



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Anderson Abreu de Carvalho**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS QUEDAS DE IDOSOS  
HOSPITALIZADOS: UMA PRÁTICA SEGURA**

**Florianópolis**

**2018**

**Anderson Abreu de Carvalho**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS QUEDAS DE IDOSOS  
HOSPITALIZADOS: UMA PRÁTICA SEGURA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Melissa Orlandi Honório Locks  
Co-orientadora: Profa. Dra. Silvia Maria A. dos Santos

**Florianópolis**

**2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Carvalho, Anderson Abreu  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS QUEDAS DE IDOSOS  
HOSPITALIZADOS: UMA PRÁTICA SEGURA / Anderson Abreu  
Carvalho ; orientadora, Melissa Orlandi Honório Locks,  
coorientador, Silvia Maria A. dos Santos, 2018.  
93 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Envelhecimento. 3. Quedas em idosos.  
4. Quedas em idosos no ambiente hospitalar. 5. Segurança do  
paciente. I. Orlandi Honório Locks, Melissa. II. Maria A.  
dos Santos, Silvia. III. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Graduação em Enfermagem. IV. Título.

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS QUEDAS DE IDOSOS  
HOSPITALIZADOS: UMA PRÁTICA SUGURA**

O presente Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) foi julgado adequado e aprovado, em 04 de junho de 2018, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 04 de junho de 2018.

  
Prof. Dr. Jeferson Rodrigues

Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem


**Banca Examinadora:**

  
ORIENTADOR

Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Melissa Orlandi Honório Locks


  
COORIENTADOR

Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Silvia Azevedo dos Santos

  
Enfermeira Dr.<sup>a</sup> Jordelina Schier

  
MEMBRO EFETIVO

Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Angela Maria Alvarez

  
MEMBRO SUPLENTE- Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

## AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Primeiramente a Deus, o transcendente, criador do universo e provedor de toda sabedoria e magnitude.

A minha família, em especial, minhas Tias Neusa, Jacira e Juracy (mães do coração), que me educaram e contribuíram para minha formação de Ser Humano.

Aos geradores da minha existência, meus pais, Arlete e Francisco. E minha irmã Natália.

A minha Orientadora Melissa, pelo seu conhecimento repassado, pela rapidez e qualidade das devolutivas, sempre de prontidão à atender. Obrigado pela compreensão e pelas horas de auxílio em mim investido.

A minha Co-orientadora e coordenadora do projeto de pesquisa em que fui bolsista, Professora Silvia, toda gratidão pelas oportunidades, confiança e conhecimento em mim depositados.

A professora Karina, pelas primeiras oportunidades e por acreditar em mim. Gratidão pelos ensinamentos tanto acadêmicos quanto da vida.

A professora Angela, pela troca de conhecimento e por servir de exemplo de luta política e de defesa da Enfermagem.

A Enfermeira Jordelina, pelo conhecimento, pela importância que tens junto a uns dos principais tripés da universidade, o da extensão, junto ao idoso e pela tranquilidade que transmite.

Pelos membros do GESPI, minha segunda família, onde nos apoiamos e trocamos conhecimentos.

Pelos membros de GEEPI da UFMT, em nome da professora Rosimeyre Capriata e Annelita, estendo os meus profundos agradecimentos a todos os seus membros, pela troca de conhecimento e a acolhida que tive quando realizei mobilidade discente em Cuiabá por um mês em 2017.

Aos amigos de sala, a gratidão por convivermos juntos esses 5 anos, de muita amizade, união e de luta pelos nossos ideais.

A contribuição do projeto: *Envelhecimento Ativo –promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas – PROCAD/CAPES*, que se encontra em andamento, irão disponibilizar num futuro próximo.

Carvalho, Anderson Abreu de. **Cuidados de enfermagem frente às quedas de idosos hospitalizados: uma prática segura**. 2018, junho. Trabalho de Conclusão de Curso – curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Melissa Orlandi Honório Locks. Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Maria Azevedo dos Santos.

Com o aumento da expectativa de vida da população, aliada ao crescimento de doenças crônicas e a hospitalização, o idoso fica exposto a situações de riscos e aos eventos adversos, entre eles o evento quedas. O mesmo consiste em um evento de grande prevalência nos idosos, principalmente os hospitalizados, gerando grandes consequências a esses, com altos custos aos serviços de saúde. Nesse contexto, evidencia-se a importância de desenvolver ações de cuidado desse agravo, principalmente na área hospitalar. Assim, trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório- descritivo, cujo objetivo é identificar as ações de cuidados de Enfermagem, quanto ao evento quedas, para a segurança de idosos internados nas unidades de internação de clínica médica de um hospital público de Florianópolis- SC. O mesmo foi desenvolvido em unidades de clínica médica do hospital universitário, entre os meses de Março e Abril de 2018. A coleta de dados ocorreu através de entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita com 15 enfermeiros das referidas unidades. A análise dos dados coletados deu-se por categorias temáticas. O estudo teve aprovação do comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina com número de CAAE: 80907517.5.0000.0121. Como resultados identificou-se três categorias temáticas: Prevenção de quedas aos idosos hospitalizados; Cuidados de enfermagem aos idosos que tiveram episódios de quedas e a Notificação das quedas no ambiente hospitalar. Foi possível identificar, através dos enfermeiros que as principais medidas de prevenção de quedas na unidade, são atribuídas a fatores extrínsecos, intrínsecos e comportamentais pelos entrevistados. Em relação às ações de cuidados frente às quedas, os entrevistados abordaram a educação em saúde como a medida necessária e de outros cuidados imediatos. E por fim, na notificação de quedas, revelou que a maioria dos enfermeiros o fazem, porém a maioria não sabem o fluxo das informações e não obtiverem uma devolutiva de sua notificação. A partir desse estudo, foi possível identificar as principais formas de prevenção e cuidados com as quedas de idosos hospitalizados adotados por enfermeiros na prática. Além de propiciar um momento reflexivo para os enfermeiros acerca da sua prática de cuidados aos idosos hospitalizados

**Descritores:** Envelhecimento. Hospitalização. Acidentes por quedas. Segurança do paciente. Cuidados de enfermagem

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1-Exemplo de procedimento de análise dos dados de uma entrevista realizado com enfermeiro de uma unidade de clínica médica de Florianópolis-SC, 2018 .....	46
Quadro 2-Exemplo de procedimento de análise dos dados de uma entrevista realizado com enfermeiro de uma unidade de clínica médica para construção de temas e subtemas a partir do núcleo de significado. Florianópolis- SC, 2018. ....	47

## **LISTA DE ABREVEATURA E SIGLAS**

AVD- Atividades de Vida Diárias

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVE- Acidente Vascular Encefálico

CM- Clínica Médica

CNS- Conselho Nacional de Saúde

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

COSEP- Comitê de Segurança do Paciente

CIPNSP- Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EA- Eventos Adversos

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

GESPI- Laboratório de pesquisas e Tecnologias em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas idosas

HU- Hospital Universitário

IMC- Índice de Massa Corporal

MEEM- Mini-Exame do Estado Mental

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PE- Processo de Enfermagem

PNSP- Programa Nacional de Segurança do Paciente

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

SBGG- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia



SF- Síndrome da Fragilidade

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TUG- Timed Up and Go

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....	15
1.2 QUESTÃO DE PESQUISA .....	16
1.3 HIPÓTESE DE PESQUISA .....	16
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>17</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E FRAGILIDADE DO IDOSO.....	18
3.2 QUEDAS NO IDOSO .....	21
3.3 QUEDAS NO IDOSO E O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO.....	27
3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS QUEDAS .....	31
3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO .....	36
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>41</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	41
4.2 LOCAL DE PESQUISA .....	41
4.3 PARTICIPANTES .....	43
4.4 COLETA DOS DADOS.....	44
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	45
<b>5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....</b>	<b>49</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
6.1 MANUSCRITO: EVENTO QUEDAS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO IDOSO HOSPITALIZADOS .....	51
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>86</b>
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA ENFERMEIROS .....	86
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	88
<b>ANEXOS .....</b>	<b>91</b>
ANEXO A- TERMO DO HU.....	91
ANEXO B - FOLHA DE ROSTO DA PLATAFORMA BRASIL.....	92
ANEXO C- AVALIAÇÃO QUALITATIVA.....	93

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer é um fenômeno natural e irreversível, inerente a todo ser humano, sendo observado o aumento quantitativo das pessoas que envelhecem, tanto no Brasil como no mundo. O crescimento populacional brasileiro é discutido na literatura como desafio a ser enfrentado, principalmente devido ao perfil sócio econômico e educacional dos idosos, aliado à alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (CAMARANO, 2013).

No Brasil, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 havia 20,5 milhões de idosos, representando 10,6% da população brasileira (IBGE, 2014). Já em 2013 essa população passou para 13%, chegando aos 26,1 milhões de idosos no país. Uns dos fatores relacionados a transição demográfica é a queda da taxa de mortalidade, resultante da melhoria nas condições de acesso às condições sanitárias, a ampliação do acesso à saúde e ao tratamento das doenças, assim como a melhoria nas condições sócio econômicas da população, que contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população brasileira (IBGE, 2014).

Nota-se que, com o evoluir dos anos as pessoas passam por um processo natural de envelhecimento, gerando assim, modificações funcionais no organismo, diminuindo a vitalidade e favorecendo o aparecimento de doenças crônicas ligadas a esse ciclo da vida (RAMOS, 2011).

O envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico, progressivo, irreversível, que está relacionado a diversos fatores como biológicos, psicológicos, econômicos, sociais e culturais. No processo de envelhecimento ocorrem modificações no organismo como alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que podem interferir na capacidade do indivíduo em adaptar-se ao meio em que vive. Isso aumenta a susceptibilidade das doenças, principalmente às crônico-degenerativas, que podem provocar limitações e dependências, bem como situações de vulnerabilidades, fragilidades, incapacidades e as mais variadas necessidades de saúde do idoso (FECHINI; TROMPIERI, 2012)

Uma população em processo de envelhecimento, significa crescente incremento das condições de adoecimento, muitas vezes decorrentes de condições crônicas adquiridas durante todo o ciclo de vida. Por outro lado, ao se viver mais, aumentam as

chances de desenvolvimento de fragilidades em alguns idosos, em função do maior tempo de exposição aos fatores de risco (BRASIL, 2015). Cerca de 77,6% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas e um terço deles com mais de uma doença crônica (MENDES, 2011).

O envelhecimento mostra-se como importante foco de discussão para a sociedade e se constitui em desafio para a saúde pública brasileira. Considerando a resolução de demandas urgentes, onde os problemas de saúde de caráter crônico associados aos de caráter agudo, somado às doenças parasitárias ainda não superadas e, aos problemas decorrentes das causas externas como, a violência, tornando o Brasil um país ainda mais complexo no processo de envelhecer saudável (BRASIL, 2015).

Diante deste cenário, o idoso fica mais susceptível a vivenciar o processo de hospitalização, expondo-se ainda mais a situações de risco, dentre elas destaca-se o evento quedas. Desse modo, evidencia-se a importância de desenvolver ações relacionadas à segurança do paciente, visando à proteção e prevenção de queda do idoso.

O evento quedas significa que o indivíduo deslocou acidentalmente, de forma não intencional, seu corpo para um nível inferior ao que estava anteriormente, não necessariamente indo ao chão. Em muitas vezes apresenta incapacidade de correção em tempo oportuno, tendo várias circunstâncias multifatoriais como, por exemplo, os diversos fatores intrínsecos ou extrínsecos (FALSARELLA, 2014).

As quedas são consideradas um dos principais problemas clínicos nos idosos e de saúde pública, devido à grande incidência, aos altos custos e às complicações que podem trazer. As mesmas comprometem o envelhecimento ativo dos idosos, pois geralmente acabam culminando em graves desfechos, como fraturas e incapacidades funcionais, podendo, em alguns casos, levá-los à morte (FARIAS, 2012).

Frente a essa realidade, o Ministério da Saúde (MS) por meio da portaria GM/MS nº 529 de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de ajudar na qualificação do cuidado em todos os ambientes de saúde do território nacional. A segurança do paciente é componente essencial na qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, importância cada vez maior para os pacientes e suas famílias, para os gestores e profissionais de saúde, no sentido de oferecer uma assistência segura. Os incidentes associados ao cuidado de saúde e, em particular, aos eventos adversos, representam uma elevada morbidade e mortalidade em

todos os sistemas de saúde. Esta problemática levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) e diversos organismos internacionais a lançarem campanhas, desafios e estratégias voltadas à redução de riscos e de danos no cuidado à saúde (BRASIL, 2013).

Dentre os protocolos básicos de segurança do paciente, definido pelo Ministério da Saúde, está o do tema quedas. Esse protocolo versa sobre a prevenção de quedas, tendo como finalidade, a redução da ocorrência dessas em pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013). O protocolo também aborda sobre a avaliação de risco para quedas (intrínsecos, extrínsecos e comportamentais); as medidas preventivas; as estratégias de notificação e monitoramento, os indicadores de cuidados entre outros temas.

Conforme Ambrose e Hausdorff (2013), os fatores de risco para quedas em idosos devem ser identificados e corrigidos imediatamente. Didaticamente os fatores de risco para quedas podem ser divididos em três categorias, sendo eles os fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais. Os fatores de riscos intrínsecos são as doenças crônicas, a idade, o sexo, alteração cognitiva, problemas sensoriais e de equilíbrio, alterações no sistema nervoso central, tonturas, alteração do sono, problemas urinários, entre outros. Os fatores extrínsecos estão relacionados ao meio ambiente como piso escorregadio, escadas, pouca iluminação, calçadas irregulares, uso de tapete e outros. Já os fatores de riscos comportamentais para a ocorrência de quedas estão relacionados ao uso de medicamentos, de calçados inadequados, consumo de álcool, drogas, ausência da prática de atividades físicas, entre outros.

As quedas podem ser consideradas um problema de larga escala em todo mundo. Segundo o relatório da Centers for Disease Control and Prevention's National Center for Health Statistics (2015), cerca de 57 idosos em cada 100.000 morreram como consequência de uma queda em 2013.

Embora as quedas estejam presentes em todas as faixas etárias, é na população idosa, que a problemática torna-se maior, pois a frequência e os danos são mais pronunciados. Dados da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2008), mostram que idosos que se encontram na faixa etária de 65 anos apresentam de 28% a 35% de ocorrência de quedas e os maiores de 75 anos, de 32% a 42%. Cruz (2012), mostrou que 30% a 60% dos idosos com mais de 65 anos caem anualmente e metade apresentam quedas múltiplas. No que consiste à recorrência de quedas, índices

mostram que idosos que já caíram uma vez apresentam chance de 60 % a 70 % de caírem no ano seguinte. Cerca de 20 a 30% são idosos caidores, ou seja, aqueles que caem mais de duas vezes nos últimos 12 meses, sendo ainda mais expostos a se tornarem mais frágeis, dependentes, com riscos de fratura e mais suscetíveis à hospitalização e institucionalização.

No que tange a hospitalização, ela traz problemas e agravos de ordem tanto física quanto psicológica para qualquer faixa etária, mas nos idosos isso é mais acentuado por sua própria senescência, por sair de seu vínculo familiar, pela fragilidade e dependência que por vezes a hospitalização acarreta, ficando ainda mais exposto a situações de eventos adversos, como é o caso das quedas (SOARES, CUSTÓDIO, 2011).

Quedas em idosos podem acontecer em diversas situações e ambientes, como em domicílios, espaços públicos e instituições. Em geral, idosos institucionalizados, tanto em hospital quanto em instituição de longa permanência, caem com maior frequência do que aqueles que vivem na comunidade. Estima-se que a cada ano, aproximadamente 30% a 50% das pessoas que vivem em instituições sofrem quedas e cerca de 40% delas experimentam quedas recorrentes (ABREU, 2015). De acordo com Diccini et al. (2008), mais de 70% das quedas em pacientes hospitalizados ocorrem dentro do quarto do paciente, durante a transferência de cama, cadeira ou cadeira de rodas e 19% durante a deambulação do paciente em condições desfavoráveis no ambiente hospitalar.

Nos hospitais, a incidência de quedas em pessoas de 60 anos ou mais varia entre três a sete quedas por 1.000 pacientes/dia e está relacionada a fatores intrínsecos ao paciente, tais como idade avançada, déficit de equilíbrio e marcha, incontinência urinária, estado cognitivo comprometido e outros. Os fatores extrínsecos são representados por algumas condições do ambiente hospitalar e situações referentes à atenção à saúde pela equipe médico-hospitalar, como uso de medicamentos hipnóticos, ansiolíticos e anti-parkinsonianos, entre outros (CHEN, 2011; TNAKA, 2012).

As quedas podem levar a várias consequências que vão desde hematomas, lesões de tecidos moles, fraturas, lacerações, fragilidade, institucionalização/hospitalização e, por fim, podendo levar a morte. Além dos danos físicos, os cuidadores e os familiares próximos a esses idosos apresentam maiores prevalências de transtornos psicoemocionais. Os acidentes por quedas em hospitais também causam prejuízo às

próprias instituições por estarem associadas com aumento do período de internação e maior utilização de recursos de saúde (CHEN, 2011; TANAKA, 2012)

O evento queda é responsável pelo aumento no período de internação e pelo risco da perda da capacidade funcional da pessoa, com conseqüente acréscimo de custos econômicos e sociais. Em virtude disso, este tipo de situação é considerado como importante indicador da qualidade assistencial (ABREU et al., 2015).

As quedas vivenciadas pelos pacientes, durante a internação hospitalar, são uma das ocorrências mais importantes na quebra da segurança, com conseqüências de diversos fatores. As diferenças entre o ambiente hospitalar e o doméstico, com o seu movimento próprio e alterações de espaço e organização, pode representar grande mudança, principalmente para os pacientes mais idosos ou com maior dificuldade de ajustamento a alterações do seu ambiente (ABREU et al., 2015).

Com o exposto acima, a equipe de Enfermagem tem papel fundamental no diagnóstico, gerenciamento, operacionalização, prevenção e cuidados de quedas nos serviços de saúde. A partir da identificação do risco da queda pelo Enfermeiro, este profissional poderá formular um plano de ação e posteriormente avaliar os resultados da assistência prestada.

Para formulação de plano de cuidados consistente, o Enfermeiro precisa conhecer os fatores que estão relacionados à ocorrência de quedas nos indivíduos idosos hospitalizados. Fatores ambientais, cognitivos, fisiológicos, uso de determinados medicamentos e idade são alguns fatores de risco de quedas em idosos apontados na literatura (PAULA et al., 2010; NANDA, 2013).

## 1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Com o aumento do envelhecimento não só no Brasil, mas especialmente em Florianópolis, por estar entre as capitais com maior expectativa de vida, com média de 74,3 anos em 2010 e 77,3 em 2013 (IBGE, 2014), surgem muitos desafios. Dentre esses, as doenças crônicas não transmissíveis e as neurodegenerativas, o risco de desenvolver comorbidades e também de hospitalização.

Entre as consequências advindas do o processo de hospitalização, temos o evento quedas, que se apresenta com altas taxas e com impactos para a vida e saúde do idoso. As quedas, nessa faixa etária, podem trazer grandes riscos ao funcionamento corporal e cognitivo do idoso. A incapacidade funcional fica mais evidente e a dependência mais elevada em idosos caidores. Assim, infere-se que estudar a temática em questão é de grande relevância, sobretudo em idosos hospitalizados, onde se acredita que ocorra um elevado número de quedas, porém podendo ser muitas vezes subnotificadas.

Ressalta-se que este tema é oriundo de um projeto de pesquisa matricial vinculado ao projeto da CAPES/PROCAD, do grupo de pesquisa sobre saúde da pessoa idosa, Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas (GESPI) intitulado, “Envelhecimento Ativo: promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas”, no qual desenvolvo atividades de pesquisa como bolsista de iniciação científica. Desta forma, considerando a complexidade do tema, instigou-me a conhecer como o eventos quedas é percebido pela equipe de enfermagem de unidades de internação Clínica Médica e como os cuidados e ações de prevenção são desenvolvidos nas unidades de internação pesquisadas. Os resultados dessa pesquisa poderão contribuir sobremaneira para embasar e estimular as instituições quanto ao processo de gestão de quedas, com a criação de planos de cuidados de novas normas, protocolos, processos de identificação e avaliação de tais eventos nessas instituições, além de estimular a cultura da segurança do paciente.

## 1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Quais as ações de cuidados de enfermagem frente às quedas em idosos hospitalizados são utilizadas pelos Enfermeiros de unidades de internação de Clínica Médica de um hospital público de Florianópolis?

## 1.3 HIPÓTESE DE PESQUISA

Os Enfermeiros devidamente capacitados para prevenção e cuidado do evento quedas no ambiente hospitalar podem garantir a segurança do idoso hospitalizado.



## **2 OBJETIVO**

Identificar as ações de cuidados de Enfermagem, quanto ao evento quedas, para a segurança de idosos hospitalizados nas unidades de internação de clínica médica de um hospital público de Florianópolis- SC.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão de literatura deu-se nos moldes de uma revisão narrativa. Segundo Rother (2007), os estudos de revisão, assim como outras categorias de trabalhos científicos, são uma forma de se fazer pesquisa em que se utilizam fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado objeto.

Para a construção deste capítulo realizou-se busca em artigos pertinentes ao tema, entre os meses de abril a junho de 2017, nas bases de dados Scielo, Pubmed e Google Acadêmico, com período de busca delimitado de 2007 a março de 2017, além de consulta em livros bases, dissertações de mestrado, teses de doutorado, documentos institucionais, leis e políticas públicas acerca do tema. Assim a revisão resultou na síntese dos seguintes subtemas: envelhecimento populacional e fragilidade do idoso; quedas no idoso, quedas no idoso e o processo de hospitalização, papel do enfermeiro frente às quedas e a segurança do paciente.

#### 3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E FRAGILIDADE DO IDOSO

A OMS (2015), caracteriza o processo de envelhecer como fisiológico e que se inicia desde o nascimento, ocasionando mudanças fisiológicas ao longo da vida, dando características a espécie humana durante todo o ciclo vital. Além, de considerar idoso aquele com 60 anos ou mais de idade nos países em desenvolvimento e 65 anos ou mais nos países desenvolvidos.

A população idosa está em franco crescimento, tanto no Brasil quanto no mundo, porém no Brasil este crescimento se dá de forma mais rápida, demonstrando mudança do perfil epidemiológico, evidenciado, pelo decréscimo da base e o alargamento do ápice da pirâmide etária brasileira. O percentual de jovens no país, de zero a 14 anos, que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 (CAMARANO, 2013).

Em 2010, no censo do IBGE, 10,6 % da população eram idosos, com idade média de 74,8 anos, devendo essa população quadruplicar-se no país até 2060. Em

2013, 13 % da população era idosa, estima-se que em 2020 chegaremos em 14 % e em 2050 variando de 26 % a 32 %, já superando o número de jovens (IBGE, 2013). Em nível mundial, estimativas apontam que em 2050 teremos dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo (PIOVESAN, PIVETTA, PEIXOTO, 2011). Portanto, o envelhecimento pode ser encarado como uma realidade contemporânea, mesmo em países em desenvolvimento, como o Brasil.

O período compreendido entre 1975 a 2025 é considerado por alguns autores como a “Era do Envelhecimento”, devido ao aumento do número de idosos na população, o aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade e de mortalidade infantil. Aliada ainda, a melhora nas condições de saúde da população, com avanços nas tecnologias em saúde, na questão sanitária e social, por exemplo (SIQUEIRA et al., 2007).

Conforme Camarano (2013), o processo de envelhecimento no país, se deu de forma diferenciada do resto do mundo. Na Europa e nos Estados Unidos da América o envelhecimento se deu de forma mais lenta e gradual, tendo concomitantemente, uma maior qualidade de vida aliada aos avanços tecnológicos e socioeconômicos daquela sociedade. Já no Brasil, por exemplo, o crescimento se deu de forma mais acelerada, aliada, a sobrecarga de doenças, o crescimento das doenças crônicas, doenças parasitárias ainda não vencidas, a violência urbana, entre outras causas. Frente a esse quadro o processo de envelhecer na sociedade brasileira tem um aspecto peculiar, que demanda muitos investimentos para garantir uma velhice com qualidade de vida.

O processo normal do envelhecimento, é definido como envelhecimento fisiológico e/ou ainda a Senescência, abarca uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido aos efeitos do avanço da idade sobre o sistema orgânico, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de equilíbrio homeostático e que as funções fisiológicas comecem a declinar progressivamente e irreversivelmente. Portanto, todas as alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional. Ou seja, um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a condições de estresse psicológico ou físico pode apresentar dificuldades em manter sua homeostase. Desta forma pode manifestar uma sobrecarga funcional, que poderá resultar em comprometimento das funções orgânicas (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

O envelhecimento do ponto de vista senescente, depende significativamente do estilo de vida que a pessoa teve durante sua vida. O organismo envelhece como um todo, enquanto que seus órgãos, tecido, células, estruturas celulares tem envelhecimentos diferenciados. Como por exemplo, a diminuição do fluxo sanguíneo para determinados órgãos, a diminuição da capacidade de função do órgão, as eliminações de algumas toxinas, o aumento das infecções, entre outros aspectos (CANCELA, 2007).

Temos ainda que com o envelhecimento, há a ocorrência de perda das células musculares e da elasticidade dos tecidos, diminuição da massa óssea, alterações posturais e redução da mobilidade articular, sistemas que são responsáveis pela estabilidade e equilíbrio do corpo (SMELTZER et al. 2014).

Uma sociedade em vertiginoso processo de envelhecer, significa crescente incremento relativo das condições crônicas de saúde, porque as doenças crônicas, as múltiplas comorbidades relacionadas, as incapacidades funcionais, entre outras condições, afetam mais os segmentos de maior idade. Em todo mundo, foram 68% de óbitos relacionados a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo que 80% destes óbitos foram em países subdesenvolvidos. A influência socioeconômica e cultural nas DCNT está dificultando a concretude das Metas de Desenvolvimento do Milênio, que inclui a redução da pobreza, a equidade, a estabilidade econômica e a segurança humana. (DUCAN et al. 2013).

Dentre as possíveis condições de envelhecimento, destaca-se a fragilidade, como uma síndrome multifatorial, progressiva, porém reversível, que interfere nas atividades de vida diária desse idoso. Por outro lado, como consequências, a fragilidade é preditora de diversos desfechos adversos, como mortalidade, quedas, institucionalização, hospitalização, dependência e incapacidades (LOURENÇO, 2008).

Para Lana e Schneider (2014), a fragilidade é definida como, o indivíduo que apresenta dependência para as atividades de vida diária (AVD), déficit cognitivo, comprometimento da homeostase corporal, aparecimento de morbididades, entre outros aspectos. Tais incapacidades afetam o desenvolvimento das atividades da vida diária levando à diminuição da força muscular, da mobilidade e no equilíbrio corporal. Já para Bergman et al. (2007), a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais irão interferir na fragilidade que é um fator complexo, evolutivo e multifatorial. Carmo e

Arantes (2011), definem como uma Síndrome Geriátrica de característica natural dos fatores, caracterizando o portador como um vulnerável fisiológico, por depleção das reservas e resistência aos estressores, devido a diminuição cumulativa dos diversos sistemas orgânicos. Esses autores também relatam que a Síndrome da Fragilidade (SF) é uma condição frequente nos idosos e pode ser precursora de incapacidades e quedas nessa população.

Fried et al. (2001), definiram a fragilidade, como uma síndrome de declínio energético, que ocorre em espiral, embasado na tríade de alterações relacionadas ao processo de envelhecimento, em que abarca a Sarcopenia, a desregulação neuroendócrina e a disfunção imunológica. Caracteriza-se também, como uma diminuição de reservas fisiológicas e aumento da vulnerabilidade dos indivíduos, reduzindo sua capacidade de adaptação homeostática, resultado de processo interno e progressivo exteriorizado por um fenótipo da fragilidade.

Fried et al. (2001) mostraram em seu estudo, que idosos classificados como frágeis, segundo o Fenótipo da Fragilidade, tiveram maiores taxas de morbidade e mortalidade, e ainda maior risco para quedas, hospitalização, institucionalização, fraturas e dependência funcional, por exemplo. Os idosos classificados em seu estudo como frágeis e pré-frágeis apresentaram também maior risco para quedas, incapacidade grave para atividades básicas e instrumentais de vida diária, hospitalização, institucionalização e morte, sendo maior o risco entre os idosos frágeis. A mesma autora fala que a fragilidade é muito ligada à perda de força muscular, Sarcopenia e as adaptações da marcha do idoso são muito relacionados à essa perda generalizada da força, associado ainda à perda das fibras musculares e capacidade aeróbica, colocando assim, este idoso em uma condição de maior propensão a quedas.

### 3.2 QUEDAS NO IDOSO

O envelhecimento traz consigo uma gama de alterações físico-funcionais que acabam por trazer desafios para o cuidado, considerado a complexidade que envolvem o processo de envelhecer. Neste sentido, tais acometimentos são usualmente conhecidos como sendo síndromes geriátricas. Os gigantes da Geriatria e Gerontologia descritos inicialmente por Bernard Isaac na década de 60 como os “5Is” e/ou “Síndromes Geriátricas”, foram posteriormente ampliados para 7 grandes síndromes geriátricas a

saber: Insuficiência cognitiva; Incontinência urinária e/ou fecal; Instabilidade postural e quedas; Imobilidade; Iatrogenia e incapacidade comunicativa e a Insuficiência Familiar (Moraes, Marino e Santos, 2009). Geralmente, essas síndromes, apresentam múltiplas etiologias, não constituindo assim, um risco de vida eminente, mas associam-se a maior mortalidade. Elas podem ocorrer de formas concomitantes e compartilham fatores de risco entre si e podem também estar associadas à perda funcional e ao comprometimento da qualidade de vida. Dentre as síndromes apresentadas, a ocorrência da instabilidade funcional e quedas merecem considerável atenção pela complexidade envolvida em sua prevenção e tratamento, mas também por ser foco principal deste estudo.

Alguns autores definem o evento queda como não intencional, causado por condições intrínsecas e extrínsecas, que geram impactos físicos, psicológicos e sociais na vida dos idosos (FABRÍCIO, RODRIGUES, COSTA, 2004). Somadas ainda, às fraturas, as quedas ocasionam declínio na saúde da população idosa, uma vez que podem causar restrições às atividades de vida diária (AVD's) caracterizadas pelo medo da ocorrência de uma nova queda (MIRANDA, MOTA, BORGES, 2010).

A queda é um evento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado, mas que pode ser recorrente num mesmo indivíduo e acarreta, frequentemente, consequências para a vítima, para o próprio cuidador e para a sociedade. Desta forma, torna-se importante uma correta caracterização do evento, delimitando as suas particularidades (ALMEIDA, ABREU, MENDES, 2010). Trazer conceito quedas do ministério!

Segundo Mendes (2014), não podemos considerar as quedas como uma doença, mas uma síndrome que representa sinais e sintomas de funções prejudicadas aliadas a um ambiente desfavorável.

E por fim, Júnior e Heckman (2006), dizem que há dois fatores que levam as quedas: a perturbação do equilíbrio e a falência por parte do controle postural, em compensar esta perturbação.

Como podemos observar, são múltiplas as definições de quedas, evidenciado assim, que é um evento multifatorial, complexo, que deve ser muito bem avaliado, não

devendo ser considerado como um evento inerente ao envelhecimento ou defini-lo somente como ir ao chão.

No que consiste a epidemiologia das quedas, Herschornet et al., Vieira et al. (2011) e Moriguti et al. (2011), dizem que em alguns estudos prospectivos, 30 % a 60 % da população da comunidade com mais de 65 anos vivenciam quedas anualmente e metade delas apresentam múltiplas quedas. Já Cruz et al.(2012), dizem que os episódios de quedas são muito frequentes no Brasil, variando de 26 % a 35 % em um ano e isso aumenta com o evoluir da idade. Em outros estudos, como o de Silvia et al. (2011) tiveram prevalência de 27,6%, numa população de 6.616 mil idosos pesquisados. Brito et al.(2013), verificaram uma prevalência de 27,7%de quedas em uma amostra de 94 idosos pesquisados.

De forma geral, os estudos sobre quedas têm apontado a relação de ocorrência das mesmas nas idades mais avançadas. Para Lopes et al.(2010), 75% dos caídores possuíam entre 60 e 75 anos, sendo que 72% foram de quedas acidentais e 75% das quedas ocorreram durante o período da manhã. Até 35 % nos maiores de 65 anos, 42 % dos maiores de 75 anos e 50% nos maiores de 85 anos, evidenciando que quanto mais idade, maior o risco de quedas e com predominância das mulheres, pois elas são fisiologicamente mais frágeis, mais expostas aos fatores de riscos, pois fazem mais atividades diárias, também são mais propensas a fraturas e a institucionalização/hospitalização. (MORIGUTI et al., 2012).

Um estudo realizado em Florianópolis com 1.705 idosos do EpiFloripa idoso, foram relatados 322 (19%) casos de quedas no último ano, onde 88 eram homens (14.3%) e 234 (21,5 %) eram mulheres. O estudo também revelou que a maioria dos participantes tinham mais que 80 anos, eram viúvos, tinham escolaridade de menos de 5 anos e renda baixa. A maior parte deles eram inativos, tinham uma percepção ruim das calçadas, apresentavam déficits cognitivos, dificuldades em mais de 4 atividades básicas de vida diária. Apresentavam também doenças como, artrite, diabetes, hipertensão, depressão, acidente vascular encefálico, incontinência urinária e percepção ruim de saúde. E por fim, o uso de múltiplos medicamentos, onde a maioria usavam benzodiazepínicos, antidepressivos, diuréticos, antiarrítmicos, hipoglicemiantes (ANTES, 2011).

No que tange ao medo de cair, que gera grandes repercussões de extrema importância para o idoso que vivencia as quedas, Moriguti et al. (2012), dizem que varia de 30% a 73% o medo de cair novamente. Lopes et al. (2010), em um estudo transversal, demonstraram que 59% a 75% dos idosos relataram medo de cair dentro e fora de casa. Da mesma forma, Lopes et al. (2009) encontraram prevalência do medo de cair em 90,48% dos idosos, em pelo menos uma atividade cotidiana e 80 deles (54,42%) apresentaram histórico de quedas. A pesquisa apontou correlação positiva entre o medo de cair e mobilidade, equilíbrio dinâmico, idade e risco, focalizando o aspecto multifatorial do evento.

Em outra perspectiva, o medo de cair teve alta frequência com taxa variável entre 44% a 88,5% da amostra de idosos (MAIAL et al., 2011). E o medo de vivenciar quedas estava associado a insegurança com o ambiente, no relato de idosas sedentárias que não referiram preocupação em cair (40,11%), com 30% de relatos referentes a um pouco de preocupação, 25,33% com moderada preocupação e 4,6% com muita preocupação (REZENDE et al., 2012).

Um estudo realizado por Ribeiro et al. (2008) envolvendo 72 idosos, identificou que 26 idosos apresentaram alguma consequência após a queda. O medo de voltar a cair foi referido por 88,5% dos idosos, 26,9% abandonaram certas atividades, 23,1% modificaram hábitos, 19,2% ficaram imobilizados, 11,5% apresentaram lesão neurológica, 11,5% necessitaram de rearranjo familiar e 3,8% tiveram que mudar do domicílio.

Aproximadamente 40 a 60 % desses episódios de quedas levam a algum tipo de lesão, 15 % levam a um trauma importante, 5 a 10 % fraturas, entre 1 a 3 % são vítimas de fratura de fêmur proximal e 50 % das mortes por fraturas de fêmur. Após a hospitalização por quedas, algumas complicações podem culminar na morte como, pneumonia, infarto do miocárdio e tromboembolismo pulmonar (SILVIA et al., 2012). As quedas são responsáveis por 70 % das mortes acidentais em pessoas com mais de 75 anos. Os idosos caidores tem o dobro da taxa de morte em comparações ao grupo não caidores (FREITAS et al. 2012).

A queda é considerada como um evento sentinela o qual trata-se de uma ocorrência inesperada ou variação do processo acarretando em lesão física, psicológica ou óbito, observando uma alta frequência no idoso. Estudos apontam um aumento de



131% nos últimos 30 anos de lesões com fraturas associadas às quedas (WHO, 2007; Cunha, Mello e Lima, 2012; FREITAS et al., 2014).

Em relação aos fatores de risco para quedas, Abreu et al. (2015), diz que os fatores de riscos intrínsecos estão relacionados ao próprio sujeito, que pode apresentar diminuição da função dos sistemas que opõe o controle postural, doença, transtornos cognitivos e comportamentais, apresentando incapacidades em manter ou para recuperar o equilíbrio. Cunha, Mello e Lima (2012), acrescentam que os fatores relacionais ao indivíduo refletem na incapacidade de manter o equilíbrio ou de recuperá-lo, quando houver um deslocamento do centro de gravidade.

Alguns autores referem que a maioria das patologias e comorbidades, como principalmente as doenças cardíacas, respiratórias, neurodegenerativas, os déficits cognitivos, alterações musculoesqueléticas, déficit motor, alterações nos sentidos, obesidade, tontura, vertigens, incontinência urinária, diabetes, hipertensão entre outras doenças crônicas e o uso de orteses e próteses, são grandes riscos para quedas (ALMEIDA et al.; COSTA et al., 2012).

Conforme Ganz et al. (2007), como trazido anteriormente a própria idade pode ser um dos fatores de risco para quedas, pois quanto mais velho, mais exposto aos fatores de riscos, mais chances de quedas. O sexo feminino é mais exposto aos fatores de riscos, pois é considerada fisiologicamente mais frágil pela parte osteomioarticular, por estar mais exposta aos fatores de risco do dia a dia nas tarefas diárias. Morar sozinho e ser viúvo também são fatores de risco importantes para quedas.

Nos fatores de riscos relacionados as medicações, destacam-se os psicotrópicos, ansiolíticos, cardiovasculares, antiinflamatórios não esteroidais, em ordem de prioridade (ISMP, 2017). Outros estudos apresentam como prioridade os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, psicotrópicos como os benzodiazepínicos (CUNHA, MORIGUTI, 2012). Ainda aliada mais ao tratamento medicamentoso, como dito anteriormente, as principais drogas que levam ao maior risco de quedas são, psicóticos (benzodiazepínicos), sedativos, ansiolíticos, os anti-hipertensivos, cardiológicos, hipoglicemiantes. Também os anti-parkinsonianos, diuréticos, antiarrítmicos, vasodilatadores. A polifarmácia (mais de quatro medicações em uso) por si só já é considerada como um fator de risco (MORIGUTTI, COSTA et al., 2012).

Conforme Freitas et al. (2012), a história previa, idade avançada, sexo feminino, polifarmácia, polipatologia (mais de quatro patologias), distúrbio da marcha e da postura, sedentarismo, estado psicológico, deficiência nutricional, declínio cognitivo, doenças ortopédicas e estado funcional, também são fatores de risco para quedas. A polifarmácia, múltiplas patologias, comprometimento cognitivo, diminuição da acuidade visual e auditiva, fraqueza óssea, dificuldade para deambular tudo isso aliada ao medo de cair e aos fatores ambientais, são fatores importantes de serem elencados para a análise clínica do ser idoso. (FREITAS et. al., CRUZ et. al., 2012).

Segundo Moriguti et. al. (2012), a queda habitualmente é um fenômeno multifatorial, observa-se que a participação dos fatores de risco ambientais pode representar 50 % das quedas entre os idosos da comunidade. Dentro do ambiente domiciliar, tem-se vários fatores de riscos extrínsecos como no banheiro (a falta de barras no sanitário e no chuveiro, o vapor, tapete de pano e escorregadio, altura do vaso inadequada); quarto (cama muito baixa, tapete de pano); sala (sofá alto, objetos pelo chão); cozinha (chão escorregadio, móveis soltos, objetos no alto) (ALMEIDA et. al., 2012; MELO, SANTOS, GRATÃO, 2014)

Freitas et al. (2012), citam também a iluminação inadequada, superfície escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho, ausência de corrimões escadas, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, via pública mal conservada, com irregularidades e buracos e próteses inadequadas. No ambiente hospitalar, camas sem grades elevadas, campainha afastadas do leito, “criado mudo” com seus pertences longe do leito, leito sem travas, objetos no meio do caminho, corredores e banheiro sem corrimão e barras, chão molhado e escorregadio, má iluminação entre outros fatores extrínsecos.

Temos também os fatores comportamentais como o uso de calçados inadequados, vestimentas maiores que o normal, atividades físicas vigorosas, sedentarismo, uso de álcool e drogas demasiadamente, entre outros fatores (ALMEIDA et. al., 2012).

Como consequências às quedas podem levar a um alto risco de traumas físicos e psicológicos. As quedas levam a uma cascata de eventos muitas vezes devastadoras na vida do idoso como, por exemplo, o medo de cair, restrição das atividades, o aumento da dependência, superproteção dos familiares e profissionais, a imobilidade, diminuição

da força muscular, maior risco de novas quedas, isolamento social, depressão, total dependência, institucionalização/hospitalização e morte, sendo este um ciclo vicioso (CUNHA, MELLO, LIMA, 2012).

Entre outras consequências, podemos citar o impacto emocional, que pode trazer reflexos psicológicos profundos no idoso. O evento queda e as suas consequências podem representar o atestado simbólico de declínio da saúde, da competência e da capacidade de manter a independência. Podem trazer sentimentos de fragilidade, incapacidade, impotência, insegurança, vulnerabilidade, entre outros. Os mecanismos de negação expõem a mais riscos. A vergonha de estar nessa situação também (FREITAS et al., 2012).

Há uma diferença na epidemiologia e nos fatores de riscos associados ao evento quedas entre o ambiente doméstico e o hospitalar, trazendo alterações de espaço e organização, que podem representar grandes mudanças, principalmente para os doentes mais idosos ou uma maior dificuldade de ajustamento a alterações do seu ambiente. Por outro lado, as alterações das condições físicas das pessoas internadas, associadas ou não à doença que motivou esse internamento, colocam-nas numa situação de maior fragilidade, com frequentes comprometimentos do seu funcionamento físico e psicológico (ABREU et al., 2012). Desta forma, esta temática será abordada no subcapítulo a seguir.

### 3.3 QUEDAS NO IDOSO E O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

O processo de hospitalização, é variante e depende de cada ser, porém é de extenuante conhecimento que a mesma traz problemas e agravos de ordem tanto física quanto psicológica para qualquer faixa etária. Porém é na terceira idade que os problemas são mais pronunciados, tudo isso, por propiciara um maior sua rede de apoio e também pela fragilidade, incapacidade funcional, entre outros processos (SOARES; CUSTÓDIO, 2011).

Por alguma situação, quando um idoso sai de seu próprio convívio familiar, seu círculo de amizade, sua morada, rotina de muitos anos e vai pra um hospital, onde o ambiente é desconhecido, com outras pessoas e rotinas, além do processo de fragilidade

e doença, isso tudo pode trazer mais um ponto negativo tanto no estado físico quanto no emocional. Todo esse processo pode significar para ele uma institucionalização/hospitalização prolongada, dependência física, mais fragilidade e incapacidade funcional e, ainda, o sentimento de finitude da vida. (SOARES; CUSTÓDIO, 2011).

O evento queda é bem frequente no ambiente hospitalar e está mais ligado a maior dependência, fragilidade e morte nesse indivíduo. As quedas de pacientes internados estão dentre os principais Eventos Adversos (EA) a serem prevenidos nas instituições de saúde e são prioridade dentro do programa de segurança do paciente, pois podem acarretar consequências graves, tais como: traumas teciduais de diferentes intensidades, retirada não programada ou desconexão de diferentes artefatos terapêuticos, alterações emocionais, piora das condições clínicas e óbito. Além disso, fazem com que o período de internação e custo do tratamento aumente e podem refletir na confiança do paciente em relação ao cuidado que lhe está sendo prestado (COSTA et al., 2011).

No que consiste a epidemiologia das quedas no ambiente hospitalar, os dados internacionais apontam que as quedas de pacientes hospitalizados apresentam uma frequência que varia em função das características dos pacientes e da instituição, com índices que vão de 1,4 a 13 quedas para cada 1000 pacientes-dia (WHO, 2007). Mais de 70% das quedas ocorrem nos quartos quando os pacientes se movimentam para a cama, poltrona ou cadeira de rodas e 19% quando deambulam da cama para o banheiro e vice-versa. Destas, cerca de 23% das ocorridas em doentes hospitalizados resultaram em lesões, em que os hematomas, entorses e lacerações são as maiores lesões (83%) e 9% são fraturas (DICCINI, 2008).

No Brasil, uma investigação realizada sobre quedas intra-hospitalares de idosos hospitalizados em Belo Horizonte evidenciou que, em cada 1000 leitos, cerca de três a 13% dos indivíduos caem por dia (VIANA, OLIVEIRA, MAGALHÃES, 2011). As estatísticas apontam ainda que em nosso país, das 66.409 mil quedas que foram notificadas no período de agosto a outubro de 2011, cerca de 1,156 mil foram do próprio leito e 45,381 mil foram quedas da própria altura (BRASIL, 2013).

Segundo as publicações do relatório nacional sobre a Segurança do Paciente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o número de acidentes por quedas de pacientes foi de 12.385, no período de março de 2014 a março de 2017. Esse evento

foi a terceira causa de acidente, num total de 109.082 tipos de incidentes. No que consiste ao tipo de quedas no ambiente hospitalar, 6.045 foram por perda de equilíbrio, 3.890 por escorregar, 1.109 não informado, 856 no banheiro e 485 tropeçando. Em relação ao local da queda, 4.531 eram da cama, 3.590 no banheiro, 1.324 da cadeira, 825 quando transportado/apoiado por outro indivíduo, 718 não informado, 635 da maca, 313 nas escadas e degraus e 203 nos equipamentos terapêuticos e diagnósticos. E por fim, o número de óbito chegou a 42 casos. O estudo mostrou também, que a maioria dos entrevistados eram mulheres, idosas e no turno das 7 h as 19 h (BRASIL, 2017)

Em Santa Catarina, especificamente, nos relatórios dos estados de eventos adversos, o número de quedas no ambiente hospitalar, por incidente, foi e 1,025, o quarto mais frequente, tendo 1 óbito notificado. O estudo tem como limitante a possibilidade de subnotificação, pois ainda não está inculcida e disseminada a cultura da segurança do paciente entre os profissionais da área da saúde, que deveriam valorizar a notificação como instrumento de diagnosticar os agravos e basear o cuidado baseado em evidências (BRASIL, 2017).

Após ocorrência da queda, aproximadamente 25% dos idosos morrem dentro de um ano, 15% são institucionalizados e 60% nunca recuperam o nível funcional prévio (ROTHSCHILD, BATES; LEAPE, 2000). Além disso, estudos indicam que os idosos utilizam os serviços hospitalares de modo mais frequentes que as demais faixas etárias, envolvendo maiores custos com internações que acabam por gerar tratamentos de média e longa duração, caracterizados por recuperação mais lenta e complicada (COELHO, 2000). No que se refere ao ambiente hospitalar, as quedas ocorrem com maior frequência em unidades de clínica médica, neurologia e oncologia, onde os pacientes permanecem internados por períodos mais longos e exigem maior complexidade na assistência (CORREIA et al., 2012).

O número total de quedas em idosos, registrado em unidades hospitalares, durante a internação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), entre 2005 e 2010, foi de 399.681 internações. Destas, 40,228% (160.747) ocorreram em pessoas do sexo masculino e 59,78% (238.934) em pessoas do sexo feminino (BARROS et al.; 2015). Observa-se ainda que a média de internação hospitalar em dias cresce com o aumento da idade, pois a faixa etária de 80 anos ou mais apresentou maior média de permanência hospitalar em relação às demais faixas etárias (BARROS et al., 2015).

O medo de cair novamente, resulta na perda de confiança que pode resultar na restrição das atividades e representar um fator significativo para a transferência da vítima para um ambiente mais limitado e supervisionado. As quedas produzem sintomas de ansiedade e depressão. As pessoas desenvolvem medo situacional de cair, ligado diretamente a uma atividade específica. Outras desenvolvem fobias. A queda pode estar envolvida a mortalidade, ocorrendo cerca de 33 % de mortes em até quatro meses após admissão hospitalar por esse evento (MORIGUTI et al. 2012).

A síndrome do pós-quedas, inicia-se após um episódio de queda recente e é caracterizada por grande temor de cair sempre que a posição ereta for assumida. Elas tendem a agarrar ou segurar objetos em torno e apresentam grande hesitação e irregularidades nas tentativas de deambulação. Eles geralmente apresentam histórias prévias de quedas (MORIGUTI et al., 2012). As lesões e as fraturas, ocorrem em um terço a três quartos dos casos, embora a maior parte não procurem o serviço de saúde.

Observa-se que em relação às quedas, a diferença entre aquelas ocorridas no hospital e em ambientes domésticos está ligada a alterações espaciais e organizacionais e às condições físicas das pessoas internadas. Esse processo de institucionalização faz com que os idosos enfrentem maiores dificuldades em relação à adaptação, aumentando o risco para quedas no contexto hospitalar (ABREU et al., 2012).

As quedas em meio hospitalar são consequências de diversos fatores. A diferença entre o ambiente hospitalar e o doméstico, com o seu movimento próprio e alterações de espaço e organização, pode representar grande mudança, principalmente para os doentes mais idosos ou com maior dificuldade de ajustamento a alterações do seu ambiente. Por outro lado, as alterações das condições físicas das pessoas internadas, associadas ou não à doença que motivou esse internamento, colocam-nas numa situação de maior fragilidade, com frequentes compromissos do seu funcionamento físico e psicológico (VACCARI, 2014).

No ambiente hospitalar cai-se mais no quarto, indo da cama para a cadeira e para o banheiro, aliada também ao piso escorregadio do ambiente hospitalar (DICCINI, PINHO, SILVA, 2008). Em relação ao turno em que ocorreram as quedas, houve uma predominância no turno da noite. Autores revelam que durante a noite, o número de profissionais geralmente é reduzido e, com isso, a vigilância e visitas aos leitos diminuem, resultando em um aumento da suscetibilidade para queda. O local desconhecido e o fato do turno noturno ser visto como um período de silêncio e

escuridão, o paciente se sente constrangido em solicitar auxílio dos profissionais, resultando em aumento das chances de cair (CABRAL et al., 2016).

O risco de quedas nos idosos no ambiente hospitalar decorre de alterações intrínsecas e extrínsecas. Destaca-se dentre os fatores intrínsecos as alterações sensoriais motoras, em que o indivíduo fica mais debilitado advindo do processo saúde-doença. Ao passo que entre os fatores extrínsecos ressalta-se a dificuldade propiciada pelo ambiente desconhecido (FREITAS et al., 2014).

No estudo de Oliveira (2014), no que tange aos fatores extrínsecos no ambiente hospitalar foi identificado 58,33% relacionados a organização do ambiente como, por exemplo, móveis e pequenos objetos que impedem a mobilização livre do paciente. Uma pequena parte dos corredores e 47 banheiros (14,58%) não apresentavam corrimões e 32,29% dos pacientes utilizavam algum tipo de órtese para locomoção no ambiente. Percebe-se que 63,54% dos pacientes tiveram histórico de quedas, 80,2% faziam uso de anti-hipertensivo, 73,96% apresentavam dificuldade de marcha, 29,13% possuíam problemas psicológicos (diagnosticados como depressão), 90,63% são sedentários, 65,63% tinham equilíbrio prejudicado, 25% hipotensão ortostática e 25% incontinência (urinária e intestinal) e as principais patologias eram as doenças cardiovasculares, neurodegenerativas, respiratórias, osteomioarticulares, entre outras.

Sendo assim, estratégias de prevenção de queda devem ser abrangentes e multifacetadas. Elas devem priorizar iniciativas de pesquisa e explorar os fatores de risco utilizando estratégias de prevenção eficazes, uma vez que esse evento é uma preocupação. A proporção de quedas em hospitais relacionadas à segurança do paciente considerável para os pacientes e seus familiares, já que ameaça tanto a saúde imediata e de longo prazo (FREITAS, 2014).

### 3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS QUEDAS

O papel do enfermeiro (a) diante do processo de hospitalização de um idoso é de suma importância sobretudo no que concerne a prevenção de quedas, devendo suas ações já iniciarem no momento da internação do mesmo.

Conforme Persad, Cook, Giordani (2010) e Cunha et al. (2012), a avaliação do risco de quedas se dá em quatro passos. O primeiro passo consiste em descartar fraturas ósseas e traumatismo crânio encefálico, que podem ter ocorridos depois das quedas e descartar doenças ameaçadoras a vida como Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). No segundo passo, consiste em uma avaliação na busca minuciosa dos possíveis fatores de riscos responsáveis pela queda. Terceiro passo, dá-se a reabilitação para reinseri-lo na comunidade. E por fim o quarto passo que é identificar e tratar alterações na estrutura óssea.

De acordo com Freitas et. al. (2012), é mister a obtenção da história detalhada da queda e da vida pregressa do paciente, pois assim, é possível determinar sua causa e por fim preveni-la. O enfermeiro, nesse sentido, deve atentar-se para a identificação dos fatores de riscos, aos sinais e sintomas que antecederam o evento como, por exemplo, se houve alterações posturais, síncope pós-prandial, perda da consciência, entre outras causas. A história patológica pregressa, comorbidades, principalmente as relacionadas aos sistemas cardiovasculares, miosteoarticular, cerebrovascular também deve ser investigada. E por fim, saber o local de ocorrência, durante qual atividade, horário do dia, uso de medicação, se teve outras testemunhas, entre outras avaliações.

A Sociedade Americana de Geriatria e Sociedade britânica de Geriatria (2011), propôs um algoritmo de avaliação e condutas, em que o raciocínio clínico se dá em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, em uma consulta/avaliação, onde o profissional começa se baseando por três perguntas, como: “você caiu 2 ou mais vezes nos últimos 12 meses”, “você acaba de sofrer uma queda” e “você sente dificuldade para andar ou manter o equilíbrio”. Se não obteve resposta positiva de ambas, deve-se rastrear periodicamente, mas se obteve, devemos colher o histórico, realizar o exame físico e fazer a avaliação funcional e cognitiva, determinando os fatores de riscos, como: história de quedas, uso de medicações, a avaliação da marcha, do equilíbrio e da mobilidade, acuidade visual, déficits neurológicos, força muscular, frequência e ritmos cardíacos, hipotensão ortostática, exame dos pés e dos calçados, os riscos ambientais, entre outros.

No que consiste ao exame físico de um paciente que sofreu uma queda, o enfermeiro deve ser capaz de avaliar o idoso como um todo, tendo conhecimento das especificidades que tangem o processo de envelhecimento. Dentre os aspectos a serem



avaliados incluem: o estado nutricional do paciente verificando se houve perda de peso, realizando a pesagem do paciente e avaliando o índice de massa corporal (IMC). Avaliar a acuidade visual e auditiva por testes.

Avaliar o estado mental, através do Mini-exame do estado mental (MEEM). O MEEM, é constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos. Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. Aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem, afasia, apraxia e habilidade construcional (PIOSEVAN et. al., 2015).

Realizar exames do sistema musculoesquelético dos membros superiores e inferiores; avaliando a marcha (as fases de apoio e de balanço) que geralmente nos idosos, os passos são mais curtos, aumentando-se a altura dos passos, o aumento do período do apoio bipedal, perda dos balanços dos braços, diminuição da rotação pélvica e do joelho e a flexão plantar, que está diminuída na fase final do apoio. Outros aspectos a serem avaliados: postura e equilíbrio, a verificação os sinais vitais, com foco na hipotensão ortostática (HO); detectar irregularidades no ritmo cardíaco, pois as arritmias podem cursar com baixo débito cardíaco e consequente queda e verificação do aumento da frequência respiratória entre outras condutas (JÚNIOR, HECKMAN, 2006; BRASIL, 2006, MORIGUITI et al., 2012, FREITAS et al., 2012).

Para melhor avaliação da parte osteomioarticular, da marcha e do equilíbrio, o enfermeiro ainda pode utilizar para auxiliar nesta avaliação alguns instrumentos como o Teste de Tandem, onde se pede para a pessoa ficar em pé, e colocar um pé na frente do outro, para medir o tempo que ele consegue ficar na mesma posição, está preservada, se ele conseguir ficar mais de 10 segundos nessa posição. Outro teste simples para avaliar marcha e equilíbrio é o Timed Up and Go (TUG), esse teste baseia-se em avaliar a velocidade de execução em levantar de uma cadeira sem a ajuda dos braços, caminhar por três metros à frente, virar, caminhar de volta e sentar na cadeira, caracterizando, assim, um conjunto de ações tipicamente rotineiras, fundamentais para mobilidade independente, se o paciente realizar todo esse percurso em menos de 10 segundos terá

baixo risco para quedas, de 10 a 20 segundos terá médio risco e mais de 20 segundos alto risco (CASTRO, MAGALHÃES, CRUZ, REIS; 2015).

Há algumas escalas mais completas para a avaliação do equilíbrio e da marcha como a Escala de Equilíbrio de Berg, que é, também chamada de Balance Scale, que compreende uma escala de 14 tarefas relacionadas do dia-a-dia, que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico, tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. Os itens avaliados incluem a habilidade do indivíduo em manter posições de crescente dificuldade, com a diminuição da base de suporte para sentar, até postura confortável, ficar em pé com os pés juntos, e por final, postura em tandem (isto é, com um pé à frente do outro), e postura em uma única perna, os dois itens mais difíceis. Outros itens avaliam o quão bem o indivíduo está apto a mudar de posição, de sentado para em pé, ao baldear-se de uma cadeira para outra, ao pegar um objeto do piso, e ao sentar-se. A realização das tarefas é avaliada através da observação e a pontuação varia de 0 a 4 em cada tarefa, totalizando um máximo de 56 pontos, e a pontuação é baseada no tempo em que a posição pode ser mantida, a distância que o braço é capaz de alcançar para a frente, ou o tempo para completar uma tarefa (SOUZA, SANTOS; 2012). E a escala de avaliação do equilíbrio e marcha (índice de TINNETI), consiste em uma escala que avalia o equilíbrio (sentado, levantado, a tentativa de levantar, assim que levanta, o equilíbrio em pé, testes dos 3 tempos, de olhos fechados, gerando 360 graus e sentado) e marcha (início da marcha, comprometimento da altura dos passos, simetria dos passos, direção, avaliação do tronco, distância dos tornozelos) (PIOSEVAN et. al., 2015).

Temos na literatura também, o instrumento de vulnerabilidade as quedas do idoso hospitalizado (IAQI), onde se utiliza como apoio o processo de enfermagem. Nele apresenta-se um fluxograma de avaliação, contendo os itens de identificação; queixa principal; revisão dos sistemas fisiológicos principais; avaliação da funcionalidade global; história pessoal atual e pregressa; avaliação ambiental; diagnósticos principais, contendo diagnósticos/problemas e diagnóstico funcional; plano de cuidados (MALLMANN, HAMMERSCHMIDT, SANTOS, 2012).

Na avaliação funcional, tem-se várias escalas de avaliação, mas existem duas escalas, que são as mais utilizadas, as quais são, a de Katz e a de Lawton. As atividades da Vida Diária (AVD) de Katz avalia, as atividades relacionadas com os seguintes itens: Alto cuidado, Mobilidade, Alimentação, Higiene pessoal (banho, idas à

casa de banho, controle de esfíncteres) e Vestir, despir, calçar. Aonde 6 pontos é independente, 4 dependência moderada e 2 dependente. E a escalas de atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) de Lawton, que avalia as atividades que permitem a integração de uma pessoa na comunidade, gerir a sua casa e a sua vida: Ir às compras, Gerir o dinheiro, Utilizar o telefone, Limpar, Cozinhar e Utilizar transportes. A pontuação máxima possível são 27 pontos. Existem três respostas possíveis as perguntas que variam de independência, dependência parcial ou dependência que consistem, respectivamente, nas seguintes possibilidades: sem ajuda, com ajuda parcial e não consegue (BARBOSA et. al., 2014).

Na avaliação do risco de quedas no ambiente hospitalar, temos a Escala de Morse, que segundo autora a mesma deve ser efetuada no momento da admissão, quando altera o quadro da paciente e quando há uma queda. A escala é constituída por seis itens (história de quedas, diagnóstico secundário, apoio na deambulação, terapia endovenosa, tipo de marcha e o estado mental) com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. A cada uma das respostas corresponde a uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos. Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos. O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco (MORSE, 1989, p.366-377).

Uma vez aplicada às escalas como forma de avaliação e prevenção do risco de quedas, algumas medidas devem ser adotadas pela equipe de saúde. No que se refere às intervenções de enfermagem, Kagan e Puppione (2011), indicam: elevar as grades do leito, travar as rodas dos leitos, mesinhas e cadeiras, campainha perto do leito, objetos e mesinha perto do leito, escada perto do leito, barras de segurança pelo corredor e banheiro, piso antiderrapante e secos, boa iluminação, entre outras intervenções. Também se faz importante avaliar o risco de quedas e os fatores ambientais na admissão do paciente na unidade e a cada 24 horas e, se possível, indentificá-lo quanto ao risco de quedas, cuidar para que o ambiente tenha o menor risco possível de quedas e estimular que o paciente use calçado antiderrapante, nunca levante sozinho, use os dispositivos de auxílio como bengalas, cadeiras de rodas, entre outras medidas.

Infere-se nesse sentido, que a equipe de Enfermagem é de extrema importância para a prevenção e os cuidados de quedas aos idosos hospitalizados, por representar a maioria dos profissionais nos serviços de saúde e por terem uma equipe de cuidados nas 24 horas de assistência. Assim, o enfermeiro deve estar atento para identificar os fatores de riscos, avaliar o paciente através da anamnese e do exame físico, implementar os cuidados e por fim avaliar se o mesmo está sendo implementado. O mesmo, ao tomar todas essas atitudes, está sistematizando a assistência do cuidado de enfermagem e isso se dá pelo Processo de Enfermagem, que é um método científico do nosso cuidar, tornando o cuidado mais responsável, científico, confiável e sistemático. Ao passo que a equipe de enfermagem implementa esse cuidado e o enfermeiro avalia a eficácia do mesmo. Pode-se dizer então que o evento quedas é um indicador do cuidado de enfermagem e merece atenção no intuito de ampliar a consciência da cultura da segurança do paciente e a prevenção de quedas no ambiente hospitalar, sendo o enfermeiro de grande importância na educação em saúde para prevenir as quedas em idosos no ambiente hospitalar.

### 3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE IDOSO

Segundo o relatório mundial de envelhecimento e saúde da Organização das Nações Unidas (ONU) (2015), o processo de envelhecimento é multifatorial e complexo e envolve questões fisiológicas e psicológicas. De cunho fisiológico, temos que o processo de envelhecer está relacionado ao acúmulo de grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o passar dos anos, esse dano leva a perda gradual nas reservas fisiológicas, aumento do risco de contrair diversas condições patológicas e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. E com o evoluir, temos em último grau, a morte. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos. Com o evoluir da idade, consequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas. Essas mudanças incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas (BRASIL, 2013; ONU, 2015).

Embora algumas dessas mudanças possam ser guiadas por adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada, que

pode ser associado ao desenvolvimento de novos papéis, pontos de vista e muitos contextos sociais inter-relacionados. Essas mudanças psicossociais podem explicar por que em muitos cenários, a idade avançada pode ser um período de bem-estar subjetivo maior. Ao desenvolver uma resposta de saúde pública ao envelhecimento é importante não só considerar as abordagens que melhoram as perdas associadas à idade mais avançada, porém também as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial (ONU, 2015).

O ser idoso está mais propenso a fragilização, ao aumento do número de comorbidades e a eventos adversos associados a idade. Essa população tem mais chances de hospitalização. Segundo Luz et al. (2011) a população idosa apresenta maior número de hospitalizações nos serviços públicos de saúde do país e uma elevada mortalidade por causas externas, dentre estas se destacam as quedas (62,4%), acidentes de transporte (8,1%) e causas externas não classificadas (7%).

O hospital por si só, é um ambiente desconhecido para o idoso, onde isso pode gerar estresse, e diversos riscos para o mesmo. Uma hospitalização para essa população em específico, pode acarretar diversas mudanças devido a maior vulnerabilidade que o idoso fica exposto, incluindo a possibilidade de ficar mais frágil, dependente, com o risco de maior imobilização, o medo de cair e a morte. (LUZ et al., 2011).

A OMS define a Segurança do Paciente como ausência de dano potencial ou desnecessário para o paciente associado aos cuidados em saúde. A segurança não reside em uma pessoa, dispositivo ou serviço, mas emerge das interações entre componentes de um sistema. Segurança do paciente se refere à redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, evitando assim eventos adversos. Eventos adversos são danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base. Obrigatoriamente acarretam lesões mensuráveis nos pacientes afetados, óbito ou prolongamento do tempo de internação (OMS, 2017).

Na perspectiva de Fernando et al. (2016), a segurança do paciente é uma disciplina no setor de cuidados de saúde que aplica métodos científicos de segurança com o objetivo de alcançar um sistema confiável de prestação de cuidados de saúde. É um atributo que minimiza a incidência dos eventos adversos e danos evitáveis em saúde.

Entende-se por cultura de segurança “[...] o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p. 142). Devendo o trabalho de enfermagem ser mais seguro e isso se dá através da informação, educação permanente, prática clínica baseada em evidência, a identificação dos fatores de risco, notificação dos eventos adversos, entre outras atitudes.

Pensar em áreas seguras, que promovam uma melhor ocupação do espaço de forma segura, pelo maior tempo possível para os idosos, é um grande desafio. É necessário um olhar atento, pois o ambiente pode ser facilitador ou barreira para o desempenho físico desses indivíduos. Nesse sentido, o ambiente de internação hospitalar precisa ser seguro, favorecer a adaptação rápida, proporcionar segurança, funcionalidade, conforto e compensar as limitações impostas pelo processo de envelhecimento (VACCARI et al., 2014).

Diante do crescente número de acidentes nos ambientes hospitalares e com objetivo de minimizar os riscos e danos ao paciente no hospital, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 529/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Que tem como objetivo ajudar na qualificação do cuidado em saúde em todos os ambientes de saúde do território nacional. O programa tem seis metas. 1. Identificar corretamente o paciente; 2. Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; 3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; 5. Higienizar as mãos para evitar infecções e 6. Reduzir os riscos de quedas e as úlceras por pressão. Tal programa apresenta, dentre outras prioridades, o protocolo de prevenção de quedas, tendo como finalidade reduzir a ocorrência desse evento e o dano dele decorrente, por meio da implantação/ implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente (BRASIL, 2013).

Dentre as metas acima mencionadas, a sexta meta que engloba as questões referentes à prevenção de quedas, engloba diversas metas a serem adotadas, dentre elas o plano a avaliação do risco de queda, a identificação do paciente com risco através de sinalização à beira do leito ou pulseira, o agendamento dos cuidados de higiene pessoal e relacionados às necessidades fisiológicas para os pacientes de risco, a revisão da medicação, a atenção aos calçados utilizados pelos pacientes, a educação dos pacientes e dos profissionais, a revisão após a ocorrência de queda para identificação de suas

possíveis causas. Todas essas intervenções são identificadas pelo Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) como sendo eficazes na prevenção de quedas (BRASIL, 2013).

Neste contexto, as quedas de pacientes hospitalizados são consideradas um indicador de baixa qualidade da assistência e servem para avaliação do serviço. Além das quedas, são exemplos de indicadores de qualidade de assistência os eventos adversos relacionados à frequência de úlcera por pressão, infecção hospitalar, problemas na manipulação de cateteres, entre outros. Dentre as soluções apontadas em busca da garantia da segurança do paciente, as quedas no ambiente hospitalar mostra-se um grande desafio na assistência, por ser um dos eventos adversos mais encontrados, necessitando de cuidados específicos para sua prevenção (PAIVA et al., 2010).

Em consonância com a Portaria, foi também implantado um protocolo de prevenção de quedas que visa a redução da ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013).

Tal protocolo preconiza que as intervenções devem corresponder à avaliação do risco de quedas, onde a mesma deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Devendo-se observar os fatores de risco de quedas extrínsecos, intrínsecos e comportamentais, o uso de medicações, comorbidades, além da avaliação cognitiva e funcional. Onde se identifica pacientes de alto risco, que consiste em pacientes (independentes, que se locomovem, que depende de ajuda) e baixo risco de quedas (acamados, restritos ao leito, independentes). As ações preventivas aliadas aos fatores de risco. E por fim as estratégias de notificação (BRASIL, 2013).

A avaliação do paciente para o risco de quedas, tanto no momento de sua admissão na instituição hospitalar como no transcorrer da internação deve ser realizada, uma vez que se torna uma importante ferramenta de cuidado que permite à equipe de enfermagem implementar os cuidados necessários para a prevenção destes eventos adversos (BRASIL, 2013).

A notificação da ocorrência de quedas também é indispensável, assim como a descrição das circunstâncias em que este evento aconteceu, para que se possa modificar,

quando possível, os fatores que predisuseram à queda, sendo possível também reestruturar o plano de cuidados do paciente (BRASIL, 2013).

Segundo Fidélis (2011) é fundamental que os serviços de saúde trabalhem a questão da segurança do paciente para, assim, garantir a qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Onde devemos sempre estimular a cultura de segurança nas instituições de saúde, pois isto evita os eventos adversos e riscos tanto ao usuário quanto ao profissional. A cultura de segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (AHRQ, 2014).

Frente ao exposto justificamos o interesse em trabalhar com o tema quedas em idosos hospitalizados, pois se trata de um evento muito frequente, com diversas consequências que variam desde um ferimento leve, fraturas, internações prolongadas, redução da capacidade funcional até a morte. Além de provocar elevados gastos ao sistema de saúde e a mudança na cultura de segurança do paciente.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa trabalha com uma abordagem empírica do estudo. Onde o pesquisador traz suas idéias, motivos, aspirações, valores e atitudes para conseguir compreender melhor o assunto a ser estudado e os processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis e quantificáveis. Ela permite mais flexibilidade do pesquisador, podendo modificar o questionário até a compreensão do entrevistado.

A pesquisa exploratória por sua vez, tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais claro ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve, a busca na literatura acerca do assunto estudado; as entrevistas, abertas ou fechadas, com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e a análise dos dados pesquisados que ajudam na compreensão do estudo (GIL, 2007).

Já a pesquisa descritiva demanda do pesquisador um conjunto de informações sobre o que se pretende pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. São exemplos de pesquisa descritiva, os estudos de caso, análise documental, pesquisa ex-post-facto, entre outros (TRIVIÑOS, 2013).

### 4.2 LOCAL DE PESQUISA

O local para o desenvolvimento desse estudo foram as unidades de Clínica Médica do Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O HU/UFSC foi fundado em 1980 e atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É um hospital de referência no Estado, além de ser o único hospital federal do Estado de Santa Catarina. Inicialmente instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a Unidade de Terapia Intensiva Adulto e finalmente, em 1996, a Maternidade. O Atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes permitindo que o Hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia. Atua nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, é referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de Oncologia e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades. E posterior criação das demais unidades como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Hemodiálise entre outras unidades e setores (HU-UFSC, 2013).

Em decorrência das dificuldades financeiras pelas quais o HU vinha enfrentando, decidiu-se a partir de reuniões do Conselho Universitário, debates pela universidade e votação, mudar o modelo de gestão do hospital, passando o mesmo a ser administrado não mais pela Universidade Federal de Santa Catarina, mas sim pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação (BRASIL, 2016).

Com a finalidade de recuperar os hospitais universitários, a EBSERH tem por missão, aprimorar a gestão, prestar atenção à saúde de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde, além de fornecer local adequado para ensino e pesquisa (BRASIL, 2016).

Especificamente sobre as unidades de escolha para este estudo, optou-se pela unidade de internação de clínica médica pelo fato de que nessas unidades os idosos, de maneira geral, são a maioria dos pacientes internados, possuem um maior período de internação, possuem comorbidades diversas sendo em sua maioria doenças crônicas não

transmissíveis. A conjunção desses fatores coloca os idosos com um potencial maior para sofrerem quedas.

A pesquisa deu-se nas unidades de internação de clínicas médicas I e II. Ambas as unidades estão localizadas no 3º. Andar do Hospital Universitário da UFSC, e os quartos são equipados com camas eletrônicas, com grades funcionantes e elevadas. Os quartos possuem campainha e luz a beira do leito ao alcance do paciente e em pleno funcionamento. Todos os banheiros possuem barras de plástico, assim como os corredores externos da unidade.

Especificamente a CM-I, é considerada uma unidade de isolamento. Nesta unidade, encontram-se pacientes que possuem contaminação por bactérias multirresistentes. A unidade de internação da Clínica Médica 1 possui 11 quartos, com 21 leitos ao todo, cada quarto tem dois leitos, um do paciente e outro do acompanhante. Esta unidade atende as especialidades dos Serviços de Gastroenterologia, Pneumologia, Reumatologia e Clínica Médica. A clínica conta atualmente com 09 enfermeiros trabalhando (HU-UFSC, 2013).

A Unidade de internação de Clínica Médica II (CM II) funciona desde a inauguração do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) em 1980, e na época era dividida em Clínica Masculina e feminina. Hoje as unidades de clínica médica alojam pacientes de ambos os sexos, mas é dividida de acordo com o quadro clínico do paciente ou especialidade. Esta localizada no 3º andar do HU e atualmente, a CM II conta com 29 leitos que vão desde o número, que são divididos em dois ou quatro leitos cada quarto. Os leitos são divididos por cortinas e dois quartos compartilham o mesmo banheiro. Ao lado de cada leito há uma poltrona para o acompanhante, o que torna essa área física muito apertada. Assim como na CM1. Porém os espaços entre os leitos são muitos apertados e o piso escorregadio dos quartos, banheiros e corredores. Essa clínica conta atualmente com 10 enfermeiros (HU-UFSC, 2013).

#### 4.3 PARTICIPANTES

Os sujeitos desse estudo foram Enfermeiros, de ambas as unidades de internação das clínicas médicas e que atenderam aos seguintes critérios:

**Critérios de inclusão:** Estar atuando há pelo menos 06 meses na instituição hospitalar. Acredita-se que esse tempo é necessário para que o profissional enfermeiro conheça as rotinas do setor.

**Critérios de exclusão:** Enfermeiros que não realizam assistência direta ao paciente, por estarem desenvolvendo apenas cargos gerenciais, além daqueles em férias, atestados e licença maternidade.

Assim, a população deste estudo era de 19 Enfermeiros, sendo que participaram da pesquisa 15, sendo seis Enfermeiros da CM-1, uma vez que dois foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão (tempo de atuação menos que seis meses) e nove Enfermeiros da CM-II, sendo que 02 não participaram pelo mesmo motivo.

A partir desses critérios os entrevistados foram denominados como E1, E2, E3,.....E15, conforme a ordem em que as entrevistas foram acontecendo, para garantir o anonimato dos participantes.

#### 4.4 COLETA DOS DADOS

Para dar início a coleta dos dados, procedeu-se inicialmente a apresentação do projeto e seus objetivos para os Enfermeiros, posterior a passagem de plantão, individualmente. Neste momento também foi feito o convite aos mesmos a participarem do estudo fazendo o agendamento individual com cada um para entrevista, de acordo com sua disponibilidade de dia e horário.

No momento da entrevista propriamente foi retomado o objetivo da pesquisa, realizando a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e dado o tempo necessário para sua leitura e assinatura. Foi reforçada a solicitação de autorização para gravar a entrevista com vistas a obtenção dos dados na íntegra. O roteiro da entrevista (Apêndice A) foi construído pelos pesquisadores sendo composto por duas partes onde a primeira corresponde a dados sócio-demográficos dos entrevistados e a segunda parte é composta por seis perguntas abertas que permitiram a livre expressão dos mesmos acerca do fenômeno estudado, contemplando especificamente questões sobre as ações de prevenção e os cuidados aos idosos

hospitalizados no que se refere às quedas. A coleta de dados foi realizada no período de Março à Abril de 2018 e as entrevistas duraram em média 30 minutos.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A técnica de análise dos dados escolhida para este trabalho foi análise temática, que visa “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto visado, conforme Minayo (2014, p. 316). Isso envolve três etapas, que são: a pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos); a exploração do material (é classificatória e visa alcançar o núcleo de compreensão do texto, categorização, redução) e o tratamento e interpretação (resultados brutos submetidos a análise fatorial, para após fazer inferências ou interpretações) (MINAYO, 2014).

Dividimos estas três etapas da seguinte forma:

**Pré-análise:** Esta fase foi abordada em duas etapas, onde em um primeiro momento após a realização de cada entrevista gravada de modo individual, era procedida a transcrição na íntegra das falas dos participantes no Word 2007, pelo próprio pesquisador, pois tinha a possibilidade de lê-las com mais cuidado, refletir sobre elas e também identificar dúvidas.

Já na segunda fase, foi feito a leitura flutuante de todas as falas transcritas, tendo como referência os objetivos da pesquisa e a entrevista semi-estruturada elaborada pelo pesquisador. A partir da entrevista na íntegra, foram identificadas as falas significantes para posteriormente atribuir um código, denominado unidade de significado, conforme exemplo do Quadro 1:

**Quadro 1**-Exemplo de procedimento de análise dos dados de uma entrevista realizado com enfermeiro de uma unidade de clínica médica de Florianópolis-SC, 2018

Transcrição de dados de E3	Falas significantes	Unidades de significado
<p>Avaliar da melhor forma possível os riscos do paciente, a gente prescreve na prescrição de enfermagem os cuidados de enfermagem. A gente sempre tem esse cuidado de colocar a prevenção de quedas e aí os cuidados específicos, dependendo do paciente, se ele precisar ir ao banheiro com o nosso auxílio, se ele precisa de contenção no leito, porque ele é um paciente muito agitado, com risco de quedas, mesmo com grade elevada a gente coloca pra conter. Se ele tem um déficit visual a gente reforça isso, em destaque no prontuário. A gente coloca na prescrição. Não temos uma rotina de cuidado de avaliação do paciente. Sempre discuto com a equipe multidisciplinar os cuidados em geral do paciente. Mas estou mais focado no ambiente externo/ambiental.</p>	<p>“Avaliar da melhor forma possível os riscos do paciente...” (E3)</p> <p>“(…) colocar a prevenção de quedas e aí os cuidados específicos..”. (E3)</p> <p>“precisar ir ao banheiro com o nosso auxílio, se ele precisa de contenção no leito porque ele é um paciente muito agitado, com risco de quedas”. (E3)</p> <p>“Não temos uma rotina de cuidado de avaliação do paciente”. (E3)</p>	<p>} Avaliação dos riscos</p> <p>} Cuidados sistematizados</p> <p>} Contenção no leito</p> <p>} Falta de uma rotina de avaliação</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

**Exploração do material:** Nesta etapa realizou-se a categorização do material, por meio de uma classificação, cujo objetivo foi obter a compreensão do texto através da criação de subtemas e temas, a partir de elementos ou aspectos comuns que se relacionaram entre si. Desta forma, a partir das unidades de significados, foram identificados os núcleo de significados, que por sua vez deram origem aos temas e subtemas, conforme exemplo apresentado no Quadro 2:

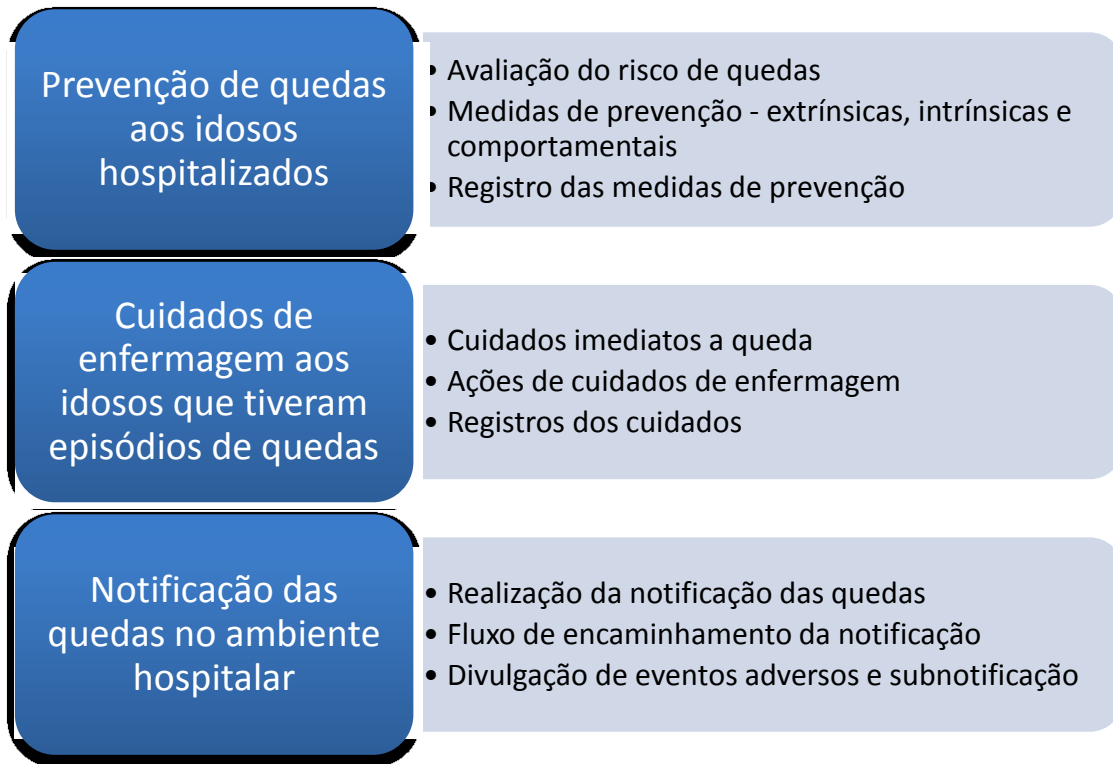
**Quadro 2-** Exemplo de procedimento de análise dos dados de uma entrevista realizado com enfermeiro de uma unidade de clínica médica para construção de temas e subtemas a partir do núcleo de significado. Florianópolis- SC, 2018.

Unidades de significados	Núcleo de significados	Sub-temas	TEMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação dos riscos</li> <li>- Cuidados sistematizados</li> <li>- Equipe multidisciplinar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ações de enfermagem frente a prevenção de quedas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de prevenção de quedas intrínsecas;</li> <li>- Medidas de prevenção de quedas extrínsecas</li> <li>-Medidas de prevenção de quedas comportamentais;</li> <li>- Avaliação dos fatores de risco de quedas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenção de quedas aos idosos hospitalizados.</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

**Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:** Consistiu no tratamento dos dados a partir das falas significantes, do núcleo de significado, realizando a análise por semelhança, ou seja, agrupando-se os núcleos com significados similares, para então constituir os subtemas, temas e pôr fim a inferência do tema central, confrontando-os com a revisão de literatura e o quadro teórico desenhado inicialmente e/ou abrindo outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2014).

Após a análise surgiram 3 temas que são sustentados pelos respectivos subtemas, que seguem:



**1) Tema:** Prevenção de quedas aos idosos hospitalizados

Subtemas: avaliação do risco de quedas; registro das medidas de prevenção; medidas de prevenção de quedas -extrínseca, intrínseca e comportamentais;

**2) Tema:** Cuidados de enfermagem aos idosos que tiveram episódios quedas

Subtemas: ações de cuidados de enfermagem às quedas e registros dos cuidados

**3) Tema:** Notificação das quedas no ambiente hospitalar

Subtemas: notificação das quedas; fluxo de encaminhamento; divulgação dos eventos adversos, subnotificação e educação permanente



## 5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos que envolvem seres humanos, conforme a resolução 466 de 2013 do Conselho nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013).

Esta pesquisa faz parte do projeto de pesquisa: *Envelhecimento Ativo – promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas – PROCAD/CAPES*.

Posteriormente a aprovação pela instituição envolvida no estudo e pelo referido Comitê, entrou-se em contato com os participantes da pesquisa, para expor-lhes os objetivos da mesma. Em caso de aceite houve a entrega do TCLE e posterior agendamento da entrevista.

A participação dos envolvidos foi voluntária, não havendo qualquer tipo de ressarcimento facultando-se aos participantes o direito de desistir do estudo em qualquer etapa em que ele se encontre. Para garantir a privacidade e confidencialidade dos dados, as entrevistas foram realizadas no local que os participantes acharam mais conveniente. Não houve também ressarcimento para custear qualquer tipo de despesas tanto dos pesquisadores quando dos participantes desta pesquisa.

Quanto aos desconfortos e riscos inerentes a participação estudo, estas poderiam estar relacionadas às questões psíquicas, moral e intelectual devido ao constrangimento ou insegurança em falar sobre suas atividades frente as quedas no ambiente hospitalar. Quanto aos danos físicos, poderiam surgir devido ao cansaço, mal-estar e ansiedade em decorrência da entrevista ter sido gravada. Caso qualquer situação desconfortável julgada pelos participantes pudesse acontecer, os pesquisadores estiveram à disposição, retomando apenas se for da vontade do participante. Quanto aos benefícios, a pesquisa teve o intuito de melhorar a qualidade do cuidado aos idosos hospitalizados, sobretudo no que se refere à prevenção de quedas.

Os enfermeiros entrevistados foram identificados com codinomes (E1 E2,...E15) de modo a preservar a identidade e o sigilo, garantidos nos procedimentos éticos da pesquisa.

O pesquisador assumiu o compromisso de arquivar os dados coletados confidencialmente, pelo período de cinco anos após o término da pesquisa e

posteriormente incinerá-los. Além disso, compromete-se a divulgar e repassar os resultados obtidos pelo estudo aos participantes sejam eles favoráveis ou não.

## 6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de manuscrito, seguindo a instrução normativa de 2017 que regulamenta os componentes curriculares do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, Resolução do CNE/CES n 3 de 07 de novembro de 2001 , atendendo as exigências do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina(UFSC), para obtenção do diploma de Bacharel em Enfermagem

### 6.1 MANUSCRITO: EVENTO QUEDAS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO IDOSO HOSPITALIZADO

#### RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar as ações de cuidados de Enfermagem, quanto ao evento quedas, para a segurança de idosos internados nas unidades de internação de clínica médica de um hospital público de Florianópolis- SC. O desenho do estudo foi uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritivo, realizado no período de março a abril de 2018, em duas unidades de Clínica Médica de um hospital escola, com 15 enfermeiros. A coleta de dados deu-se através de entrevista semi-estruturada, sendo essas gravadas, transcritas e posteriormente analisadas segundo análise temática, conforme proposto por Minayo. Através das entrevistas identificaram-se 3 categorias temáticas: Prevenção de quedas aos idosos hospitalizados; Cuidados de enfermagem aos idosos que tiveram episódios de quedas e Notificação das quedas no ambiente hospitalar. A partir desse estudo, foi possível identificar as principais medidas de prevenção e cuidados de quedas adotados por enfermeiros na prática junto a idosos hospitalizados, podendo esse estudo ser um aliado para uma sistematização da assistência de enfermagem e para o estímulo à cultura de segurança do paciente.

**Descritores:** Envelhecimento. Hospitalização. Acidentes por quedas. Segurança do paciente. Cuidados de enfermagem

#### INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer é influenciado por diversos fatores, entre eles as doenças crônicas, os fatores ambientais e o aumento à exposição às causas externas e aos eventos adversos. Dentre estes, destaca-se o evento quedas, o qual pode ser erroneamente naturalizado como próprio do envelhecimento. Embora a ocorrência de quedas seja um indicador da perda total da postura e da alteração de marcha, estando

relacionada à insuficiência súbita de mecanismos neurais e osteomioarticulares (MENDES, 2014).

O evento quedas tem como definição, a ida a uma superfície de contato, de uma pessoa, a um nível inferior ao que estava anteriormente, sendo este um contato não intencional, resultante da perda de equilíbrio postural e marcha, sem que tenha havido fator intrínseco determinante ou acidente inevitável e sem perda do nível de consciência (FALSARELLA, 2014).

Levando-se em conta a atual compreensão das quedas como um evento multifatorial e as necessidades de uma correção postural em tempo hábil para preveni-las, depreende-se que alterações relacionadas ao envelhecimento tem destaque nesta síndrome. Os fatores relacionados às quedas podem estar nos indivíduos ou no ambiente (PASQUETTI, 2014).

Segundo Herschorn et al., Vieira et al. (2011) e Moriguti et al. (2012), de 30 % a 60% da população de idosos acima de 65 anos de idade que vive na comunidade vivenciam quedas anualmente e mais da metade deles apresentam múltiplas e recorrentes quedas.

As quedas podem ser originadas tanto por fatores intrínsecos, como as alterações fisiológicas do próprio envelhecimento, doenças crônicas e o uso de múltiplos fármacos, quanto por fatores extrínsecos, geralmente os quais são decorrentes de circunstâncias sociais e ambientais em que esse idoso está inserido. O reconhecimento da multifatorialidade associada às quedas, auxilia no esclarecimento dos fenômenos causais e conseqüentemente, nas medidas preventivas (GAI et al., 2010).

O impacto do evento quedas para a saúde pública, associa-se à sua relação com a sua frequência elevada em idosos, os altos índices de morbimortalidade, hospitalização, institucionalização e grandiosos gastos em saúde e serviços sociais, além dos serviços de fisioterapia e reabilitação do pós quedas. A influência dos fatores ambientais no risco de quedas mantém íntima relação com o estado funcional e mobilidade da pessoa idosa com alterações sensório-motores, podendo se tornar uma ameaça à segurança do idoso. (FALSARELLA, 2014).

O evento quedas é bem frequente no ambiente hospitalar, podendo representar 70% dos eventos adversos em ambientes hospitalares e 02 de cada 05 eventos

indesejáveis relacionados à segurança do paciente. Índices indicam que de cada 1000 pacientes internados, 1,4 a 13 % sofrem quedas nos ambientes hospitalares (CORREA et al., 2012). As quedas de pacientes internados estão entre os principais Eventos Adversos (EA) a serem prevenidos nas instituições de saúde e são prioridades dentro do programa de segurança do paciente. Tais eventos podem acarretar consequências graves, do tipo: traumas teciduais de diferentes intensidades, fraturas, retirada não programada ou desconexão de diferentes artefatos terapêuticos, alterações emocionais, piora das condições clínicas e morte (ABREU et al. 2016).

Além disso, as quedas fazem com que o período de internação e custo do tratamento aumente e podem refletir na confiança do paciente em relação ao cuidado que lhe está sendo prestado, uma vez que esses eventos podem ser considerados um indicador do cuidado prestado. Observa-se que em relação às quedas, a diferença entre aquelas ocorridas no hospital e em ambientes domésticos, estão ligadas às alterações espaciais e organizacionais e às condições físicas das pessoas internadas (ABREU et al. 2016).

De acordo com Vaccari et al. (2016), uns dos principais fatores intrínsecos de quedas nos ambientes hospitalares é o uso de medicação contínua, identificado em 88,8 % dos casos. Ainda neste estudo, dentre os fatores extrínsecos, 100 % estavam relacionados aos leitos. Destes 11,1% não estavam com a cama travada, 11,1 % não possuíam luz de cabeceira funcionando, 22,2 % não tinham campainha ao alcance no leito e 100% tinham moveis ao lado do leito sem travas de segurança.

As alterações que ocorrem com o aumento da idade, podem afetar diretamente a vida e a saúde dos idosos, implicando em sua capacidade física e mental de exercer determinadas atividades do dia-a-dia (OLIVEIRA; REZENDE, 2014). O enfermeiro, sendo entendedor dessas alterações, precisa estar atento para identificá-las. Ele deve saber compreender as necessidades evidentes ou não de cada paciente, realizando cuidados individualizados e buscando conservar a sua liberdade e autonomia (VALCARENGHI et al., 2014). Portanto é mister que o enfermeiro saiba identificar os fatores de riscos para poder prevenir e posteriormente tratar as eventuais consequências das quedas em idosos. As quedas como dito anteriormente, é um indicador do cuidado, servindo como subsidio para planejar a assistência de enfermagem mais focada na saúde do idoso.

De acordo com Freitas et. al. (2012), é muito importante a obtenção da história detalhada da queda, dos fatores de riscos envolvidos e as morbidades intrínsecas relacionadas, pois assim, podemos determinar sua causa e por fim preveni-las. Um exame físico detalhado com uso de escalas de avaliação geriátrica, protocolos e métodos sistematizados de cuidado são eficazes para a concretude de um cuidado mais focado nas especificidades do idoso, sendo o Processo de Enfermagem o método de cuidado preconizado.

Este estudo tem como objetivo identificar as ações que os enfermeiros desenvolvem em relação à prevenção de quedas em idosos no ambiente hospitalar e conhecer os cuidados prestados aos idosos caídores.

## **MÉTODODO**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, realizado no período de março a abril de 2018, em duas unidades de Clínica Médica de um Hospital de ensino em Florianópolis- SC. Optou-se por este cenário de estudo considerando que nas unidades de clínica médica os idosos, de maneira geral, são: a maioria dos pacientes internados; possuem um maior período de internação; possuem comorbidades diversas sendo em sua maioria doenças crônicas não transmissíveis. A conjunção desses fatores coloca os idosos com um potencial maior para sofrerem quedas.

Os sujeitos desse estudo foram Enfermeiros, de ambas as unidades de internação das clínicas médicas e que atenderam o critério de inclusão, de estar atuando há pelo menos 06 meses na instituição hospitalar. E como critérios de exclusão, os enfermeiros que não realizam assistência direta ao paciente, por estarem desenvolvendo apenas cargos gerenciais, além daqueles em férias, atestados e licença maternidade.

Dos 15 Enfermeiros atuantes nas unidades de internação de clínica médica, quatro foram excluídos, por não atenderem ao critério de inclusão.

Para coleta dos dados foi utilizada a entrevista semi-estrutura, contendo perguntas referentes à caracterização dos sujeitos, além das atinentes ao tema prevenção e cuidados ao idoso caído no ambiente hospitalar. Entrado no campo para coleta dos dados, inicialmente foi realizada uma apresentação do projeto e seus objetivos para os Enfermeiros, posterior a passagem de plantão, individualmente. Neste momento também foi feito o convite aos enfermeiros a participarem do estudo fazendo o

agendamento individual com cada um para entrevista, de acordo com sua disponibilidade de dia e horário. No momento da entrevista propriamente foi retomado o objetivo da mesma, realizando a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e dado o tempo necessário para sua leitura e assinatura.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas à luz da análise temática de Minayo (2014), seguindo as etapas de pré-análise; exploração do material e, por fim, o tratamento e interpretação dos resultados, de onde emergiram os temas e subtemas referentes às unidades de significados emergentes.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o CAAE: 80907517.5.0000.0121. Fazendo parte do projeto *Envelhecimento Ativo – promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas – PROCAD/CAPES*.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados 15 Enfermeiros, sendo seis da CM1 e nove da CM2, onde 14 eram mulheres e 01 homem, com idade variando entre 26 e 54 anos. No que se refere à formação profissional, a maioria (14) está formada a mais de 08 anos, sendo que, todos os entrevistados (n 15) possuem especialização e 10 possuem mestrado. Quanto ao turno de trabalho 05 trabalham pela manhã, 02 à tarde e 08 à noite. No que tange ao tempo de trabalho na unidade, 08 trabalhavam há menos de 1 ano; 6 de 1 a 10 anos e 01 a mais de 20 anos. A respeito do tempo de trabalho na instituição, a maioria (n 12) trabalha a menos de 10 anos no referido hospital. Nenhum enfermeiro possuía outro vínculo empregatício. E por fim, os enfermeiros tinham dois tipos de jornada de trabalho, onde 11 enfermeiros trabalhavam 30 horas e 04 trabalhavam 36 horas semanais, considerando os diferentes regimes de trabalho presentes na instituição.

No que se refere à formação complementar na área de Gerontologia, apenas um enfermeiro verbalizou ter realizado especialização em saúde do idoso, confirmando que a maioria das experiências foram oriundas da própria prática profissional.

Após a análise das falas advindas das entrevistas emergiram 03 categorias temáticas, sendo elas: prevenção de quedas aos idosos hospitalizados; cuidados de enfermagem aos idosos que vivenciam quedas e de notificação das quedas no ambiente hospitalar. Assim surgiram como temas transversais que permearam de um modo geral

as falas questões relacionadas a educação permanente e segurança do paciente, sendo estes discutidos concomitantemente nas 3 categorias definidas.

### **Prevenção de quedas aos idosos hospitalizados**

Esta categoria apresenta as medidas de prevenção das quedas aos idosos hospitalizados no cotidiano de trabalho dos enfermeiros e as respectivas ações utilizadas por eles na prática clínica nas unidades. Dentro deste contexto emergiram os sub-temas: avaliação do risco de quedas, registro das medidas de prevenção, medidas de prevenção de quedas extrínseca, intrínseca e comportamentais.

Na questão específica sobre prevenção de quedas no ambiente hospitalar, os enfermeiros (15) verbalizaram não seguir uma rotina pré- estabelecida de avaliação do risco de quedas na admissão do paciente na instituição, uma vez que a mesma se dá através de uma avaliação subjetiva do paciente constantemente, sem a utilização de escalas ou instrumentos. O que pode ser observado nas emissões a seguir:

*“Uma rotina pré-estabelecida na instituição, não tem. O que já é de rotina, é essa avaliação do paciente quanto à mobilidade dele, sua parte neurológica, se precisa de andador, apoio para se locomover, orientação do uso de dispositivo de mobilidade ou nosso auxílio”. (E15)*

*“Creio que a rotina não está certa, o paciente interna tem que fazer isso ou aquilo, ou talvez foi implantado mas não está sendo cobrado, então a gente acaba não fazendo. As vezes quando eu vejo o papel eu até preencho na cabeceira (...) mas não tem uma rotina, se tem está perdida(...) talvez falta alguma orientação” (E2)*

No que se refere à identificação da necessidade de medidas de prevenção, esta ocorre em momentos distintos como na passagem de visita aos idosos em seus leitos e na avaliação direta ao paciente. Alguns enfermeiros ainda colocam que registram esta identificação no prontuário, mais especificamente na análise da evolução de enfermagem, prescrição de enfermagem e que também fazem orientações aos pacientes atinente ao tema.

*“ (...) avaliar da melhor forma possível os riscos do paciente, a gente prescreve na prescrição de enfermagem os cuidados de enfermagem e coloca na evolução de*



*enfermagem”. “... a gente sempre tem esse cuidado de colocar a prevenção de quedas e os cuidados específicos, dependendo do paciente...”. (E3)*

*“Acho que é mais no sentido de orientação mesmo, de educação em saúde, de tentar educar/conscientizar dos riscos que esses pacientes podem ter, tanto na unidade, quarto”. (E12)*

Dentre os fatores de risco, foi possível identificar nas falas dos entrevistados que os mesmos identificam diversas situações relacionadas aos riscos para quedas, como os fatores extrínsecos, intrínsecos e comportamentais ficando, porém, mais evidente os riscos relacionados ao ambiente hospitalar (extrínsecos). Neste sentido, 14 entrevistados falaram como prioridade nas ações de prevenção a elevação das grades do leito e acompanhar os pacientes nas atividades de vida diárias, como ir ao banheiro, deambular, levar para um exame por exemplo. Alguns enfermeiros elencaram ainda como medida de prevenção a contenção mecânica dos pacientes quando os mesmos estão agitados, desorientados e/ou sem acompanhantes. Outros cuidados em relação ao ambiente também foram citados como a necessidade de iluminação adequada, piso escorregadio, deixar a passagem livre de objetos, barras em banheiro, entre outros.

*“(...) do ambiente também eu vejo risco, a questão do chinelo que ele trás pra instituição, que não é adequado. O ambiente, a cama estar alta, as vezes ele não abaixa para descer, e tentar sair da cama ainda com ela alta. Esse idoso não tem condição de se locomover, não solicita um andador, não solicita, uma bengala, que poderia ser ofertado pelo serviço social, a instituição oferece isso e nós também temos na unidade. O ambiente inadequado também é um risco para esse idoso. Não temos escadinha em todos os leitos, as vezes o paciente desce sem a escadinha mesmo, desequilibra e cai. O Piso escorregadio...”. (E1)*

*“(...) fazer presente a figura do acompanhante para que vigie; fazer com que o paciente nos solicite sempre que necessário na campainha, para ir no banheiro, para levantar, passear”(E4)*

*“Paciente agitado, desorientado e sem acompanhante temos que manter contido, na contenção mecânica, porque existe o risco da queda”.(E2)*

*“E os cuidados básicos de setor, manter o ambiente iluminado, manter as placas de sinalização, respeitar quando o pessoal da limpeza coloca as placas de piso molhado”.*  
(E4)

Nos fatores de riscos intrínsecos, as falas mais evidentes foram em relação a alguns medicamentos que causam alterações neurológicas, tonturas, sonolência, hipotensão, os hipoglicemiantes orais e os anti- hipertensivos. Foi ressaltado ainda a própria polifarmácia, a patologia de base e algumas condições que os pacientes possam ter em virtude de uma condição clínica alterada e que devem ser atentadas para prevenir quedas:

*“ (...) avaliar se essa saída está adequada, sem riscos, o que ele precisa para se locomover com segurança, se ele está se sentindo bem, pois as vezes ele está com hipoglicemia, hipotensão, alimentação inadequada, hipotensão postural, vertigem, uma serie de fatores que temos que avaliar as condições do paciente para que ele possa sair da cama com segurança”.* (E1)

*“ Temos que observar, as medicações que causam tonturas, pra dar uma maior atenção...”.* (E2)

*“ Creio que a medicação que deixa o paciente mais sonolento pode aumentar o risco de quedas, além da patologia de base. Paciente desorientado pode cair mais, quando o paciente tem diabetes, pela questão visual e neuropática tem um risco maior”.* (E4)

*“ E antes de levantar sentar primeiro o paciente, para evitar hipotensão ortostática, relacionada a polifarmácia, aumenta o risco de quedas mesmo....”.* (E4)

No que tange aos fatores de riscos comportamentais dos pacientes, as questões verbalizadas foram em relação às ações e atividades de vida diária e o uso de dispositivos para locomoção como cadeira de rodas, bengala, chinelos anti-derrapantes entre outros.

*“Orientar os pacientes quando vão ao banho, orientar os pacientes que tem qualquer probabilidade de fraqueza muscular, usar a cadeira, até sentir apto a ir a pé”.* (E1)

*“ (...) orientar de trazer um chinelo mais fechado, o chinelo o risco de quedas é maior, porque ele arrasta mais os pés, ou o solado do sapato de borracha, na hora do banho; se apoiar nas barras”.*(E13)

*“Cuidado no banho, o uso de um chinelo de borracha, para não escorregar, pelo piso escorregadio”. (E15)*

Em relação à escala de avaliação do risco de quedas (Escala de Morse) utilizada na instituição, 11 entrevistados sabem que tem a referida escala de avaliação do risco de quedas padronizada na unidade e 04 nunca ouviram falar. Do total de entrevistados, 08 utilizam a escala para a avaliação em seus cuidados cotidianos.

*“ Tem a escala de risco de quedas, que tu preenche ela na evolução de enfermagem, e cai o resultado direto na análise, tu podes preencher de todos os pacientes, ou dos que tem um risco já evidenciado...”. (E4)*

*“ Existe no sistema a avaliação do risco de quedas, risco baixo, moderado e elevado, isso se dá conforme um score. Tu faz a evolução, depois no lado esquerdo da tela tem a escala de Braden e a de risco de quedas. Depois do score, automaticamente coloca na análise da evolução e posteriormente tu prescreve os cuidados na prescrição de enfermagem”. (E5)*

Mesmo que ações de prevenção sejam implementadas nas instituições, a ocorrência de quedas no ambiente hospitalar ainda é algo frequente, desta forma, necessita-se de uma equipe preparada e atuante para atender tais situações, agindo de forma a garantir a segurança do paciente, sendo esta a temática a ser discutida na categoria a seguir:

### **Cuidados de enfermagem aos idosos que tiveram episódios de quedas**

Este tema aborda como ocorre o cuidado de enfermagem a idosos que vivenciaram quedas, pelos enfermeiros das clínicas médicas da instituição em questão, possibilitando uma reflexão acerca das formas de assistir esse idoso e os principais cuidados envolvidos nesse processo. Destacam-se os sub-temas: ações de cuidados de enfermagem às quedas e registros dos cuidados.

Como ações de cuidados às quedas, os pesquisados destacaram a orientação e a educação em saúde, tanto voltada aos pacientes e acompanhantes quanto para a equipe

de enfermagem, sendo tal cuidado realizado de acordo com a clínica, com a condição e o risco que o idoso apresentava.

*“A orientação dos riscos que ele está correndo, se ele sair sozinho do leito, se ele tiver passando mal e de repente não está aqui no setor sair pra dar uma volta, ficou tonto (...) orientar de acordo com a condição dele de patologia, o motivo de internação, de eventos que possam levar ele a uma queda”. (E1)*

*“Eu sempre oriento quando eu for fazer a visita noturna, pra que os pacientes que estiverem sem acompanhantes, para que toque a campainha, se precisarem ir ao banheiro, paciente que deambula, que é idoso, para que toquem a campainha pra não irem sozinho, porque as vezes é escuro, podem cair, é um ambiente que é fora da casa deles, que está habituado...” (E8)*

No que se refere à sistematização dos cuidados a serem realizados em situação de quedas, os enfermeiros verbalizaram realizar os devidos registros no prontuário, na prescrição de enfermagem, na evolução de enfermagem, bem como no livro de ocorrências e passagem de plantão, sempre realizando a avaliação do cuidado para verificar a concretude da prescrição implementada.

*“Eu utilizo a prescrição de enfermagem, para colocar algumas medidas de cuidado para a equipe estar implementando. Se tem algo específico reforço no plantão, se não coloco na prescrição de enfermagem. Alguns cuidados são mais rotineiros, no que concerne ao auxílio, como para deambular, ir até ao banheiro, elevar grades....ou algo mais prático, quando a gente passa a visita nos quartos e a gente vê que tem uma situação ali que esta pior e que pode melhorar”. (E3)*

*“Avaliamos quais as necessidades do paciente, elencamos as prioridades, fazemos uma prescrição em cima das necessidades que esse paciente tem e implementamos os cuidados em cima disso. Supervisionamos a concretude da prescrição, se os técnicos de enfermagem, a equipe está implementando-os. Avaliamos se está dando certo”.  
“Fazemos a prescrição e a evolução no sistema, que vai depois para o prontuário”. (E11)*

Em relação as ações de cuidados imediatos aos idosos que tiveram quedas, os entrevistados elencaram realizar diversas ações dentre elas a avaliação neurológica, a avaliação da dor, verificar a presença de ferimento ou fratura e identificação da causa

que levou a queda. Outros cuidados específicos foram mencionados como a verificação dos sinais vitais, imobilização, realização de curativos e por fim tomar os cuidados necessários para a prevenção de novas quedas. Uma medida que todos os 15 entrevistados verbalizaram foi a chamada do plantão para avaliação mais amigável do paciente para que seja avaliada a necessidade de exames complementares como radiografia, Tomografia, avaliação neurológica mais aprofundada e avaliação quanto a necessidade de alguma medicação. As informações sempre são registradas no prontuário, livro de ocorrência e na passagem no plantão para a equipe.

*“ (...) primeiramente verifico se ele está consciente, se ele tem alguma dor, se tem algum machucado aparente”. “... caso não, enquanto uma pessoa está dando assistência direta eu já peço para que o outro já chame o plantão, trabalhamos sempre em equipe...”. “(...) e registro no prontuário, no livro de ocorrência”. (E1)*

*“ (...) ele cai e já começa a levantar, então a gente ajuda coloca no leito e aciona o plantão, verifica sinais vitais, verificar se não houve perda de consciência, faz essa avaliação primária de imediato e aciona plantão, ele vem e reavalia, porque muitas vezes ele pode bater a cabeça....”. (E2)*

*“ Primeiro vou atender o paciente, estabilizá-lo, avaliar se teve alguma lesão; vou investigar a causa da queda...” (E3)*

*“ Depende da queda, antes de tirar ele da atual posição, eu primeiramente avalio ele, qual foi o trauma, se teve TCE....mobilizar ele com lençol. Avalio qual o risco. Porque o idoso tem muita fratura de fêmur....”.(E7)*

Diante da ocorrência de quedas no ambiente hospitalar, faz-se necessária a notificação do evento para que a instituição conheça o panorama dos eventos adversos ocorridos e planeje estratégias para prevenção. Neste sentido, a notificação é algo importante e necessário, sendo discutida a seguir.

### **Notificação das quedas no ambiente hospitalar**

Este tema traz informações sobre a notificação do evento quedas, destacando os subtemas: notificação de quedas; fluxo de encaminhamento; divulgação dos eventos adversos, subnotificação e educação permanente.

No que consiste a notificação das quedas, apenas quatro verbalizaram não saber o fluxo das notificações de quedas, porém dos 15 enfermeiros entrevistados, 11 verbalizaram fazer a notificação das quedas, 03 não os fazem e 01 mencionou não saber quanto à necessidade de notificar as quedas.

*“Eu não sabia que tinha ... eu não sabia que era notificado (...) não conheço a ficha, nunca tive acesso e não sei como se faz”. (E1)*

*“ Eu notifico as quedas .... faço no sistema (...) é mais prático, não fiz mais manual, o pessoal no núcleo de segurança paciente vinha aqui conversava com a gente, orientava, perguntava se registramos no prontuário, como aconteceu, quais as medidas adotadas.” (E3)*

*“(...) eu sei que quem retira a notificação da unidade é o COSEP e eles fazem toda uma estatística e a partir disso, eles baseiam as ações...”. (E6)*

*“ (...) tem no sistema e no impresso, faço a notificação mais no sistema....e ele vai pro COSEP...toda a semana o pessoal do núcleo passa aqui para pegar as notificações, reforçar a importância de se estar fazendo, o COSEP as analisa, realiza o levantamento das notificações para posterior basear as ações (...) eles divulgam no sistema do Hu, o número quantitativo”. (E7)*

Especificamente na instituição investigada, a notificação pode ser realizada tanto manualmente quanto virtualmente, numa ficha específica de eventos adversos, onde se deve descrever o evento ocorrido e as respectivas informações para que as mesmas possam ser analisadas pelo Comitê de Segurança do Paciente da instituição (COSEP) para o levantamento dos eventos, tratamento dos dados, realização da análise e posterior divulgação dos relatórios, no site do Hu.

Em relação a devolutiva deste relatório aos enfermeiros que notificaram, 12 enfermeiros não sabem e/ou não viram uma devolutiva das notificações e 03 demonstraram conhecer o fluxo:

*“Ela sempre vem verificar as causas, vem nos prontuários colher dados, no paciente e ver o resultado das ações e conversam sobre o que foi feito e o que pode mudar, melhorar (...) os dados são divulgados no sistema do HU...nas reuniões, eles passam isso para avaliação”. (E 15)*

*“ (...) os dados são subnotificados, até hoje eu não vejo uma devolutiva” . (E4)*

*“ (...) e a divulgado, creio só em eventos sobre a segurança do paciente, mas sinto falta dessa divulgação mesmo....não dão um relatório dos eventos adversos” . (E5)*

Outro dado importante, foi que 11 enfermeiros falaram da subnotificação dos eventos quedas na instituição.

*“ (...) antes eles estavam mais presentes na unidade, sempre faziam capacitações, palestras, sempre mobilizavam os funcionários...atividades dentro dos setores, sobre segurança do paciente....a equipe já esta notificando mais, se incorporando mais” . (E3)*

*“Eu não faço, só coloco no livro de ocorrência (...) não sei como se notificar, eu só sei notificar erro de medicação, essas coisas, mas pra quedas não sei o fluxo (...)eu não sabia que a queda está dentro dos itens da segurança do paciente” . (...) mas não sei o fluxo...mas eles sempre dão uma resposta a pessoa que notificou (...) não sei onde é divulgado esses dados” . (E4)*

*“Tem a notificação (...) acabo esquecendo pra quedas, anoto mais pra medicação. Preencho manualmente, na caixinha, e mando pro COSEP, sempre tem uma devolutiva. Tentam entender porque aconteceu, resolver (...) não tem capacitação sobre quedas. ... não tenho conhecimento sobre a divulgação dos dados (...) mas são subnotificadas....” .(E13)*

Ainda que a instituição tenha a presença do COSEP e consiga através dele promover eventos e cursos acerca da segurança do paciente, percebe-se através das falas que os profissionais demonstram dificuldade em participar dos mesmos atribuindo à falta de profissionais e a conseqüente impossibilidade de liberação da carga horária para participar:

*“ Temos o núcleo de educação permanente, o CEPEN, que as vezes ele fazem algumas capacitações, mas sempre pergunta para os enfermeiros, quais os temas que a equipe solicita; e eu vejo que esta questão de segurança do paciente, risco de quedas, eles não vêem como necessidade de capacitação, falta o concepção da cultura do paciente” .(E12)*

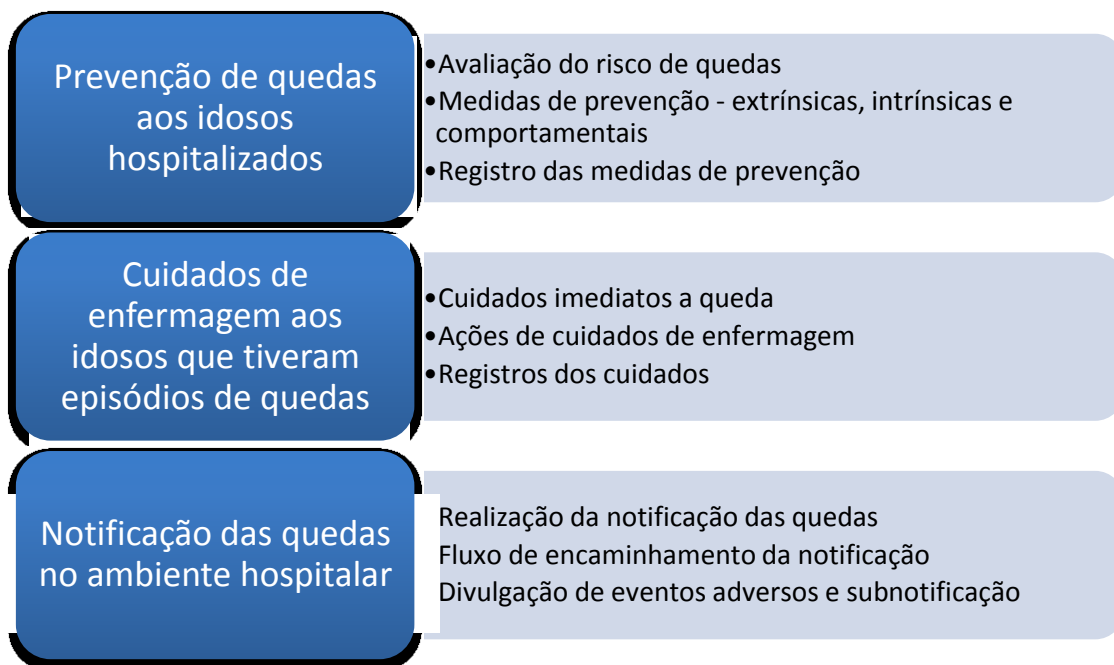
*“já teve capacitação sobre idoso, só que a capacitação é tudo no período matutino, o noturno não tem”. “Tenho que fazer fora do período, ganha progressão, mas é mínima”.(E10)*

*“ Na graduação vemos alguma coisa sobre isso, no dia a dia tu acaba vendo muito mais sobre isso, troca informações (...) tu busca, lê, faz cursos, fiz curso direcionado aos idosos..... (E15)*

*“Aprendi na prática. Na graduação se falava pouco, quedas não foi muito bordado. Não tinha esse foco de segurança do paciente, e hoje já tem, os instrumentos, protocolos”. (E4)*

As falas identificam uma lacuna da formação dos enfermeiros, que acabam adquirindo as experiências para cuidar do idoso e das quedas especificamente na prática.

Apresentamos abaixo uma síntese dos temas e subtemas que emergiram das falas dos enfermeiros que passaremos a discutir na sequência.





## DISCUSSÃO

Os dados oriundos das falas apresentam um panorama de como o evento quedas tem sido manejados no ambiente hospitalar da instituição do estudo em questão. Sumariamente, percebe-se nas falas dos enfermeiros que são desenvolvidos cuidados como forma de prevenir as quedas no ambiente hospitalar, porém os mesmos não são padronizados ou mesmo seguidos de forma igualitária por todos da equipe..

No Brasil, uma investigação realizada sobre quedas intra-hospitalares de idosos hospitalizados em Belo Horizonte evidenciou que, em cada 1000 leitos, cerca de três a 13% dos indivíduos caem por dia (VIANA, OLIVEIRA, MAGALHÃES, 2011).

As consequências da queda em idosos no ambiente hospitalar representam elevado incremento nos custos de internação, pois podem acarretar desde ferimentos, fraturas, perda da autonomia e da independência, o medo de cair, piora na qualidade de vida, aumento no tempo de internação e até a morte. Portanto a prevenção de quedas no ambiente hospitalar constitui-se em ação imperativa nessas instituições (ABREU, 2014).

Neste sentido, os enfermeiros entrevistados nesta pesquisa dizem não seguir uma rotina sistematizada de avaliação dos riscos de quedas sendo essa avaliação realizada de forma subjetiva, uma vez que não utilizam escalas, instrumentos e protocolos para a avaliação. Entretanto, considerando que a instituição possui uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) implantada, a realização dos registros torna-se aliada ao processo de prevenção e cuidados específicos a esses idosos hospitalizados.

A enfermagem é de extrema importância na assistência à saúde do idoso em todos os seus níveis e complexidade de atenção. Possui uma visão integral e ampliada do ser cuidado, desenvolvendo ações de planejamento, organização, avaliação e estruturação do cuidado, realizando assim, a tomada de decisão, que visa o alcance dos resultados desejados. Como método para a concretude organizacional do cuidado metodológico e sistematizado da enfermagem, temos a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que se dá através do Processo de Enfermagem (PE), que contém cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (MELO; NUNES; VIANA, 2014).

Assim, os registros são apontados como um grande aliado na assistência de enfermagem, tendo em vista que eles servem de parâmetro frente às ações que foram realizados em determinado paciente e também no gerenciamento das atividades (SILVA, GOULART, AMADO, 2014).

Especificamente sobre os riscos de quedas, os entrevistados elencaram aspectos referentes a três tipos existentes: os riscos extrínsecos de quedas, intrínseco e os comportamentais. No que se refere aos fatores de riscos extrínsecos destacaram a elevação da grade no leito, o acompanhamento do paciente nas AVDs e também em relação a iluminação adequada, piso antiderrapante, barras no banheiro, entre outras medidas.

Os achados desse estudo corroboram com Kagan e Puppione (2011), onde apontam que as principais intervenções de Enfermagem para a prevenção de quedas em ambientes hospitalares são: elevar as grades do leito, travar as rodas dos leitos, mesinhas e cadeiras, campainha perto do leito, objetos mesinha perto do leito, escada perto do leito, barras de segurança pelo corredor e banheiro, piso antiderrapante e seco, boa iluminação entre outras intervenções, como avaliar o risco de quedas e os fatores ambientais na admissão do paciente na unidade e a cada 24 horas. Tzeng et al. (2012) ainda apontam que na impossibilidade de mudar instalações, transferir o paciente para mais perto do posto de enfermagem, especialmente os pacientes idosos e aqueles que estão confusos, são alternativas a serem consideradas.

Portanto é de fundamental importância que o profissional de enfermagem ofereça ao idoso internado numa instituição hospitalar um ambiente seguro para as atividades de vida diária. É papel do enfermeiro e da equipe de enfermagem priorizar um ambiente seguro e um cuidado específico e individualizado a essa população com vistas a prevenção de quedas.

No que se refere à prevenção das quedas foi mencionado o uso de contenção mecânica dos membros, em pacientes agitados, desorientados e sem acompanhantes. A esse respeito, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) N. 427 (2012), que normatiza o uso de contenção mecânica empregado por Enfermeiros, profere que a mesma deverá ser empregada quando for o único meio disponível para prevenir um dano imediato e não será por um período prolongado, respeitando sempre as liberdades individuais e o espírito humanístico do cuidado. Infere ainda que todo o

paciente contido deve ser monitorado para prevenção de eventos adversos e avaliar sempre o nível de consciência, sinais vitais, condição da pele e a circulação dos membros contidos.

Em relação aos fatores de risco intrínsecos, os entrevistados elencaram como risco o uso e os efeitos das medicações bem como a polifarmácia, muito comum em idosos e também a patologia de base e as comorbidades que os idosos apresentam.

Especificamente sobre os fatores de riscos relacionados às medicações, as que mais influenciam nas quedas são, os psicotrópicos, ansiolíticos, cardiovasculares, anti-inflamatórios não esteroidais, em ordem de prioridade (ISMP, 2017). Outros estudos apresentam como prioridade os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, psicotrópicos como os benzodiazepínicos (CUNHA, MORIGUTI, 2012).

Dentre outros fatores intrínsecos destaca-se as alterações sensório motoras, em que o indivíduo fica mais debilitado advindo do processo saúde doença e os fatores extrínsecos associados à dificuldade propiciada pelo ambiente desconhecido (FREITAS et al., 2014). Tais questões estão ainda mais acentuadas no idoso que muitas vezes está fragilizado devido a uma conjunção de fatores, que associados aumentam sobremaneira o risco de quedas, a exemplo da existência de multipatologias crônicas, polifarmácia e o próprio processo de hospitalização.

Uma pesquisa realizada no país revela que cerca de 70% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica diagnosticada, necessitando do tratamento farmacológico e do uso regular de fármacos, facilitando a polifarmácia (GOMES; CALDAS, 2008). Diante desse dado, a polifarmácia revela-se como uns dos principais problemas da terapia medicamentosa no idoso. A sua definição é baseada no uso concomitante de dois ou mais fármacos. Ela está relacionada ao aumento do risco de interações medicamentosas, de reações adversas a medicamentos, de ocasionar toxicidade cumulativa, de reduzir a adesão ao tratamento farmacológico, de causar erros de medicação e aumentar a morbimortalidade. Isto porque os idosos são mais susceptíveis aos efeitos colaterais dos medicamentos, pois as funções de diversos órgãos tornam-se deficientes, modificando a atividade dos fármacos (SILVA, MACEDO, 2013).

No que se refere aos riscos comportamentais, os enfermeiros destacaram o uso de chinelo antiderrapante, o uso de dispositivos de mobilidades como a bengala. É necessário que sejam observadas as peculiaridades de cada idoso, atentando para as suas atividades diárias, o uso de dispositivos para andar como o uso de bengala, andador e o uso de vestimentas e calçados inadequadas. Outros aspectos também precisam ser avaliados como o uso de vestimentas maiores que o normal, sedentarismo, uso de álcool e drogas demasiadamente e entre outros fatores (ALMEIDA et. al., 2012).

Quando questionado aos enfermeiros se os mesmos conhecem e/ou utilizam alguma escala de avaliação do risco de quedas na instituição em que trabalham, os entrevistados sabem que existe, porém apenas 8 enfermeiros utilizam a escala, mostrando uma lacuna no conhecimento e no reconhecimento da importância de se avaliar os fatores múltiplos que interferem nas quedas.

Um das formas de sistematizar o cuidado de maneira científica e baseado em evidências clínicas é através da construção de protocolos, escalas de avaliação, pois evitam equívocos, erros e os eventos adversos (PORTO, 2014). A utilização de protocolos mais focados no cuidado à prevenção de quedas e a identificação dos fatores de risco no ambiente hospitalar, incluindo, entre outras intervenções, o treinamento direcionado dos profissionais envolvidos na assistência ao idoso, mostrou ser uma alternativa bastante eficiente para o problema. Essa mediação tem refletido de maneira positiva na qualidade de vida dos idosos e tem se tornado ferramenta essencial para o enfermeiro no processo de melhoria da qualidade e da segurança no atendimento ao idoso (PETITO et al., 2015).

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala de avaliação adequada ao perfil de pacientes da instituição. Sugere-se que esta avaliação deva ser repetida diariamente até a alta do paciente com avaliação concomitante dos fatores que podem contribuir para o agravamento dessa queda, principalmente o risco de fraturas (BRASIL, 2013).

Desse modo, a avaliação do risco de quedas em pacientes, bem como a sua prevenção, deve ser incorporada na prática cotidiana da enfermagem hospitalar, uma vez que esta equipe representa o maior contingente do capital humano nestas instituições, e também, a única categoria profissional que acompanha o paciente internado nas 24 horas do dia (ABREU, 2014).

Nota-se assim, que a atuação do enfermeiro é fundamental para prevenção de quedas a partir de ações que proporcionem o autocuidado. Do mesmo modo, a criação de um modelo de atenção ao idoso que tenha como foco a identificação de potenciais riscos e direcionamento de recursos do sistema de saúde para uma intervenção precoce resulta em melhores chances de reabilitação e redução do impacto na sua funcionalidade (DIAS et al., 2015).

As principais estratégias de cuidados imediatos aos idosos que caíram no ambiente hospitalar, que mais apareceram no estudo, foram a orientação e a educação em saúde aos idosos, familiares e acompanhantes. Neste sentido, a utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas (BRASIL, 2013).

Em relação aos cuidados imediatos dispensados aos pacientes após as quedas, nota-se nesse estudo que as ações costumam ser rápidas porém, não padronizadas entre os enfermeiros, reforçando mais uma vez a necessidade de ações sistematizadas para a melhora da qualidade do cuidado prestado. Focando as ações de cuidado no plano mais imediato, não verbalizando ações de cuidado à médio e longo prazo, para melhor avaliação e efetividade do plano de cuidado proposto. No que consiste ao exame físico e avaliação de um paciente que sofreu uma queda, o enfermeiro deve ser capaz de avaliar o idoso como um todo, tendo conhecimento das especificidades que tangem o processo de envelhecimento.

Dentre as medidas de cuidados aos pacientes que sofreram quedas pode-se destacar a alocação do paciente próximo ao posto de Enfermagem, quando possível. Indica-se ainda a realização da supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente além de avaliar sempre o nível de consciência do mesmo. Outros cuidados ainda são sugeridos como: orientar o paciente e o acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da Enfermagem; avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente, além de avaliar a independência e

a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala) (BRASIL, 2013).

O enfermeiro deve sempre depois de ocorrido um evento adverso registrar no PE e/ou no livro de ocorrência o período do dia que ocorreu e como ocorreu, além de atentar e registrar para as causas e fatores predisponentes da queda, a conduta imediata do profissional que foi adotada, as consequências dessas quedas nos idosos, registrando as intervenções realizadas para prevenir esse evento, bem como a notificação do evento no núcleo de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

O termo segurança do paciente está envolvido diretamente com os eventos adversos (EA) ocorridos com os pacientes, pois a ocorrência desses eventos interfere diretamente na qualidade de vida dos pacientes. A notificação é de extrema importância para a gestão do cuidado em enfermagem, pois com os dados epidemiológicos desses eventos, pode-se guiar o cuidado prestado para a melhoria da cultura de segurança do paciente (SIMAN, CUNHA, BRITO, 2017).

No que se refere à notificação das quedas, os resultados do estudo apontam através das falas dos entrevistados que há uma subnotificação das mesmas. Segundo Siman, Cunha e Brito (2017), o processo de educação permanente dos profissionais de saúde para a notificação dos EA é gradativo, até que esteja no dia a dia da realidade vivida. É importante o investimento na disseminação da cultura de segurança do paciente, com ênfase em educação e comunicação, adoção de condutas baseadas em protocolos, diretrizes, para ampliar o conhecimento em segurança, na perspectiva da construção contínua, levando em consideração a realidade da instituição e também os significados e os valores que os profissionais atribuem à segurança do paciente.

Podemos também perceber que há a necessidade de um maior incremento nas propostas curriculares dos cursos de graduação, introduzindo o ensino da gerontologia não apenas como conteúdos transversais e pontuais. Este déficit na formação acadêmica pôde ser evidenciado nas falas, onde os entrevistados explanavam que aprendiam sobre os temas pertinentes ao idoso a partir da prática. Por outro lado, podenra-se o mencionado pelos enfermeiros considerando que a maioria estava formado há mais de oito anos, inferindo-se tempo hábil para seguir na sua formação e aperfeiçoamento, complementando assim a lacuna percebida em suas respectivas formações. Lembrando que, embora a população brasileira já se caracteriza como uma população envelhecida e

que continua em franco processo de envelhecimento, os resultados dessa pesquisa apontam que apenas um enfermeiro possuía especialização em gerontologia, o que chama a atenção para a necessidade eminente de profissionais que tenham sua formação voltada para o que é algo de veras preocupante.

Vale destacar, neste sentido, a importância do incremento de ações voltadas à educação permanente através de políticas internas de incentivo à formação para que os profissionais realizem capacitações e para o aperfeiçoamento da prática.

## **CONCLUSÃO**

A partir do estudo foi possível identificar que os enfermeiros identificaram as ações de cuidados de enfermagem, através do conhecimento dos fatores de riscos e da implementação das ações de prevenção para as quedas em idosos e ações de cuidado imediatos, entretanto não conhecem ou pouco utilizam ferramentas e protocolos que padronizem as ações e auxiliem nos cuidados diários ao idoso com risco de quedas no ambiente hospitalar, bem como a notificação de quedas no ambiente hospitalar.

Destacamos a importância da formação e educação permanente dos enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem para assistir a população idosa quando hospitalizados, especialmente sobre o evento quedas e no que se refere às medidas de prevenção e ações de cuidados de enfermagem, a implementação de protocolos e medidas de avaliação do risco de quedas, além da importância da prática de notificação do evento quedas, de modo que a cultura de segurança do paciente seja uma realidade cotidiana no ambiente hospitalar, o investimento em capacitação profissional, contínua e atualizada, refletirá na formação de enfermeiros qualificados para a prática assistencial e resultará na excelência do cuidado aos idosos hospitalizados.

Verificamos a necessidade de realizar mais estudos nesta área também em outros cenários de cuidado, para ampliar a compreensão do evento quedas no ambiente hospitalar.

Como limitação do estudo configura-se o fato de ter sido realizado apenas com enfermeiros. Sugere-se assim, que estudos que envolvam outros membros da equipe de enfermagem sejam de grande valia, uma vez que são eles que diretamente realizam o cuidado diário e direto ao idoso.

Por fim, acredita-se que essa pesquisa no cenário da prática assistencial, possibilitou realizar um panorama das ações de cuidado realizadas aos idosos, podendo servir como base para estudos futuros no que se refere à padronização de cuidados a este seguimento da população, estimulando também o desenvolvimento de estratégias de educação permanente à equipe de enfermagem com vistas à segurança do paciente idoso e minimização das quedas.

## REFERÊNCIAS

ABREU H. C. A; REINS A.A.O; AZEVEDO R.C.S; SILVA A.M.C; ABREU, D.R.O.M; OLIVIERA A.D. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 37, ago. 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102015000100303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102015000100303&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 22 de Abril de 2018.

ALMEIDA, Leandro Pelegrini de; BRITES, Mariana de Freitas; TAKIZAWA, Maria das Graças Marciano Hirata. Quedas em idosos: fatores de risco. **Rev.Rbceh**, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p.384-391, set/dez 2011. Disponível

em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/1543/pdf>. Acessado em: 21 de abril de 2018.

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

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N 427**. Brasília/DF, 7 de maio de 2012.

CORREA, A.D.; MARQUES, I.A.B.; MARTINEZ, M.C.; LAURINO, P.S.; LEÃO, 17 E.R.; CHIMENTÃO, D.M.N. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.1, 2012.

DIAS, K.C.C.O.; LOPES, M.E.L.; FRANÇA, I.S.X.; BATISTA, P.S.S.; BATISTA, 37 J.B.V. SOUSA, F.S. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: 38 estudo com enfermeiros assistenciais. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**; v. 7, n. 1, p.1832-1846, jan.-mar. 2015.

FALSARELLA, Gláucia Regina; GASPAROTTO, Livia Pimenta Renó; COIMBRA, Arlete Maria Valente. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p.897-910, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232014000400897&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232014000400897&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 21 de Abril de 2018.



FREITAS E.V. MOHALLEN K.L; GAMARSKI R; PEREIRA R.S.M. **Manual prático de Geriatria**. Rio de Janeiro: Editora: Guanabara Koogan (Grupo GEN), V. 1, p. 410, 2012.

GAI, J; GOMES, L; NÓBREGA, O.T.N; RODRIGUES, M.P. Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. **Revista AssocMed Bras**. Brasília. v.56, n.3, p.327-32. 2010.

GOMES, H. O.; CALDAS, C. P. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, n.1, p. 88-99, 2008.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). **Medicamentos associados a riscos de quedas**. ISSN: 2317-2312. V.6, N.1, fev. 2017. Disponível em: [http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/02/IS\\_0001\\_17\\_Boletim\\_Fevereiro\\_ISMP\\_210x276mm.pdf](http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/02/IS_0001_17_Boletim_Fevereiro_ISMP_210x276mm.pdf). Acessado em: 21 Abril. 2018.

KAGAN S.H; PUPPIONE A.A. Not preventing falls-promoting function. **Rev. GeriatricNursing**. V. 32, n.1, p. 55-7, 2011.

MENDES T.A.B. **Geriatria e Gerontologia**. Barueri, SP: Editora Manole. V.1, 2014.

MELO, D. F. F.; NUNES, T. A. S.; VIANA, M. R. P. Percepção do enfermeiro sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 2, n. 7, p.36-44, abr./jun. 2014.

MORIGUTI J.C; COSTA N.K; FERRIOLI E. **Desafios do diagnóstico diferencial-geriatria**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec. 14 ed. São Paulo 2014.

OLIVEIRA D.U. **AVALIAÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS**. 2014. 79 p. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

PASQUETTI, P.; APICELLA, L.; MANGONE, G. **Pathogenesis and treatment of falls in elderly. Clinical Cases in Bone and Mineral Metabolism**. v.11, n.3, p.222-225, 2014

PETITO A.D.C, COSTA L.F.X., PETITO G., SOUZA F.A.A. Prevenção de quedas em idosos a partir do autocuidado: uma revisão bibliográfica. **Rev. Refacer**. v. 4, n. 2. 2015

PORTO, K. L. H. A segurança do paciente na utilização do checklist. **Revista Enfermagem** Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p.103-115, maio/jun. 2014.

SILVIA E.A., MACEDO L.C. Polifarmácia em idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 3, p. 477-486, set./dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2862>. Acessado em: 24 de Abril de 2018.

SILVA, D. T.; GOULART, N. S.; AMADO, K. C. Registros de enfermagem com ênfase na segurança do paciente. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.1-4, jan. 2014

SIMAN A.G., CUNHA S.G.S., BRITO M.J.M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v.51. Out-2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100445&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100445&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)..Acessadoem: 22. Abril. 2018

TZENG H.M., YIN C.Y., ANDERSON A, PRAKASH A. Nursing staff's awareness of keeping beds in the lowest position to prevent falls and fall injuries in an adult acute surgical inpatient care setting. **Rev.Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses**.V. 21, n.5 p. 271, 2012.

VACARRI E., LENARDT M.H., WILLIG M.H., BETIOLLI S.E. ANDRADE L.A.S. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Rev. Cogitare Enfermagem**, n.21, p. 1-9, 2016.

VALCARENGHI, R.V; SANTOS, S.S.C; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; BARLEM, 41 E.L.D.; GOMES, G.C.; SILVA, B.T. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos. **Revista Rene**. v.15, n.2, p. 224-232, 43 2014.

VIANA J.U., OLIVEIRA M.C., MAGALHÃES T.V. Quedas intra-hospitalares na Santa Casa de Belo Horizonte MG são adequadamente relatadas? **Rev. Fisioter. Pesqui**. São Paulo. V.18, n.1 p. 72-8, Mar 2011

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou as principais ações que os enfermeiros utilizavam para a prevenção de quedas em idosos no ambiente hospitalar, e isso se deu através da identificação pelos entrevistados dos fatores de risco intrínseco, extrínseco e comportamental. O estudo também possibilitou conhecer as demandas de cuidados imediatos aos idosos caídores bem como se dá a notificação das quedas em nível hospitalar, seu fluxo e as condutas adotadas. Desta forma, é possível afirmar que os objetivos do estudo foram alcançados em sua totalidade.

No que se refere à metodologia adotada, entende-se que estes foram factíveis ao estudo desenvolvido uma vez que possibilitaram direcionar e guiar o olhar do pesquisador com vistas ao alcance do objetivo proposto.

Enquanto acadêmico de Enfermagem e bolsista do grupo de pesquisa da pessoa idosa (GESPI) e do projeto de envelhecimento ativo e quedas da CAPES, a presente pesquisa contribuiu para aprimorar meus conhecimentos em relação ao tema envelhecimento e quedas. Pude também aprimorar meus conhecimentos acerca da assistência de enfermagem aos idosos caídores, sinalizando a importância da prevenção das quedas no ambiente hospitalar e estimulando uma consciência da segurança do paciente.

Este trabalho também possibilitou uma reflexão durante a entrevista, por parte dos enfermeiros acerca da assistência prestada ao idoso, evidenciando nas falas, a preocupação com as formas de prevenção e cuidado frente às quedas ao idoso hospitalizado. Tal reflexão com vistas a mudança da prática foi observada a partir dos retornos recebidos durante a entrevista, que demonstraram interesse dos profissionais e reconhecimento da importância de estudar o tema envelhecimento e de quedas em idosos, para assim, aprimorar a assistência de enfermagem e estimular a cultura de segurança do paciente.

Considerando os achados desse estudo, identificou-se uma lacuna no que se refere à formação dos profissionais envolvidos, não só no âmbito da graduação como também em cursos de formação e de educação permanente, impactando diretamente nas ações da prática, sinalizadas pela subnotificação das quedas, cultura de segurança do paciente e pouca utilização dos instrumentos de prevenção das quedas. Neste sentido, urge a necessidade de estimular as capacitações e a educação permanente pela

instituição, para promover aos profissionais maior oportunização de aprimoramento de seus conhecimentos teórico-práticos, buscando sempre a atualização frente a novas práticas. Tal prática fortalece a equipe e incentiva para que esta sempre se coloque de forma a melhorar a assistência prestada de forma qualificada e segura.

Recomenda-se no entanto, como proposta de pesquisas futuras novos estudos aprofundados nessa área, abordando outros cenários de cuidados, com escalas validadas e estudos de intervenção.

Quanto às limitações do estudo considera-se o fato de o mesmo ter sido realizado apenas com enfermeiros, sugerindo-se assim, novas pesquisas que considerem também os outros atores da equipe de enfermagem tendo em vista que estes cuidam diária e diretamente desses idosos.

Destacamos a importância de estudos nesta área para aprimorar e fundamentar cientificamente a assistência de enfermagem, dando um maior embasamento aos profissionais e ampliando os temas de estudo nesta área, e para que possam expandir a capacidade do trabalho, e aumentar mais o conhecimento acerca das formas de prevenção e de cuidados de quedas a idosos hospitalizados, da forma mais evidente possível, para assim, sistematizar e organizar todo o cuidado de enfermagem, contribuindo para a continuidade do cuidado e o estímulo da cultura de segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Cidalina; MENDES, Aínda; MONTEIRO, José; SANTOS, Felipa. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 597-603, Jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692012000300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000300023&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 29 Maio 2017.

ABREU, Hellen Cristina de Almeida; REINS Annelita Almeida; AZEVEDO, RosemeiryCapriata; SILVA, Ageo Mário; ABREU, Débora Regina; OLIVEIRA, Adriana Delmondes. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.49, N.37, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102015000100303&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102015000100303&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 15 Maio 2017.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care**.3G: Stratify scale for identifying fall risk factors, 2014.

ALMEIDA, R.A.R.; ABREU,C.F.C; MENDES, A.M.O.C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência**, Ribeirão Preto, v.20, n.2, p. 597-603 Dez. 2010. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-163.pdf>. acessado em: 30 Maio. 2017.

AMBROSE, AF.; Paul G, HAUSDOR, JM. **Risk factors for falls among older adults: a review of the literature**.Maturitas 2013;75(1):51-61.

ANTES D.L. **QUEDAS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DE FLORIANÓPOLIS-SC** - Estudo EpiFloripa Idoso. Florianópolis, 2011. 160p

BARBOSA B.R; ALMEIDA J.M; BARBOSA M.R; BARBOSA L.A.R.R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.8, p. 3317-3325, agosto 2014.

BERGMAN, H. *et al.* **Frailty: An emerging research and clinical paradigm - Issues and controversies**.J Gerontol, v. 62 A, n. 7, p.731-7, 2007

BERNARDO, Wanderley Marques; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; JATENE, Fábio Biscegli. A prática clínica baseada em evidências: parte II - buscando as evidências em fontes de informação. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 104-108, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302004000100045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000100045&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 15 Maio 2017.

BISCHOFF H.A; STAHELIN H.B et al. **Effects of vitamin D and calcium supplementation on falls: a randomized controlled Trial**. J Bone Miner Res, 2003; 18: 343 – 351.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015. 127 p., 2006.

BRASIL. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Plano de reestruturação Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.** Abril, 2016. Disponível em: &lt;<http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/1059101/PLANO+DE+REESTRUTURA+%C3%87%C3%83O+HUPEST.pdf/b53d9d9f-3517-4488-bde2-08428198460b> &gt;; Acesso em: 30 Maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Publicações dos relatórios nacional sobre a Segurança do Paciente.** 2017. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes>. acessado em: 01 Junho. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório dos estados: eventos adversos: arquivos.** 2017. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes>. acessado em: 01 Junho. 2017.

BRASIL. **Protocolo Prevenção de Quedas. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Ministério da Saúde. Brasília, maio, 2013 a.

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

BRASIL. UFSC. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO. Apresentação. 2013.

BRITO, T. A. et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 43-51. 02 Junho. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_06.pdf)>. Acesso em: 28 Maio., 2017.

CABRAL JVB. et al. **FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS.** HOLOS, Ano 32, Vol. 3, 2016. Disponível em: [www2.ifrn.edu.br](http://www2.ifrn.edu.br). acessado em: 10 Junho. 2017.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do Idoso: avanços com contradições.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

CANCELA D.M.G. O Processo de Envelhecimento. **Rev. Portal dos Psicólogos.** 2007. Disponível em: [www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf) processo de envelhecimento. Acessadoem: 03 Junho. 2017.

CANO, M. G. Correlación del Test “Get Up And Go” con el Test de Tinetti en la evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores. **Acta Med Per**, v.27, n. 1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 30 Maio., 2017.

CARMO L.V; DRUMMOND L.P; ARANTES P.M.N. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. **Rev. Fisioterapia e**

**Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.1, p. 17-22. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v18n1/04.pdf>. acessado em: 28 Maio. 2017.

CASTRO P.M.M.A; MAGALHÃES A.M; CRUZ A.L.C; REIS N.S.R.D. Testes de equilíbrio e mobilidade funcional na predição e prevenção de quedas em idosos.**Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.129-140, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00129.pdf>. acessado em: 28 Maio. 2017.

CHEN X; Van NGUYEN H; SHEN Q; CHAN D.K. Characteristics associated with recurrent falls among the elderly within aged-care wards in a tertiary hospital: the effect of cognitive impairment.**Rev. ArchGerontolGeriatr.** V.3, n.2, p.183-6, 2011.

COELHO Filho, J.M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **RevSaúdePública**, São Paulo, V.34, P. 666-671, 2000.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012.

CRUZ, D. T.; RIBEIRO, L. C.; VIEIRA, M. T.; TEIXEIRA, M. T. B.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. Prevalência de quedas em idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 138-46, 2012. Disponível em: [http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s003489102012000100017&ing=em&nrm=isso&tlng=pt](http://www.Scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s003489102012000100017&ing=em&nrm=isso&tlng=pt). Acessado em: 02 Maio de 2017.

CUNHA U.G.V. **Aspectos psicológicos das quedas em idosos**. Arq. Bras. Med., 2012

DICCINI S., PINHO P.G, SILVA F.O. Assessment of risk and incidence of falls in neurosurgical inpatients. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 16, n,4, p.752-7, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552009000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552009000300006). Acesso em: 30 Maio., 2017.

DOWTON J.F; TALLIS R.C; FILLIT H.M; BROCKLEHURST J.C. **Brocklshurst's textbook of geriatric medicine and gerontology**. London: Churchill livingstone; 1998. P 1359-1370.

DUNCAN B. B. et al.**Medicina Ambulatorial - Condutas de Atenção Primária Baseadas Em Evidências** - 4ª ed.Porto Alegre: Artmed, 2013.

FABRICIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina A Partezani; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.93-99, fev. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100013&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 15 Maio 2017.

FALSARELLA, G.R.; GASPAROTTO, L.P.V.; COIMBRA, A.M.V. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 897-910, 2014.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Rev. Textocontexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, Mar. 2012.

FECHINE B.R.A.; TROMPIERI N. O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos. **Revista científica internacional**. ISSN: 1679-9844. Ed.20. v.1. n.7. 2012. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>. acessado em: 30 Maio. 2017.

FECHINI B.R.A.; TROMPIERI N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Rev. Científica internacional**. Ed.20, V.1. março de 2012.

FERNANDO F.S.L. et al. SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE REFLEXIVA. **Revenferm UFPE online.**, Recife, v.10, n.2, p.894-902, fev., 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/7464/14461>. Acessado em: 03 Junho. 2017.

FIDELIS, R. E. **Cultura de segurança: perspectiva da equipe de enfermagem em unidade de emergência do adulto**. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011. 170p..

FREITAS E.V. ET AL. **Manual prático de Geriatria**. 1 ed. Rio de Janeiro: A.C Farmacêutica, 2012

FREITAS E.V. ET AL. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** – 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FRIED, L. P. *et al.* **Frailty in older adults: Evidence for a phenotype**. J Gerontol, v. 56A, n. 3, p. M146-156, Mar. 2001.

GANZ D.A; BAO Y. SHEKELLE P.G. RUBENSTEIN L.Z. **Will my patient JAMA**. V. 297, N.1. January, 2007;

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007

Inouye SK, Studenski ,Tinetti ME et al. **Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept**. JAmGeriatrSoc, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de informática. **Pesquisa por amostra por domicílio**. Brasília, 2014. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 07 Junho.2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de informática. **Pesquisa por amostra por domicílio**. Brasília, 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 07 Junho.2017

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS- ISMP. **Medicamentos associados a riscos de quedas**. ISSN: 2317-2312, V.6, N. 1, fev. 2017. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp->



content/uploads/2017/02/IS\_0001\_17\_Boletim\_Fevereiro\_ISMP\_210x276mm.pdf.  
 acessado em: 06 Junho. 2017.

JÚNIOR C.M.P; HECKMAN M.F. **Distúrbios da Postura, Marcha e Quedas.**

FREITAS E.V. ET AL. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** – 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

KAGAN SH, PUPPIONE AA. **Not preventing falls-promoting function.** Geriatric Nursing. V. 32, n.1. 2011;p. 55-7.

LANA L.D.; SCHNEIDER R.H.**Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00673.pdf>. acessado em: 28 Maio. 2017.

LEIPZIG R.M; CUMMING R.G; TINETTI M.A. **Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: I. Psuchotropicdrugs.**JAmGeriatric Soc. 1999; 47 (1): 30-40.

LOPES, K.T.; COSTA, D.F.; SANTOS, L.F.; CASTRO, D.P.; BASTONE, A.C. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **RevBrasFisioter**, v.13, n. 3, p. 223-9,2009.

LOPES, R. A. et al. Quedas de idosos em uma clínica-escola: prevalência e fatores associados.**ConScientiae Saúde**, vol. 9, n. 3, p. 381-388, 2010.

LOURENÇO R.A. A SÍNDROME DE FRAGILIDADE NO IDOSO: MARCADORES CLÍNICOS E BIOLÓGICOS.**Rev. Hospital Universitário Pedro Ernesto.** V.7. N.1. 2008. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=187](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=187). Acessadoem: 03 Junho. 2017.

LUZ, T. C. B; et al. Violências e Acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.11, p.2135-2142, 2011.

MAIAL, B. C. et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: revisão sistemática.**Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011

MALLMANN D.G.; HAMMERSCHMIDT K.S.A.; SANTOS S.S.C. Instrumento de avaliação de quedas para idosos(IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. **Rev. Brasi de geriatria, gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.3,p.527-37, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a12>. Acessado em: 04 junho.2018.

MELO B.R.S; SANTOS P.R.S; GRATÃO A.C.M. Fatores de risco extrínsecos para quedas em idosos: uma revisão bibliográfica.**Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Vol.6, N.2, 2014. p. 695-703. Disponívelem: [http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo\\_056.pdf](http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/artigo_056.pdf). acessado em: 08 Junho. 2017.

MENDES E.V. **As Redes de Atenção a Saúde.** 2011

- MENDES T.A.B. **Geriatrics e Gerontology**. Barueri, SP: Manole, 2013.
- MENDES T.A.B. **Geriatrics e Gerontology**. Barueri, SP: Editora Manole. V.1, 2014.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo. Hucitec, 2014.
- Miranda, R.V., Mota, V.P., & Borges, M.M.M.C. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. Ipatinga. **Revista Enfermagem Integrada**, V.3, N.1, 2010. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/08-quedas-idosos-identificando-fatores.pdf>. acessado em: 30 Maio. 2017.
- MORIGUTI J.C; COSTA N.K; FERRIOLI E. **Desafios do diagnóstico diferencial-geriatria**. São Paulo. Ed: Atheneu, 2012
- MOTTA, B. L. et al. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2010. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232010000100009&lng=pt&nrm=isso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000100009&lng=pt&nrm=isso). Acesso em: 30 Maio., 2017.
- MORSE, J., et. al – **Development of a scale to identify the fall-prone patient**. Canadian Journal on Aging. 1989, Vol. 8, N.º4, p. 366-377.
- NANDA: **Definições e Classificações 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013
- NASCIMENTO, R.F.L. **Depressão e o Desempenho Cognitivo em Idosos**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: [tede.pucrs.br](http://tede.pucrs.br). Acesso em: 24 Maio. 2017.
- OLIVEIRA D.U. **AValiação de Quedas em Idosos Hospitalizados**. 2014. 79 p. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segurança do paciente**. Disponível em: [http://www.who.int/eportuguese/publications/patient\\_safety/pt/](http://www.who.int/eportuguese/publications/patient_safety/pt/). Acessado em: 23 Maio. 2017.
- PAIVA, M. C. M. da S. de et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 134-138, mar. 2010.
- PAULA, F. L. et al. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, Dez. 2010
- PESARD C.C; COOK S; GIORDANI B. **Assessing falls in the elderly: should we use simple screening tests or a comprehensive fall risk evaluation**. Eur J physRehabilMed, 2010; 46: 249-59.

PIOSEVAN A.C; SOARES A.S; CAMILLO A.A; CORAZZA S.T;MEZZOMO S.P. Avaliação do Teste de Tinetti e MiniExame do Estado Mental em idosas moradoras da comunidade Roberto Binatto, Santa Maria (RS).**Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n.1, p. 341-352, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/27396/19401>. acessado em: 02 Junho. 2017.

PIOVESAN, A. C.; PIVETTA, H. M. F.; PEIXOTO, J. M. B. Fatores que predisõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS.**Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000100009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 Maio., 2017.

POLIT, Denise F; BECK, CherylTatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, C. V.; SANTOS, S. S. C.; BARLEM, E. L. D.; PELZER, M. T. Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**.v. 13, n. 4, p. 703-13, out/dez, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a15.htm>. Acessado em: 10 Junho de 2017.

REZENDE, C. P.; GAEDE-CARRILLO, M. R. G.; SEBASTIÃO, E. C. O. **Falls in elderly Brazilians and the relationship to medication: a systematic review**.*Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 12, p. 2223–2235, 2012.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Aug. 2008.

ROTHER E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa.**Rev. Acta paul. enferm.** São Paulo, vol.20 n.2, Abr./Jun 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001). Acessado em: 14 Maio de 2017.

ROTHSCHILD J.M; BATES D.W; LEAPE L.L. Ferimentos médicos preveníveis em pacientes mais velhos. **Arch Intern Med**. V.160, n. 18 p. 2717-28, 2000. Disponível:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11025781>. Acessado em: 08 Junho. 2017.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP&A, 1999

SILVA, A. et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Agos. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/28.pdf>>. Acesso em: 29 Maio., 2017

SILVA, E. C.; DUARTE, N. B.; ARANTES, P. M. M. Estudo da relação entre o nível de atividade física e o risco de quedas em idosas.**Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.1, p. 23-30, jan/mar 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/12231>>. Acesso em: 30 Maio., 2017.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; VIEIRA, V.; HALLAL, P. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, São Paulo. v. 41, n. 5, p. 749-56, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6188.pdf>>. Acesso em: 02Junho., 2017.

SMELTZER ET.AL. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Ed. 11. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOARES N.N.; CUSTÓDIO R.M.C. Impactos emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados. **Revista de Psicologia Encontro**. Vol. 14, N.21, 2011. Disponível em: [www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/download/2491/2385](http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/download/2491/2385). acessado em: 26 Maio. 2017

SOCIEDADE AMERICANA DE GERIATRIA E SOCIEDADE BRITÂNICA DE GERIATRIA. Resumo da diretriz de prática de clínicas americanas Geriatrics Society / British Geriatrics Society para prevenção de quedas em pessoas idosas. **J Am Geriatr Soc**. 2011 Jan; 59 (1): 148-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21226685>. acessado em: 03 Junho. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. SBGG. **Quedas em Idosos: Prevenção - Projeto Diretrizes**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008

SOUZA A.C.S.; SANTOS G.M. **Sensibilidade da Escala de Equilíbrio de Berg em indivíduos com osteoartrite**. Motriz, Rio Claro, v.18 n.2, p.307-318, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v18n2/v18n2a11.pdf>. acessado em: 29 Maio. 2017.

STAAH. C.S; PALHARES. C.V; BERTT. H. W. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas de vida diária. **Rev. Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v.20, n. 1, p. 59-67, 2009. Disponível em: <[www.bases.bireme.br](http://www.bases.bireme.br)>. Acesso em: 07 Junho.2017.

Tanaka B, Sakuma M, Ohtani M, Toshiro J, Matsumura T, Morimoto T. Incidence and risk factors of hospital falls on long-term care wards in Japan. **Rev. J EvalClinPract**. V. 18, n.3, p. 572-7, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. 1 ed. - 22. reimpr. São Paulo: Atlas, 2013.

VACARRI E., LENARDT M.H., WILLIG M.H., BETIOLLI S.E. ANDRADE L.A.S. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Rev. Cogitare Enfermagem**, n.21, p. 1-9, 2014.

VENNING G. **Recent developments in vitamin D deficiency and muscle weakness among elderly people**. *BMJ*, 2005; 330: 524 – 526.

VIANA J.U, OLIVEIRA M.C, MAGALHÃES T.V. Quedas intra-hospitalares na Santa Casa de Belo Horizonte MG são adequadamente relatadas? **Fisioter. Pesqui**. São Paulo. V.18, n. 1, p. 72-8, Mar. 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Report on falls prevention in older age.** 2007. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/projects/falls\\_prevention\\_older\\_age/en/index.htm](http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.htm)

Woolcott JC, Khan KM, Mitrovic S, Anis AH, Marra CA. The cost of fall related presentations to the ED: a prospective, in-person, patient-tracking analysis of health resource utilization. **Osteoporos Int.** v. 23, n.20, p. 15139, 2012.

World Health Organization. **World Health Statistics.** 2009. P 142. Disponível em: [www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS09\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS09_Full.pdf). acessado em: 02 Junho. 2017.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA ENFERMEIROS

A Dados de identificação:

1.Nome:

2.Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

3.Idade:

4.Ano de conclusão da graduação em Enfermagem:

5. Formação profissional:

( ) graduação ( ) Residência ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

6. Turno de trabalho: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

7. Qual o n.º médio de pacientes sob sua responsabilidade durante o seu turno de trabalho? \_\_\_\_\_

8. Tempo de trabalho na unidade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

9. Tempo de trabalho na instituição: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

10. Possui outro vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não

11. Carga horária semanal de trabalho incluindo o outro vínculo empregatício:

B. Roteiro de Entrevista:

1. Fale sobre sua experiência no cuidado de idosos hospitalizados.

a. Quais os maiores riscos que os idosos correm durante a hospitalização?

2. Na sua unidade existe algum instrumento de avaliação dos fatores de riscos para quedas ? se sim você o utiliza ? como e em qual momento o faz ?

3. Conte-me quais as medidas para prevenção de quedas são adotadas na sua unidade?

4. Caso ocorra a queda de um idoso durante a hospitalização quais as medidas e/ou processos são adotados?

a. Como você realiza a notificação dessas quedas? Qual fluxo ?

5. Como você cuida do idoso caidor ?

6. Como você aprendeu a prevenir quedas em idosos e/ou cuidar do idoso caidor?

a. Aqui na instituição são feitas capacitações com enfoque na prevenção de agravos a idosos hospitalizados como, por exemplo, quedas? Se sim, como se dá esse processo de capacitação?

7. Como é feito aqui na sua unidade/ instituição a divulgação de eventos adversos que ocorrem com os pacientes como, por exemplo, as quedas?

**APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Enfermeiro assistencial)****Título do estudo: CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE AS QUEDAS  
DE IDOSOS HOSPITALIZADOS: UMA PRÁTICA SEGURA**

Você está sendo convidado (a) a autorizar o desenvolvimento de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

**Justificativa e objetivos:**

O presente estudo tem como objetivo Identificar as ações de cuidados de Enfermagem, quanto ao evento quedas, para a segurança de idosos internados nas unidades de internação de clínica médica de um hospital público de Florianópolis- SC. Dentre as consequências advindas com o processo de envelhecimento, temos o evento quedas, que apresenta-se com altas taxas e com impactos para a vida e saúde do idoso. As quedas nessa faixa etária podem trazer grandes riscos ao funcionamento corporal e cognitivo do idoso. Assim, infere-se que estudar a temática em questão é de grande relevância, sobretudo em idosos hospitalizados, onde se acredita que ocorra um elevado número de quedas, porém sendo estas muitas vezes subnotificadas.

**Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a participar de uma entrevista que será gravada em meio digital, com média de duração de 30 minutos.

**Desconfortos e riscos:**

Você poderá sentir algum desconforto relacionado a questões de reflexão de suas práticas de cuidado em seu ambiente de trabalho. Quanto aos danos físicos, podem surgir devido ao cansaço, mal-estar e ansiedade em decorrência da entrevista ser



gravada. No entanto, diante de tais possibilidades os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como escutá-los. Caso o seu desconforto persista você poderá desistir a qualquer momento de participar do estudo.

**Benefícios:** Você estará colaborando para o conhecimento de como o evento quedas em idosos é percebido pela equipe de enfermagem das unidades de clínicas médicas de um hospital público de Florianópolis, através da identificação das ações dos mesmos em relação à prevenção de quedas e aos cuidados prestados aos idosos caídores no ambiente hospitalar, e assim colaborar para uma possível mudança/reflexão da prática profissional da equipe em relação aos cuidados específicos aos idosos, seguindo os preceitos da cultura da segurança do paciente.

**.Acompanhamento e assistência:**

Caso julgue necessário você terá acompanhamento da pesquisadora responsável após o encerramento ou interrupção da pesquisa. Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a fazer os encaminhamentos que forem necessários.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos garantimos a confidencialidade das informações. Garanto que seu nome ou de qualquer outro dado que o identifique não será divulgado. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique seja revelado.

**Ressarcimento:**

Será garantido por parte dos pesquisadores indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Como o estudo será realizado de acordo com seus turnos de serviço, não haverá necessidade de ressarcimento para custear despesas, porém, será garantido ressarcimento no caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa, dos quais não foram previstos pelos pesquisadores.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Anderson Abreu de Carvalho no Centro de Ciências da Saúde, Bloco I sala do GESPI (2º andar) Campus Universitário, Trindade, Florianópolis/SC; telefone (48) 996651344; e-mail: anderson.imbituba12@gmail.com. Outra possibilidade é contactar as pesquisadoras orientadoras ProfDra Melissa Orlandi Honório, no Centro de Ciências da Saúde, Bloco I sala 413 (3º andar) Campus Universitário, Trindade, Florianópolis/SC; telefone (48) 991190466 ; e-mail: melhonorio@hotmail.com e a ProfDra Silvia Maria A. dos Santos, no Centro de Ciências da Saúde, Bloco I sala 413 (3º andar) Campus Universitário, Trindade, Florianópolis/SC; telefone (48) 996086836; e-mail: sazevedoms@gmail.com . Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

**Consentimento livre e esclarecido:** Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

---

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_.


Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

(Assinatura do participante)

## ANEXOS

## ANEXO A- TERMO DO HU

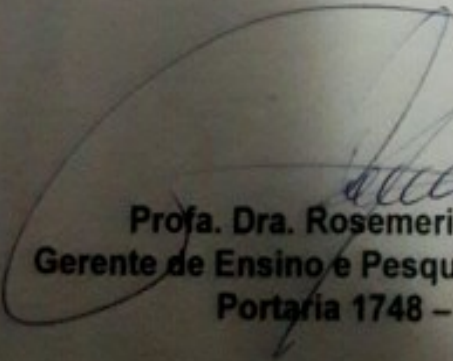


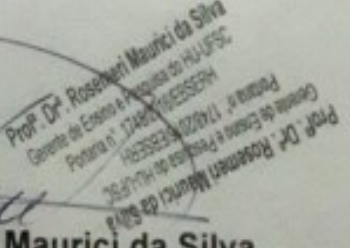
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 -  
FLORIANÓPOLIS / SC  
TELEFONE +55 (48) 3721-9164 - FAX +55 (48) 3721-8354

**DECLARAÇÃO**

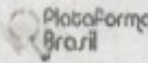
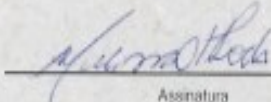
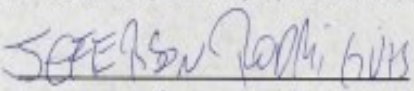
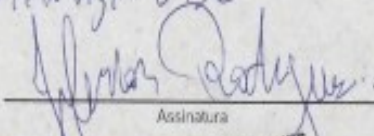
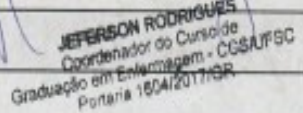
Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS QUEDAS DE IDOSOS HOSPITALIZADOS", e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 27/11/2017

  
Prof. Dra. Rosemeri Maurici da Silva  
Gerente de Ensino e Pesquisa HU-UFSC-EBSERH  
Portaria 1748 – 28/12/2016



## ANEXO B - FOLHA DE ROSTO DA PLATAFORMA BRASIL

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP <b>FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b>			
1. Projeto de Pesquisa: ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS QUEDAS DE IDOSOS HOSPITALIZADOS.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 14			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: MELISSA ORLANDI HONÓRIO LOCKS			
6. CPF: 005.314.800-94	7. Endereço (Rua, n.º): DESEMBARGADOR PEDRO SILVA 1/2242 COQUEIROS T-02 APTO-402 FLORIANÓPOLIS SANTA CATARINA 89089-700		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (48) 9119-0466	10. Outro Telefone:	11. Email: melhoronio@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>30 / 11 / 2017</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade Federal de Santa Catarina	13. CNPJ: 83.899.526/0004-25	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	
15. Telefone: (48) 3721-9100	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável:	 CPF: <u>020 847 999-61</u>		
Cargo/Função:	<u>COORDENADOR DO CURSO GMD. ENFERMAGEM UFSC</u>		
Data:	<u>1 / 12 / 2017</u>  Assinatura		
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			
 <b>JEFERSON RODRIGUES</b> Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem - CCS/UFSC Portaria 1624/2017/GER.			

## ANEXO C - AVALIAÇÃO QUALITATIVA





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II  
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE  
CONCLUSÃO DE CURSO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado pelo aluno **Anderson Abreu de Carvalho**, intitulado: “**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS QUEDAS DE IDOSOS HOSPITALIZADOS: UMA PRÁTICA SEGURA**” integra as atividades curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Considerando o envelhecimento populacional e o panorama do cenário mundial voltado às questões que refletem diretamente a segurança do paciente, a temática tratada neste estudo em questão torna-se ainda mais importante e necessária. O mesmo aponta de forma reflexiva a importância de desenvolver ações de cuidado votado às quedas, principalmente na área hospitalar. Assim, trata-se de um estudo cujo objetivo foi o de identificar as ações de cuidados de Enfermagem, quanto ao evento quedas, para a segurança de idosos internados nas unidades de internação de clínica médica de um hospital público de Florianópolis.

Infere-se assim, que o trabalho traz importantes contribuições para a segurança do cuidado ao idoso hospitalizado. Reafirma-se ainda o compromisso e dedicação do aluno, que demonstrou responsabilidade e ética no desenvolvimento do mesmo, com vistas a alcançar o objetivo proposto.

Florianópolis, 15 de junho 2018.

**Prof. Dr. Melissa Orlandi Honório Locks**

Professora do Departamento de Enfermagem

Universidade Federal de Santa Catarina