolo da instituição**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) é muito realizada no ambiente hospitalar.

O efeito terapêutico é a razão pela qual o medicamento foi indicado, podendo ter efeito paliativo, curativo, de apoio, quimioterápico ou restaurador (KOZIER et al., 2008). A atividade “**monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico do medicamento**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) tem a ver com os efeitos do medicamento após de sua aplicação para ver se foi alcançado o objetivo esperado.

O efeito adverso ou secundário é aquele que não se esperava; podem ser inócuos ou potencialmente lesivos. O profissional de enfermagem deve monitorar os efeitos adversos especialmente os relacionados com a dose e comunicá-los ao médico o qual pode suspender o medicamento o mudar a posologia. Devido as grandes complicações que podem ocorrer com os medicamentos a atividade “**monitorar os efeitos adversos do medicamento**” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). deve ser realizada durante e após da administração de medicação.

“Revisar periodicamente com o paciente e/ou família os tipos e as quantidades de medicamentos tomados” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) esta diretamente relacionado com o alcance dos propósitos terapêuticos e identificação de efeitos adversos, situações essas que podem muitas vezes minimizadas pelo enfermeiro ao **“ensinar ao paciente e/ou família a ação esperada e os efeitos secundários do medicamento”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). Por exemplo, no caso do paciente ter dor e usar analgésico, é esperado que o medicamento cause o alívio da dor; o paciente deve ser informado o que se espera e que se tal resultado não for alcançado ele deve informar ao enfermeiro, para que se avalie se será necessário uma dose maior ou outras alternativas terapêuticas, assim como outras possíveis causas dessa dor.

Marin et al. (2004) referem que as múltiplas doenças apresentadas pelos idosos tornam-nos usuários de grande quantidade de medicamentos o que representa um fator preocupante, dado que os efeitos deletérios da interação medicamentosa são mais acentuados nos idosos do que em indivíduos em outras faixas etárias devido as alterações na absorção, metabolismo e eliminação das drogas que ocorrem no seu organismo.

Intervenção de enfermagem: Precauções contra CONVULSÕES

Precauções contra CONVULSÕES, definida como **“prevenção ou redução de possíveis danos sofridos por um paciente com doença convulsiva”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), com 18 atividades das quais foram mapeadas cinco (27,7%). (Tabela 15).

Tabela 15 – Refinamento do mapeamento das atividades indicadas pelos enfermeiros para a intervenção **Precauções contra CONVULSÕES** proposta pela NIC do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em adultos hospitalizados. Querétaro, Qro. México, 2012.

Atividades nomeadas pelos enfermeiros sujeitos*	Atividades mapeadas na NIC revisadas e refinadas pelos expertos	No de atividades refinadas pelos expertos	%
- Avaliar a altura da cama (03)	Providenciar cama com altura baixa, quando adequado.	5	27,7
- Remover os objetos que possam causar dano, - Remover todas as coisas que possam causar dano ao paciente (10) - Observar o ambiente para retirar objetos que possam ferir-lo (03) - Remover do entorno tudo o que possa causar dano (09) - Remover tudo o que possa causar dano e impeça de agir rapidamente (08) - Evitar colocar objetos próximos que possam prejudicar o paciente (09) - Observar o ambiente para identificar riscos (10)	Remover mobiliário baixo (p. ex., mesas menores e banquinhos) que represente perigo de tropeços.		
- Usar cama com grades (01), (04) - Utilizar cama com grades (02) - Colocar cama com grades (09)	Manter erguidas as laterais da cama		
-Informar a família e paciente freqüentemente sobre os riscos da infra estrutura como camas sem grades, altura da cama (05) - Informar o paciente e família sobre as medidas de segurança em pacientes susceptíveis as quedas (06)	Orientar o paciente sobre potenciais fatores precipitantes		
- Informar ao enfermeiro quando o paciente tiver sintomas prodrômicos (03) -Informar ao paciente que fale para a enfermeira caso apresente sintomas prodrômicos de convulsão (09)	Orientar o paciente para solicitar ajuda caso iniciem os sintomas de convulsão		

* Nota: o número entre parênteses corresponde ao número do enfermeiro/sujeito do estudo.

As atividades mapeadas são direcionadas ao controle do ambiente e infraestrutura hospitalar e reforçam a preocupação do enfermeiro em agir para evitar danos ao paciente.

Uma convulsão é um início brusco de descarregas elétricas excessivas em uma zona ou mais do encéfalo (KOZIER et al. 2008), com sintomatologia alarmante tanto para o paciente como para quem esta ao seu redor (PERALES; MOYA, 2005). Devido a falta de controle e agitação do paciente durante esse episódio, o ambiente

hospitalar pode vir a ser um local de risco para o paciente (TENG; YIN 2008) exposto a queda; neste sentido a atividade **“providenciar cama com altura baixa, quando adequado”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) deve ser considerada, uma vez que a altura da cama pode contribuir para queda (TZENG; YIN 2008).

Como já destacado, os enfermeiros conscientemente ou inconscientemente podem colocar a cama na posição mais alta (TZENG; YIN, 2008) contribuindo para ocorrência do evento adverso. O padrão da altura da cama, na posição horizontal, recomenda ter pelo menos duas posições (29,92-31,89 polegadas) na posição mais alta e na posição mais baixa (12,99 -15,94 polegadas).

Os enfermeiros devem ser conscientes do que constitui um ambiente seguro ((KOZIER et al. 2008), especialmente ao considerar a atividade **“remover do ambiente objetos potencialmente perigosos”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008), caso o paciente apresente convulsão; nesta situação deve-se retirar os objetos que podem se encontrar no ambiente que são parte do mobiliário hospitalar por exemplo mesas, lâmpada individual, cadeiras, etc. (Almeida et al., 2008).

“Manter erguidas as laterais da cama” (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). pode ser uma forma de contenção para prevenir queda da cama durante o episódio de convulsão.

A atividade **“orientar o paciente sobre potenciais fatores precipitantes”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) esta relacionada com as ações educativas sobre os fatores que podem desencadear a crise convulsiva, como “emoções intensas, exercício excessivo, luzes intermitentes de alta intensidade ou musica com volume alto”. Outros fatores mais complexos de que podem atuar como predisponentes são: estresse, febre, mensuração, depravação de sono (PERALES; MOYA, 2005).

A atividade **“orientar o paciente para solicitar ajuda caso iniciem os sintomas de convulsão”** (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008) reforça a necessidade de se identificar o inicio de surgimento da crise e a busca precoce de ajuda; isso é possível quando o paciente já teve anteriormente um episódio de convulsão e consegue identificar a presença de aura, caracterizada por sensação previa que tem o paciente e que habitualmente manifesta se com percepções visuais inespecíficas que são difíceis de definir.(PERALES; MOYA, 2005).

Os dados apresentados evidenciaram as intervenções e as atividades comumente realizadas pelas enfermeiras mexicanas, bem como o pareamento destas atividades em relação a Taxonomia da NIC feito por enfermeiros brasileiros.

O uso da NIC no contexto real mostrou-se adequado para a visualização da prática executada e a identificação de atividades que podem ampliar a segurança do paciente adulto idoso em risco de quedas.

8. CONCLUSÕES

A maioria dos enfermeiros que participou do estudo pertence ao sexo feminino, com menos de cinco anos de prática, usam as taxonomias na prática diária no hospital e não tem realizado pesquisas ou publicado trabalhos científicos.

Dentre as atividades de enfermagem que eles mencionaram realizar para o atendimento dos pacientes com risco de quedas, a maioria pode ser caracterizada como atividade independente, o que significa que o enfermeiro tem autonomia para atuar no ambiente hospitalar; com menor frequência arrolaram as atividades dependentes, entre as quais destacam as relacionadas com administração dos medicamentos. Por fim referiram as atividades protocoladas, mais voltadas para indicadores de segurança do paciente como avaliação do risco e movimentação do paciente.

Das atividades mapeadas e refinadas por três expertos, 14 intervenções foram mapeadas dentre as 23 propostas para o risco de quedas, pela NIC, sendo a intervenção prioritária Prevenção de Quedas aquela que teve o maior número de atividades citadas.

As intervenções Contenção física e Identificação do Risco, intervenções não citadas na 4ª. Edição da NIC para atender o diagnóstico risco de quedas mas foram mapeadas, o que significa que são realizadas pelos enfermeiros e que contribuem para prevenir as quedas.

Outra intervenção mapeada é Posicionamento, a qual tem a ver com a imobilidade do paciente. Durante o posicionamento o paciente fica exposto a apresentar queda, mas esta intervenção é recomendada sobretudo para se evitar lesões na pele.

A Supervisão, considerada uma intervenção primária, e que, portanto deve ser realizada por enfermeiros, não foi mapeada, nem se encontra nas intervenções propostas na ligação para o atendimento de risco de quedas. Outras intervenções também não foram mapeadas, como as relacionadas com o exercício e o autocuidado.

Por último, o estudo permite ter uma evidencia científica do uso da NIC, no âmbito hospitalar no México; ainda, mostra o atuar da equipe de enfermagem para prevenir a ocorrência do desfecho queda nos pacientes hospitalizados e, por fim, responde ao objetivo de destacar estratégias para preservar a segurança do paciente com intervenções adequadas e fundamentadas nas evidencias científicas para documentar esses cuidados.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo traz contribuições para a prática de enfermagem no sentido de apresentar o que a equipe de enfermagem faz para atender o diagnóstico risco de quedas contribuindo para a segurança do paciente segundo as ligações NANDA-I /NIC.

A NIC como classificação propõe uma série de intervenções fundamentadas cientificamente, as quais vêm ao encontro da segurança do paciente, com atividades testadas e validadas por expertos para serem utilizadas pelos enfermeiros na área assistencial.

Propostas para acrescentar atividades ou revisar as já existentes podem ser feitas para colaborar na inclusão de novas ações e são desejadas pelos responsáveis da edição da classificação.

O foco deste estudo foi a clientela de pessoas adultas e a assistência de enfermagem para prevenir-lhes quedas, no ambiente hospitalar. Esta clientela é que constitui a maioria dos pacientes atendidos no hospital em que este estudo foi realizado; os resultados evidenciam que os enfermeiros, embora capacitados para o cuidado as pessoas idosas, e em especial no que concerne ao risco de quedas, ainda podem agregar novas estratégias para elevar a qualidade deste cuidado.

A intervenção prevenção de quedas apresentou o maior número de atividades referidas pelos enfermeiros do estudo como aplicadas em seu cuidado; o conhecimento dessas atividades permite ao enfermeiro, além de fornecer ao paciente cuidados seguros, realizar ações voltadas para orientar o paciente idoso e sua família para enfrentar as situações ou presença de fatores que podem levar a queda no lar.

Programas de prevenção de quedas podem ser desenvolvidos no hospital e neste sentido a NIC propõe um sem fim de atividades para esse propósito. Contudo, essas atividades não são, algumas delas, inócuas e por vezes necessitam de decisões difíceis para serem empregadas, como o caso de contenções.

O termo de consentimento para a contenção física no hospital sede do estudo, até o momento, não é exigido; espera-se que tal medida possa ser brevemente adotada pelo mesmo.

Outro aspecto, é o emprego de instrumentos válidos para a identificação dos riscos de queda; o uso destes instrumentos foi evidenciado na literatura como uma

medida capaz de intervir na ocorrência deste fenômeno mas não foi citado como sendo empregado na prática dos enfermeiros do estudo; faz-se exceção ao uso da escala Newman, instrumento conhecido e empregado pelos enfermeiros.

Contudo, é mister destacar que o estudo foi realizado a partir das informações referidas e que muitas atividades podem não ter sido mencionadas; igualmente deve-se considerar que a prática é a expressão tanto do conhecimento do profissional quanto das condições de trabalho e dos recursos físicos e materiais; neste sentido, louva-se a dedicação e empenho das enfermeiras na incessante busca a evitar os eventos adversos, expresso nas atividades por elas citadas.

*REFERÊNCIA**

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

AGUIRRE, G. H. Plan para el autocuidado de la seguridad del paciente. **Rev. CONAMED**, México, n. 13, p.114-116, 2008.

ALMEIDA, et al. **Manual de la Enfermera**. Madrid, España: Ed. Cultural, 2008.

ARAUJO, M. E. et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 94-98. 2010

BARTLETT, G. et al. Association between risk factors for injurious falls and new benzodiazepine prescribing in elderly persons. **BMC Family Practice**, London, v. 10, n. 1, 2009.

BERZLANOVICH, A. M.; SCHÖPFER, J.; KEIL, W. Deaths due to the physical restraint. **Rev Deustches Arzteblatt International**. v. 109, n. 3, p 27-32, 2012.

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

BOTTINO C. M. C. et al. **Demência e Transtornos –Cognitivos em Idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BUDÓ, M. L. D. et al. Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n.1, p 36-43, 2007.

BULECHEK, G. M. BUTCHER, DOCHTERMAN, J. M.; **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CAIXETA, L. Demência. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

CAMERINI, F. G.; SILVA, L. D. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Rev Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 41, n. 9, 2011.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as Quatro Causas mais frequentes de demencia? **Rev Bras de Psiquiatr**, São Paulo, v. 24, Supl 1, 2002.

CARPENITO-MOYET L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. Ed. Porto Alegre: Artes Médica, 2010

CASHIN, R. P.; YANG, M. Medications prescribed and occurrence of falls in general medicine inpatients. **Can J Hosp Pharm**, v. 64, n. 5 p. 321-326, 2011.

CHEN, X. L.; LIU, Y. H.; DANIEL K. Y. S.; SHEN, Q.; NGUYEN, H. V. Characteristics associated with falls among the elderly within aged care wards in a tertiary hospital: a retrospective case-control study. **CHIN MED J**, Beijing, v.123, n. 13, p. 1668-72, 2010.

CHIBA, Y.; YAMAMOTO- MITANI, N.; KAWASAKI, M. A national survey of the use of physical restraint in long term care hospitals in Japan. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 21, p.1314-26, 2012.

CHRISTIAANS-DINGELHOFF, I.; SMITS, M.; ZWAAN, L.; LUBBERDING, S.; WAL G.; WAGNER C. To what extent are adverse events found in patient records reported by patients and healthcare professionals via complaints claims and incident reports. **Rev. BMC Health Services Research**, London v.11 n. 49, 2011.

COMISSÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM. Perfis de enfermería. Disponível em http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/ Acesso em abril 2011.

COMISSÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM. **Lineamientos generales para la elaboración de planes de cuidados de enfermería**. Disponível em http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/ Acesso janeiro 2011.

COMISSÃO PERMANENTE DE ENFERMAGEM. **Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados**. Disponível em www.salud.gob.mx . Acesso em 15 Nov 2010.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. Definição da enfermagem. Disponível em <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/la-definicion-de-enfermeria-del-cie-618.htm> atualizado 12 abril 2010, acesso em julho 2011.

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

COUSSEMENT, J. et al. Interventions for Preventing Falls in Acute- and Chronic-Care Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. **JAGS**, New York, v. 56, n.1, p. 27-36, 2008.

CRISTOPOLISKI, F. et al. Efeito transiente de exercicios de flexibilidade na articulação do quadril sobre marcha de mulheres idosas. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v.14, n. 2, p. 139.-44. 2008.

CRUZ, H. M. F. et al. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. **Rev Dor**, São Paulo, v.12, n. 2, p.108-14, 2011.

CYRILLO, Z.R. **Intervenções de enfermagem para situações de volume de líquidos deficientes: Aplicabilidade de la NIC no Atendimento Avançado Pré-hospitalar Móvel**. Ribeirão Preto, 2009. Tese (doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

Da COSTA. L. M.; BRAM, A. K.; CHAVEZ, S. S.P.; PEÇANHA, C. T. J.; Programa para cuidadores de ancianos con demencia: un relato de experiencia. **Enfermería Global**, Murcia, n. 22, p 1-8, 2011.

DALRI, M.C.B.; **O processo de enfermagem reflexoes da experiencia profissional em diferentes contextos**. Ribeirão Preto, 2010. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo

DELANEY, C.; MOORHEAD S. Synthesis of methods, rules, and issues of standardizing nursing. Intervention Languaje Mapping. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v.8, n.4 1997.

DEMPSEY, J. Falls prevention revisited: a call for a new approach. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 13, p. 479-85, 2004.

DICCINI, S.; DE PINHO, G. P.; OLIVEIRA DA S. F. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 4, p. 311-17, 2008.

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS. **Sistema VENCER**. Agosto, 2009. Disponible em. www.capasitio.com. Acceso em agosto 25 de 2010

DOCHTERMAN, J. M.; BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre:Artes Médica, 2008.

DOCHTERMAN, J. et al. Describing use of nursing interventions for three groups of patients. **J Nurs Scholarsh**. Indianapolis, v. 37 n.1, p. 57-66, 2005.

DONALDSON, S.L. La seguridad del paciente: “No hacer daño”. **Perspectivas de salud-OPS**. v.10, n.1, 2005.

DYKES, P. C. et al. Why do patients in Acute Care Hospitals Fall? Can Falls be Prevented? **J Nurs Adm**, Wakefield, v. 39, n. 6, p. 299-304, 2009.

FEHRING, R. J. The Fhering model. In RM Carroll-Johnson & Paquette (Eds) **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference**. Philadelphia: Lippincott, p 55-62, 1994.

FRELS, C.; WILLIAMS, P.; NARAYANAN, S.; GARIBALLA, S.E.; Iatrogenic causes of falls in hospitalised elderly patients: a case-control study. **Postgrad Me**, v. 78, p. 487-89, 2002.

FURAYA, R. K.; NAKAMURA, F. R. Y.; GASTALDI, A. B.; ROSSI, L.A. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v.32, n. 1, p. 167-75. 20.

GAITÁN, D. H. et al. GRUPO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y POLÍTICAS EN SALUD. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia. **Rev Salud Pública**, Bogotá, v.16 n.1 p. 27-30, 2008.

GAMA, Z. A. S.; GOMEZ-CONESA, A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: una revisión sistemática. **Rev de Salud Pública**, Sao Paulo, v. 42, n 5, p. 946-56. 2008.

GARCIA-ARNESTO, S. et al. Claves y retos en la comparación internacional de la seguridad del paciente: la experiencia del Health Care Quality Indicator Project de la OCDE. **Rev Calidad Asistencial**, Barcelona, v. 22, n. 6 p. 327-34, 2007.

GIMENES, F. R. E. et al. Administração de medicamentos, em vias diferentes das prescritas, relacionadas a prescrição médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirao Preto, v. 19, n. 1, p.11-7, 2011.

GLEASON, C. E. et al. Increased risk for falling associated with subtle cognitive impairment: Secondary analysis of a randomized clinical trial. **Dement Geriatr Cogn Disord**, Basel, v.27, n. 6, p. 557-63. 2009.

GOETHALS, S.; DIERCHS, C. B.; GASTMANS, C.J; Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs*. Oxford, v. 68, n. 6 p. 1198-210, 2012.

GOMEZ, E. A. I.; ESPINOZA, A. F.; Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente: cuidar es pensar. **Rev. Aquichan**, Chía. v. 6, n. 001, p 54-7, 2006.

GONÇALVES, L. G. et al Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 938-45, 2008.

GRUPO DE TRABAJO DE ULCERAS POR PRESION (UPP) DE LA RIOJA. GUIA PARA LA PREVENCION DIAGNOSTICO Y TRATAMINETO DE LAS ULCERAS POR PRESION. LOGROÑO CONSEJERÌA DE SALUD DE LA RIOJA. Disponível em http://www.riojasalud.es/ficheros/guia_upp.pdf 2009 acesso em noviembre de 2010.

HAINES, T. P.; BENNELLL, K. L.; OSBORNE, R. H. Effectiveness of targeted falls preventions program in subacute hospital setting: randomized controlled trial. **BMJ** London, v. 328:676. 2004.

HAMRA, A.; RIBEIRO, M. B.; MIGUEL, O. M.; Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta Ortop Brás, São Paulo**, v.15, n. 3, 143-45, 2007.

HÄRLEIN, J. et al. Falls in older inpatients and the effect of cognitive impairment: a secondary analysis of prevalence studies. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 20, n.1-2, p. 175-83, 2011.

HARTEN-KROWEL, D. V. et al. Development and feasibility of falls prevention advice. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 20, n. 19-20, p. 2761-76, 2011.

HEALEY, F. M.; CRONBERG, A.; OLIVER D. Bedrail use in English and Welsh hospitals. **J Am Geriatr Soc**. Nueva York, v. 57, n.10, p. 1887 -91, 2009.

HEALEY, F. et al. The effect of bedrails on the falls and injury. **Age and Ageing**, London, v. 37, n. 10, p. 368-78. 2008.

HEALEY, F. Falls in English and Welsh hospitals: a national observational study based on a retrospective of 12 months of patient safety incident reports. **Qual Saf Health Care**, Londres, v. 17, n. 6, p. 424-30, 2008.

HEINZE, C.; HALFENS, R. J. G.; DASSEN, T. Falls in German in patients and residents over 65 years of age. **J Clin Nurs**, Oxford, v.16, n. 3, p. 495-501, 2007.

HEINZE, C.; DASSEN, T.; GRITTNER, U. Use of physical restraint in nursing homes and hospitals an s related factors: a cross - sectional study. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 21, n. 7-8, p. 1033-40, 2012.

HERNANDEZ-HERRERA, D. E. et al. Factores de riesgo para caídas em adultos hospitalizados. **Rev Desarrollo Cientif Enferm**, México, v. 19, n. 5 2011.

HINNO. S.; PARTANEN, P.; VEHVILÄINEN- JULKUNEN, K. Nurses activities, nurse sttafing and adverse patient outcomes as perceived by hospital nurses. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 16, n. 3, p.495-501, 2007.

HITCHO, E. B. Characteristics and circumstances of Falls in a Hospital Setting. **J GEN INTERN MED**, Philadelphia, v. 19, n. 7, p. 732-39, 2004.

HOFISO, K.; COYER, F. M. Part 2. Chemical and physical restraints in the management of mechanical and ventilated patient perspective. **Intensive Crit Care Nurs**, Edinburgh v. 23, n. 6, p. 316-22, 2007.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) **Instructivo de operación para la sistematización y evaluación de los registros de la atención de enfermería**. 2660-005-002. 2004.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JOSHI, S.; MORLEY, J. E. Cognitive impairment. *Medical Clinics of North America*, 90, p. 769-787. 2006

KÄLLASTRAND-ERICKSON, J.; HILDINGH, C. Visual impairment and falls: a register study. **J Clin Nurs**, Oxford, v.18, n. 3, p. 366-72, 2009.

KIM, E. A. Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. **J Adv Nurs** Oxford, v. 60, n. 4, p. 427-435, 2007.

KOH, S. S. L.; MANIAS, E.; HUTCHINSON, A. M.; DONATH, S.; JOHNSTON, L. Nurse's perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. **BMC Health Sciences Research**, London, v. 8, n. 105. 2008

KOZIER, B. et al. **Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica**. 7. ed. Madrid: Mc Graw Hill, 2008.

KRAUSS, M. J.; EVANOFF, B.; HITCHO, E.; NGUGI, K.; DUNAGAN, W. C.; FISCHER I.; BIRGE S.; JOHNSON S.; CONSTANTINOU E.; FRASER V.; A case-control study of patient medication, an care related risk factors for inpatient falls. **J. GEN INTERN MED**, Philadelphia, v. 20, n. 2, p. 116-22, 2005.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n. 4, p.509-13, 2006.

KUTNEY, A.; LAKE, E. T.; AIKEN, L. H. Development of the Hospital Nurse Surveillance Capacity Profile. **Res Nurse Health**. New York, v. 32, n. 2, p. 217-28, 2009.

LAI, C. K. Y. Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? A study using focus group interviews. **BMC Nursing**, London, v. 6 n.5, 2007.

LEAH, L. et al. The effect of high nursing surveillance on Hospital Cost. **J Nurs Scholarsh**, v. 40, n. 2, p. 161–69. 2008.

LEDEZMA–DELGADO, M. E.; MENDES, M. M. R. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistenciais. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, 2009.

LEEP, H. A. N. et al. Effect of a Multidisciplinary Fall Risk Assessment on Falls Among Neurology Inpatients. **Mayo Clin Proc**, Rochester, v. 86, n.1, p. 19-24, 2011.

LEÓN, R. C. A. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. **Rev Cubana Enfermer**, La Habana, v. 22, n. 3, 2006.

LEVIN, R. Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. **Rev Nursing Diagnosis**, Philadelphia, Jan-Mar, 2001. Disponível em <http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3836/is_200101/ai_n8934939>. Acessado em 19 de maio de 2008.

LOPES, K. T. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua relação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v.13, n. 3, p. 223-9. 2009.

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

LUCERO, R. J.; LAKE, E. T.; AIKEN, L.H. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. **J Clinic Nurs**, Oxford, v.19, n. 15-16, p. 2185-95, 2010.

LUNNEY, M. **Pensamiento Crítico para o alcance de resultados positivos em saúde**: Análise e estudos de caso em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médica, 2008

MARIN, M. J. S et al. Identificando os fatores de risco relacionados ao diagnóstico de enfermagem “Risco de Quedas” entre idosos. **Rev Brasileira Enf**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 560-4. 2004.

MARTÍNEZ, Q. A. A.; HUESO, M. C.; GÁLVAEZ, G. M. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.18, n. 3, 2010.

MATOS, S.S. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico: angústia espiritual**. Belo Horizonte, 2009. Tese (doutorado em enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Mc CLOSKEY, R. M. Caring for patients with dementia in an acute care environment. **Geriatric Nursing**, New York, v. 25, n. 3, p. 139-144, 2004.

Mc CLOSKEY, J. C.; BULECHECK, G.M. **NIC. Nursing Intervention Classification**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médica, 2004.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem 'disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes**. Ribeirão Preto, 2004. 301p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1209-18. 2008.

MONTAÑO, M. B. M. M.; RAMOS, L. R. Validade da Versão em Português da *Clinical Dementia Rating*. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 912-7, 2005.

NANDA –I, NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificações. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

NAPOLEÃO, A. A. **Estudo da aplicabilidade de intervenções da NIC no atendimento a criança com o diagnóstico de enfermagem “desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada à presença de via aérea artificial” em um centro de terapia intensiva pediátrico**. Ribeirão Preto, 2005. 301p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

NASCIMENTO, P. C. C et al. Indicadores de resultados da assistência: Análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.16 n. 4, 2008.

NASCIMENTO, L. A.; KRELING, M. C. G. D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24 n.1, p. 50-4, 2009.

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

O’CONNELL, B.; MYERS, H. The sensitivity and specificity of the Morse Fall Scale in an acute care setting. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 11, n. 1, p. 134-136, 2002.

OLIVER, D.; DALY, F.; MARTIN, F. M. C.; MURDO, M. E. T. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. **Age and Ageing**, London, v. 33, n. 2, p.122-130, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Seguridad del paciente (2004a)**. Disponível em: <<http://who.int/patientsafety/es>> Acesso 28 jul 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pacientes en Defensa de su Seguridad (2004b)**. Disponível em <<http://who.int/patientsafety/patients for patient/es>> Acesso 28 jul 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (2009). Disponível <<http://www.who.int/patientsafety/implement/taxonomy/es>> Acesso 28 jul 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mas salud por el dinero. (2010a)**. Disponível em: <http://who.int/whr/2010/10_chap_4_esp/pdf>. Acesso 28 jul 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. IBEAS: Red Pionera en la seguridad del paciente em Latinoamérica.(2010b). Disponível em: <[http://who.int/patientsafety/research/ibeas_report es.](http://who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.)> Acesso 15 oct 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Caídas. Nota descriptiva No.34 Agosto de 2010**(2010c). Disponível em:< <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>>. Acesso en: 28 jul. 2011.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 292-300, 2006.

PAIVA, M. C.; PAIVA, S. A.; BERTI, H. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-94. 2010 a.

PAIVA, M. C.; PAIVA, S. A.; BERTI, H. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo v. 44, n. 1, p. 134-8, 2010 b.

PATMAN, S.; DENNIS, D.; HILL, K. The incidence of falls intensive care survivors. **Aust Critical Care**, Nort Strathfied, v. 24, n. 3, p. 167-74, 2011.

PEARSON, K. B.; COBURN, A. F. Evidence –based Falls Prevention in Critical Access Hospitals Policy Brief, n. 24. 2011.

PERALES, I. F.; MOYA, M. S. M.; Actuación en urgencias ante una crisis convulsiva. **Emergencia**, Buenos Aires, v. 17, p. 583-89, 2005.

PEREIRA, S.R.M. et al. Quedas em idosos. Projeto Diretrizes, Sociedad Brasileira de Geriatria e Gerontología. Junho 2001.

PERELL. L. K. et al. Falls Risk Assesment Measures: An Analytic Review. Journal of Geronthologic: Medical Sciences. v. 56, n.12, p.761-766, 2001.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.6, 709-16. 2002.

PILLEGI, S.O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita.** Ribeirão Preto, 2007. 224p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

POLIT, D. H.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. Fundamentos de Pesquisa em Emfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. Porto Alegre. 5. Ed. Artes Médica, 2004.

POTTER, P. **Fundamentos de enfermagem:** Conceitos processo e pratica. 4 ed. Vol II, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RADOVANOVIC, C. A. T.; ALEXANDRE, N. M. C. Desenvolvimento de um instrumento para avaliar a movimentação e transferência de clientes: um enfoque ergonômico. **Rev. Esc Enf USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 231-9, 2002.

RAMIREZ, et al.; Perfil académico del personal de enfermería en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2005-2006. **Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc**, Mèxico, v. 15, n. 2, p. 105-116, 2007.

RAMOS, B. N. D. Calidad de la atención de salud. Error médico y Seguridad del Paciente. **Rev Cubana Salud Publica**, La Habana, v.31, n. 3, p. 239-44, 2005.

RENTELN-KRUSE, W.; KRAUSE, T. D. G. Incidence of in hospital falls in geriatric patient before and after introduction of an interdiciplinary team based fall prevention intervention. Journal American Geriatrics. v. 55, n. 12, 2068-74. 2007.

RITCHIE, K.; LOVESTONE, S. The dementias. **Lancet**, London, v. 360, p. 1759-66, 2002.

ROSSIER, A. et al. Incidence, complications and risk factors for severe falls in patients on maintenance haemodialysis. **Nephrol Dial Transplant**, Oxford, v. 27, p. 352-7 2011.

RUBIO, S. D. Profesionalización de enfermería en México. **Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica**, México, v. 18, n. 3, p. 52-54, 2010.

SALAMEH, F.; CASSUTO, N.; OLIVEN, A. A simplified fall-risk assessment tool for patient hospitalized in medicine wards. **Isr Med Assoc J**, Israel, v. 10, p. 125-129, 2008.

SAMPAIO, R. S. et al. Classificação das intervenções de Enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 1. p. 120-6, 2011.

SANTOS, J. C.; CEOLIM, M. F. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 810-7, 2009.

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

SHORR, R. I. et al. Improving the capture of fall events in hospitals: combining a service for evaluating inpatients falls with an incident reports system. **J Am Geriatric Soc**. v. 56, n. 4, p. 701-704. 2008.

SHUTO, H. et al. Medication use as a risk factor for inpatient falls in an acute care hospital: a case-crossover study. **Br J Clin Pharmacol**, London, v. 69, n. 5, p. 535-42, 2010.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 749-56, 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; **Brunner & Suddart**: Tratado de Enfermagem. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOOP, M. et al. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 285-91, 2009.

SORRENTINO, S. A.; GOREK, B.; **Fundamentos de Enfermería Práctica**. 2ª. ed. Madrid: Elsevier Mosby, 2002.

SPOELSTRA, S. L.; GIVEN, B. A.; GIVEN CH. W. Fall prevention in hospitals: an integrative review. **Clinic Nurs Res**, v. XX , n. X. p. 1-21. 2011.

TANAKA, M. et al. Relations between the Risk of Falling and drugs in an Academic Hospital. **Yakugaku Zasshi**, Tokio, v. 128, n. 9, p. 1355-61. 2008.

TAYLOR. C.; LILLIS, B.; LeMONE P.; **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médica, 2007.

TEKKAS, K.; BILGIN, H. Professional Containment methods Used in psychiatry wards: Justifications for their utilization, types, International Practices, and perceptions. **Rev Turkish Journal of Physiatry**, Ankara, p. 1-8, 2010.

TELLEZ, T. M. L.; Evento Centinela en la atención obstétrica: prevención de caídas. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc**, Mèxico, v.16 n.1, p. 27-30, 2008.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médica, 2007.

TZENG, H. M.; YIN, C. Y. The staff working height and designing regulation height for patient beds as possible causes of patients falls. **Nurs Econ**, Pitman NJ v. 24 6 p. 323-7, 2006.

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

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

VILLAREAL, C. E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. **Rev Salud Uninorte**, Barranquilla, v. 23, n.1, p.112-19, 2007.

VRIES, E. N. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systemic review. **Qual Saf Health Care**, London, v.17, n.3, p.216-23. 2008.

WILLIAMS, T. A.; KING, A.; HILL. A. M.; RAJAGOPAL, T.; BASU, A.; PASCOE, G.; BARKETTK.; KIDD H. Evaluation of a falls prevention program in an acute tertiary care hospital. **J Clin Nurs**, v. 16, n. 2, p. 316-24, 2007.

YAMAGISHI, M.; KANDA, K.; TAKEMURA, Y. Methods developed to elucidate nursing related adverse events in Japan. **J Nurs Manag**, Oxford, v.11, n. 3. p. 168-176. 2003.

APÉNDICE

**APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Enfermeiro**

Estou convidando você para participar da pesquisa "**Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC em pacientes de um hospital do México**" vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Brasil. O estudo visa avaliar a aplicabilidade das intervenções de enfermagem em pacientes com risco de queda. Sua participação como enfermeira (o) é responder a um questionário sobre as atividades que você executa como no cuidado de pacientes internados com o diagnóstico de enfermagem risco de quedas. As informações fornecidas serão tratadas exclusivamente para fins de pesquisa, serão mantidos os dados sobre os participantes serão guardados confidencialmente e feita através de códigos para manter o anonimato. Você pode solicitar informações adicionais se você tiver alguma dúvida em qualquer fase da pesquisa. Este consentimento será preenchido em duas formas, uma para o participante e uma outra para o pesquisador. A coleta de dados será realizada em seu local de trabalho, e irá durar aproximadamente 60 minutos. O pesquisador estará presente em todas as fases da realização da pesquisa para esclarecer quaisquer dúvida que possa surgir. Esta etapa irá levar para a próxima fase da coleta de dados a ser realizada com outros questionários sobre a frequência para conhecer a frequência com a qual você realiza as atividades para o risco de quedas segundo a NIC..

Este estudo não é para promoção ou avaliação. Sua participação é voluntária. Ao participar na pesquisa não há risco para a saúde ou se recusar a participar, a sua relação de trabalho não será afetada, mantendo-se no entendimento de que ao assinar o termo de esclarecimento livre você concorda em participar da pesquisa.

Enfermeira (o)

Testemunha

Pesquisador

Santiago de Querétaro. Qro., a _____ de _____ de 20

**APÊNDICE B (parte 1) - INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1, QUERÉTARO**

“Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC em pacientes de um hospital
do México”

Caracterização dos enfermeiros

INSTRUÇÕES: Por favor responda os itens abaixo:

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Sexo: _____

4.- Horário de plantão _____

5.. Tempo de serviço na instituição: _____ anos.

6. No cuidado que proporciona a seus pacientes usa a Taxonomia NANDA-I NIC?

() Sim () Não

7. Possui trabalho(s) ou atividade(s) científica que realizou abordando o tema de
Risco de quedas?

8. Há realizado trabalho(s) ou atividade(s) científica que aborda o tema de Risco de
quedas? _____

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Enfermeiros Expertos

Querétaro, Qro. México _____

Prezado(a) colega (enfermeiro)

Estamos convidando você para participar como experto da avaliação do mapeamento cruzado que é parte integrante do projeto de doutorado **“Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC em pacientes de um hospital do México”**. Esta etapa caracteriza-se pelo julgamento por enfermeiros expertos na prática clínica e no ensino com domínio do uso das inter-relações das Taxonomias NANDA/NIC para o risco de quedas nos pacientes adultos hospitalizados..

Teremos total sigilo sobre sua identidade e você poderá deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. Poderá solicitar esclarecimento quando sentir necessidade em qualquer momento da pesquisa. Asseguramos também que os dados coletados serão utilizados para fins de trabalhos científicos. Informamos que você não terá despesas nem ressarcimentos com o estudo.

O instrumento será entregue para você no local e data a ser previamente agendada ou por email. Este termo será preenchido em duas vias, sendo uma via para o experto e outra para o pesquisador. Caso concorde em participar deste estudo, solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, _____ RG: _____

Abaixo assinado tenho recebido todas as informações supracitadas e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC em pacientes de um hospital do México”**.

Muito obrigada por sua colaboração.

Assinatura do experto_____
Assinatura do pesquisador
Dolores Eunice Hdez. Herrera
Contato:
Email: eunice_isa@yahoo.com
tel. 00524422154706

ANEXO A - Instrumento das intervenções propostas pela NIC e as atividades citadas pelos enfermeiros no hospital para o Risco de quedas mapeadas pela pesquisadora

Risco de quedas Definição. Suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (NANDA, 2009-20011, pag. 343).	
Prevenção de QUEDAS	
Definição: instituição de precauções especiais a pacientes em risco de lesão decorrentes de queda	
Atividades NIC	Atividades mapeadas pela pesquisadora
Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial para quedas em determinado ambiente	
Identificar comportamentos e fatores que aumentem o risco de quedas	
Revisar a história de quedas com o paciente e a família	
Identificar as características do ambiente capazes de aumentar o potencial de quedas (p.ex., assoalhos escorregadios e escadarias externas)	
Monitorar o jeito de andar e o nível de equilíbrio e de fadiga com a deambulação	
Questionar o paciente quanto a percepção do equilíbrio, quando adequado	
Partilhar com o paciente observações sobre seu modo de andar e de movimentar-se	
Sugerir mudanças no modo de andar do paciente	
Treinar o paciente para adaptar-se às modificações no modo de andar	
Auxiliar o paciente sem equilíbrio na deambulação	
Providenciar dispositivos auxiliares (p.ex., bengala e andador) para equilibrar o andar	
Encorajar o paciente a usar bengala ou andador, se adequado	
Manter em boas condições de uso os dispositivos auxiliares	
Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante as transferências do paciente	
Colocar os itens pessoais ao alcance do paciente	
Orientar o paciente a chamar auxílio para movimentar-se, quando adequado	
Ensinar ao paciente formas de cair de modo a minimizar as lesões	
Colocar avisos para lembrar o paciente de chamar ajuda ao sair da cama, quando adequado	
Monitorar a capacidade de transferência da cama à cadeira e vice-versa	

ANEXO B – Classificação dos peritos para validação de Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico de enfermagem Risco de Quedas

Com a finalidade de caracterizar a experiência dos respondentes na área de interesse, solicitamos sua colaboração respondendo aos itens abaixo:

1. Nome: _____

2. Idade: _____ 3. Sexo: _____

4. Tempo de experiência profissional: _____ anos.

5. Trabalha na temática ou âmbito do Risco de Quedas? Sim Não

Se **sim**, especifique a área e o tempo de experiência:

<input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Menos de 3 ano	<input type="checkbox"/> 3 a 5 anos	<input type="checkbox"/> mais de 5 anos
<input type="checkbox"/> Pesquisa	<input type="checkbox"/> Menos de 3 anos	<input type="checkbox"/> 3 a 5 anos	<input type="checkbox"/> mais de 5 anos
<input type="checkbox"/> Assistência	<input type="checkbox"/> Menos de 3 anos	<input type="checkbox"/> 3 a 5 anos	<input type="checkbox"/> mais de 5 anos

6. Se você assinalou positivamente a questão anterior responda se neste trabalho utiliza alguma classificação de enfermagem, como NANDA, NIC, NOC, CIPE, OMAHA ou alguma outra?

Sim Não Qual? _____

7. Titulação Acadêmica:

Graduação

Especialista: tema da monografia: _____

Mestrado: Tema da dissertação: _____

Doutorado: Tema da tese: _____

8. Possui trabalho(s) ou atividade(s) científica que realizou abordando o tema do Risco de Quedas

<input type="checkbox"/> Dissertação de Mestrado	<input type="checkbox"/> Publicação de trabalhos de Pesquisa
<input type="checkbox"/> Tese de Doutorado	<input type="checkbox"/> Apresentação de trabalhos em eventos científicos
<input type="checkbox"/> Publicação em periódicos/revistas	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____

9. Realiza trabalho(s) ou atividade(s) científica que aborda o tema de Risco de Quedas

<input type="checkbox"/> Dissertação de Mestrado	<input type="checkbox"/> Publicação de trabalhos de Pesquisa
<input type="checkbox"/> Tese de Doutorado	<input type="checkbox"/> Apresentação de trabalhos em eventos científicos
<input type="checkbox"/> Publicação em periódicos/revistas	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____

Anexo C - Instrumento para o Mapeamento das intervenções da NIC com as atividades citadas pelos enfermeiros.

Diagnóstico de Enfermagem: **Risco de Quedas**. Definição: Suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar danos físicos

Fatores de risco: Ambientais: ambiente com móveis e objetos em excesso, ausência de material antiderrapante na banheira, ausência de material antiderrapante no box do chuveiro, condições climáticas (por exemplo: pisos molhados, gelo), imobilização, pouca iluminação, quarto não familiar, tapetes espalhados pelo chão; Cognitivos: estado mental rebaixado; Em adultos: histórico de quedas, idade acima de 65 anos, morar sozinho, prótese de membro inferior, uso de cadeira de rodas, uso de dispositivos auxiliares, como o andador e a bengala; Fisiológicos: anemias, artrite, condições pós-operatórias, déficits proprioceptivos, diarreia, dificuldade na marcha, dificuldades auditivas, dificuldades visuais, doença vascular, equilíbrio prejudicado, falta de sono, força diminuída nas extremidades inferiores, hipotensão ortostática, incontinência, mobilidade física prejudicada, mudanças na taxa de açúcar após as refeições, neoplasias (i. e, fadiga/mobilidade limitada), neuropatia, presença de doença aguda, problemas nos pés, urgência, vertigem ao estender o pescoço, vertigem ao virar o pescoço. Medicamentos: Agentes ansiolíticos, agentes anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos, diuréticos, hipnóticos, inibidores da ECA, narcóticos, tranqüilizantes, uso de álcool. (NANDA-I, 2009, 343).

Prevenção de QUEDAS Domínio: Segurança Classe: Controle de riscos Nível: prioritária Definição: instituição de precauções especiais a pacientes em risco de lesão decorrentes de queda			
Atividades da NIC	Atividades Mapeadas pela pesquisadora	Atividades validadas pelo Experto	Observações
1 Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial para quedas em determinado ambiente			

