

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Marco Antonio de Goes Victor

**ANÁLISE DAS QUEDAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES
CIRÚRGICAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Porto Alegre

2014

MARCO ANTONIO DE GOES VICTOR

**ANÁLISE DE QUEDAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES
CIRÚRGICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a disciplina TCC-II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr^a Amália de Fátima Lucena

Porto Alegre

2014

Dedico este trabalho a minha mãe, meu exemplo de enfermeira e de ser humano. A minha irmã, meu maior amor, a todos os meus familiares, amigos e a pessoa mais especial que tive o prazer de conhecer durante esta jornada.

AGRADECIMENTO

Após nove semestres posso olhar para o caminho percorrido e lembrar dos momentos alegres, de dúvida, anseios, risadas e companheirismo.

Agradeço a UFRGS, a melhor universidade deste país, pelas oportunidades que tive ao longo destes quatro anos e meio.

Agradeço a todos os professores, em especial a minha orientadora Professora Amália de Fátima Lucena pelas oportunidades, conhecimentos e aventuras durante esta jornada e a Professora Lurdes Busin por indicar o caminho profissional nos momentos mais difíceis desta caminhada.

As minhas colegas pelos momentos de risadas, alegrias e as noites de conversas e trabalhos. A minha família pelo apoio quando os estágios eram toda a minha preocupação.

E por fim a minha mãe, pelas noites em claro, sacrifícios e dificuldades para que eu tivesse educação. Por ser o maior exemplo de dedicação, força de vontade e competência profissional, e que sempre esteve ao meu lado durante estes 23 anos. Obrigado pelas conversas, abraços e por estar sempre ao meu lado, tudo o que eu conquistei e sou hoje é graças a você, Enfermeira Marta Góes.

“Para que o mal triunfe, basta que os bons não façam nada”

Edmund Burke

RESUMO

Introdução: As quedas se constituem em um dos eventos adversos mais prevalentes no ambiente hospitalar, sendo descrito em estudo como o segundo evento adverso mais comum em um hospital universitário. As quedas podem causar danos aos pacientes e acarretar em complicações clínicas, aumento no tempo de internação e custos hospitalares. A incidência de queda é um sensível indicador de qualidade assistencial, sendo considerada como um fator importante para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem. **Objetivo:** Analisar o evento adverso queda em pacientes internados em unidades cirúrgicas e que realizaram procedimentos cirúrgicos, identificar o tipo de cirurgia realizada, o uso de sondas e/ou drenos e fatores de risco relacionados ao evento. **Método:** Estudo transversal realizado em um hospital universitário do sul do Brasil. A amostra se constituiu de 70 quedas, referente a 69 pacientes, comunicadas no período entre janeiro e dezembro de 2012. Foram coletadas informações referentes à caracterização do paciente, local, fatores de risco, medicações utilizadas, tipo de cirurgia realizada e tempo de internação. Estes dados foram armazenados no *Excel for Windows* versão 2010 e analisados estatisticamente com o programa SPSS versão 18. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição (nº 100496). **Resultados:** A média de idade dos pacientes analisados foi de 65,5 anos, 61,4% eram do sexo masculino, o tempo médio de internação foi de 25 dias e 97,1% apresentavam comorbidades. As principais comorbidades encontradas foram hipertensão arterial sistêmica e neoplasias, em 30 pacientes, seguidas por diabetes mellitus em 21 pacientes. Os tipos de cirurgia mais realizadas pelos pacientes estudados foram as abdominais e as urológicas, com 28,6% e 15,7% respectivamente. Vinte e dois pacientes utilizavam algum tipo de sonda ou dreno, durante a queda, sendo a sonda vesical de demora a mais prevalente. As quedas ocorreram, em sua maioria, no quarto do paciente, da própria altura e por escorregão. Dentre os fatores de risco o uso de anti-hipertensivos, estar desacompanhado no momento da queda, uso de sedativos e limitação para deambular foram os mais encontrados. Dentre os eventos analisados, 55,7% não resultou em dano e 38,6% resultou em dano leve ao paciente. **Conclusão:** Os pacientes que sofreram quedas nas unidades cirúrgicas eram idosos, do sexo masculino, com tempo de internação prolongado e alta incidência de comorbidades. Os fatores de risco estavam presentes em todos os pacientes, principalmente o uso de medicamentos como os anti-hipertensivos. Os resultados comprovaram que a queda é um evento multicausal e assim, o enfermeiro deve estar atento aos fatores de risco no momento da admissão do paciente, para poder evitar este evento.

Descritores: Enfermagem, Acidentes por quedas, Cirurgia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Quedas	11
3.2 Pós-operatório	12
3.3 Processo de Enfermagem	15
4 MÉTODO	18
4.1 Tipo de estudo	18
4.2 Campo	18
4.3 População/Amostra	18
4.4 Coleta dos dados	18
4.5 Instrumento de Coleta de Dados	19
4.6 Análise dos dados	19
4.7 Aspectos éticos	19
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	25
7 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	33
ANEXO A – Ficha de Notificação de Evento Adverso - Quedas	37
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	38
ANEXO B – Comitê de Ética em Pesquisa HCPA	39
ANEXO C – Comprovante de aprovação do projeto pela COMPESQ/EENF	40

1 INTRODUÇÃO

As quedas se constituem em um dos eventos adversos mais prevalentes no ambiente hospitalar, representando cerca de 70% dos casos, com índices que variam de 1,4 a 10,7 quedas para cada 1000 pacientes/dia (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010; SCHWENDIMANN et al., 2008). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o evento adverso queda pode ser definido como um acontecimento que leva a pessoa ao solo, sem capacidade de correção em tempo hábil, determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a saúde (WHO, 2010).

Estudo que analisou os eventos adversos ocorridos na clínica cirúrgica de um hospital universitário demonstrou que as quedas foram o segundo evento adverso mais comum (CARNEIRO et al., 2011). Este evento pode causar danos aos pacientes e acarretar em complicações clínicas, aumento no tempo de internação e custos do tratamento hospitalar (SCHWENDIMANN et al., 2008). A incidência de queda é um sensível indicador de qualidade assistencial, sendo considerada como um fator importante para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem (TZENG; YIN, 2008). De acordo com a classificação da NANDA-International (2013), a condição pós-operatória do paciente se caracteriza como um fator de risco para o evento adverso queda.

Na instituição campo deste estudo, de acordo com as estatísticas do indicador de qualidade assistencial ao paciente, as quedas nas unidades cirúrgicas são frequentes. A maior prevalência se encontra nas unidades clínicas e em segundo lugar as unidades cirúrgicas, o que aponta para a necessidade de avaliação destes eventos e a compreensão de suas particularidades. Observa-se que muitos trabalhos tem sido realizados em unidades clínicas, com a descrição da queda e do perfil do paciente que a sofreu (ABREU et al., 2012), bem como em determinados grupos de pacientes como os idosos. Com o avanço da idade, o ser humano fica mais vulnerável a doenças crônico-degenerativas, incapacidade física e dificuldade em realizar atividades antes comuns. O somatório de alterações relacionadas à idade, ambiente, condições de saúde e uso de medicamentos predispõe o indivíduo à queda (LIRA et al., 2011). Todavia, são escassos os estudos focados nas áreas cirúrgicas, o que evidencia uma lacuna no conhecimento. Desta forma, optou-se por aprofundar o conhecimento sobre as condições em que as quedas ocorrem nas unidades cirúrgicas, norteado pela questão de pesquisa: “Quais são as características das quedas de pacientes internados em unidades cirúrgicas?”

A motivação para a realização deste trabalho também se deu pela necessidade de continuidade de projetos relacionados ao evento adverso quedas realizados na instituição, como o estudo que analisou o Diagnóstico de Enfermagem Risco de quedas em pacientes internados em unidades clínicas e cirúrgicas no ano de 2011 (LUZIA, 2012) e o de Implementação de um Protocolo de Prevenção de Quedas e de Medidas de Acompanhamento deste evento em pacientes internados em um hospital universitário.

De acordo com as estatísticas da instituição, no ano de 2012 ocorreram um total de 548 quedas, apresentando uma prevalência de 2,03 quedas 1000/pacientes dia. No momento que ocorre uma queda de pacientes no hospital é realizado o registro no prontuário eletrônico e preenchido, pelo enfermeiro, uma ficha de notificação de evento adverso específica para a queda. Esta ficha contém dados referentes ao evento adverso como localização, tipo, fatores intrínsecos ao paciente, e extrínsecos (relacionados ao ambiente), bem como se a queda resultou ou não em dano e qual o grau do mesmo. Estes dados são armazenados em um banco de dados organizado com auxílio do programam *Microsoft Excel*.

Entretanto, as características das quedas sofridas por pacientes internados em unidades cirúrgicas ainda são desconhecidas, o que inclui os fatores que as desencadearam, as situações e os locais nas unidades em que ocorreram. Sabe-se, que o conhecimento sobre este evento adverso é de grande importância para subsidiar a qualificação e a segurança do cuidado de enfermagem prestado ao paciente cirúrgico. Há que se considerar também, que algumas características específicas de pacientes cirúrgicos, como a presença de sondas e drenos podem representar um fator de risco adicional para o evento adverso queda e analisá-los pode ser fundamental para construir meios de preveni-la.

Assim, a finalidade do estudo foi obter resultados a partir da análise do evento adverso queda, afim de proporcionar subsídios para o enfermeiro aplicar o processo de enfermagem nas suas diferentes etapas, com destaque para a de planejamento de intervenções, a fim de evitar a queda. A relevância do estudo foi corroborada, em virtude da escassez de investigações específicas com pacientes cirúrgicos, com foco no evento queda, incluindo as características dos mesmos que são fatores importantes e que influenciam na ocorrência do evento adverso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o evento adverso queda em pacientes internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o tipo de cirurgia, a presença de sondas e drenos e as comorbidades do paciente que sofreu a queda;
- b) Identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos que ocasionaram as quedas;
- c) Identificar o dano físico causado pela queda;

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura teve como propósito embasar o tema em questão.

3.1 Acidentes por queda

A queda é um acontecimento que leva a pessoa ao solo, sem capacidade de correção em tempo hábil, determinada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a saúde (WHO, 2010). Alguns autores apresentam uma definição diferenciada, como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que descreve a queda como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade” (PEREIRA et al., 2002, p.3).

As quedas são a principal causa de danos em pessoas acima de 65 anos, seguida por acidentes de trânsito, queimaduras, afogamentos e intoxicação alimentares. Dentre os atendimentos realizados para pacientes do sexo masculino, em unidades de emergência, 34% foram decorrentes de quedas. Em relação às mulheres, da mesma faixa etária, o índice é de 48% (ARANDA-GALLARDO et al., 2012; NCHS, 2006). A incidência de quedas aumenta com o avanço da idade, a partir dos 85 anos esse número tende a crescer e as suas consequências tornam-se mais graves. As medidas preventivas da queda podem evitar até 30% dos casos, no entanto, em geral são negligenciadas na prática assistencial (INOUYE et al., 2007).

A queda é um evento multicausal, relacionado à fatores extrínsecos e intrínsecos os podem alterar a condição do paciente. O risco da ocorrência do evento aumenta à medida que o paciente estiver exposto a mais fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (AL-AAMA, 2011). Podem ser citados como fatores de risco relacionados ao paciente: dificuldade na mobilidade, problemas nos pés, queda prévia, dificuldade de equilíbrio, força muscular diminuída, dificuldade visual, incontinência urinária, urgência miccional, diabetes, dor, depressão, polifarmácia (mais de quatro medicamentos) e uso de algumas medicações específicas (hipnóticos, sedativos, diuréticos, vasodilatadores e antidepressivos) (SMELTZER, et al., 2012; AL-AAMA, 2011; ARANDA-GALLARDO et al., 2012). Os fatores extrínsecos são: mudanças no ambiente, pouca luminosidade, obstáculos, falta de corrimão e grades no leito (BRUNNER, 2012; AL-AAMA, 2011; ARANDA-GALLARDO et al., 2012).

O local onde ocorrem as quedas também é importante para a sua avaliação. Estudo realizado em um hospital universitário do Estado de São Paulo avaliou a queda a partir de 80 registros, que demonstraram que os tipos de quedas mais prevalentes foram as do leito do paciente (55%) e da própria altura (38,8%) (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

A prevenção do evento adverso queda pode reduzir em muito o número de eventos, cabe ao enfermeiro estar atento para esta atividade. Diversas escalas são utilizadas para a avaliação do risco de queda, sendo a mais comumente encontrada a *Morse Fall Scale* (MFS), de fácil aplicabilidade, já traduzida e adaptada, para a realidade brasileira. Ela é composta por seis itens: história de quedas, diagnóstico secundário, auxílio para deambular, marcha e estado mental. De acordo com a pontuação obtida o paciente pode ser classificado em três categorias de risco para queda: baixo, médio e alto. (URBANETTO et al., 2013)

No hospital campo deste estudo é usada uma tradução livre da Escala de Morse realizada por um grupo de enfermeiros da instituição. Ela começou a ser utilizada no segundo semestre de 2012, quando ainda não havia sido concluída a tradução para a realidade brasileira por Urbanetto (2013).

Quando todas as medidas preventivas falham e a queda do paciente ocorre é necessário avaliar a extensão do dano, bem como tratar as lesões subsequentes. Estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre que avaliou 53 quedas apresentou os tipos de danos sofridos pelo paciente. Na maioria dos casos (43,4%) o paciente não sofreu dano, 41,5% resultaram em contusão, abrasão, pequeno dano à pele ou laceração, 5,6% apresentaram laceração profunda ou distensão, 5,6% fratura, perda de consciência e em 3,7% dos casos o paciente evoluiu para o óbito (COSTA et al., 2011).

A prevenção do evento adverso é primordial no cotidiano da internação hospitalar. Em razão disso, a informação das causas, características e consequências pode embasar o conhecimento de enfermagem para desenvolver e aplicar métodos de prevenção e tratar as consequências.

3.2 Pós-operatório

Atualmente, a maioria dos procedimentos cirúrgicos é realizada em centros cirúrgicos ambulatoriais, resultando na redução da permanência do paciente no ambiente hospitalar. Os pacientes que necessitam de internação em unidades cirúrgicas são aqueles que realizam cirurgias de grande porte, com diversas comorbidades, submetidos a procedimentos em caráter de urgência e emergência (SMELTZER, et al., 2012).

No momento em que o paciente têm condições de ser transferido para uma unidade de internação cirúrgica esta deve possuir estrutura física, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento das suas necessidades. Nas primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico os cuidados que o paciente deve receber são referentes à sua recuperação anestésica, monitoramento de possíveis complicações, tratamento da dor e supervisão da evolução do quadro até a autonomia para o autocuidado. O esperado é que o paciente retorne ao seu estado de saúde habitual algumas horas após o procedimento, dependendo do porte da cirurgia e das condições do paciente (SMELTZER, et al., 2012).

O paciente em recuperação pós-operatória pode apresentar complicações potenciais que apresentam certo grau de risco a saúde. Estas complicações são uma importante causa de morbidade e mortalidade que podem resultar em um aumento no tempo de internação, novas intervenções cirúrgicas, maior número de tratamentos, problemas legais e aumento de custos. Estudo realizado na Holanda demonstrou que 11% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos apresentaram complicações no pós-operatório (BOSNA et. al., 2012). As principais complicações são: infecções pulmonares; trombose venosa profunda; hemorragia; infecções; embolia pulmonar e deiscência da ferida ou evisceração (SMELTZER, et al., 2012). Essas são as complicações mais graves que o paciente pode apresentar, porém há outras que merecem atenção da equipe de enfermagem. Dentre as complicações mais comumente apresentadas por pacientes cirúrgicos podem ser citadas: náuseas, vômitos, mialgia, cefaleia, problemas de micção, déficit motor (TENNANT et al., 2012). Com relação a etnia dos pacientes, é descrito que idosos negros e hispânicos tinham maior probabilidade de vir a apresentar mais complicações pós-operatórias do que pessoas brancas (CARTHON, et al., 2013).

Após procedimentos cirúrgicos a dor é um fator que acompanha a recuperação do paciente, 33% referem que sentem dor intensa, 33% dor moderada e 33% pouca ou nenhuma dor. Nestes últimos a ausência ou pouca referência à dor não significa que o paciente esteja sem dor, ele só a considera suportável sem auxílio de medicações. A dor, gravidade e tolerância são fatores que dependem do sítio de inserção, da natureza do procedimento, da extensão do trauma, do tipo de anestesia utilizada e a sua via de administração. O tratamento da dor é realizado, de forma rotineira, com uso de analgésicos opióides. Porém há outras maneiras de realizar este controle, cateteres peridurais, analgesia controlada pelo paciente e associação medicamentosa (SMELTZER, et al., 2012).

A deambulação é uma atividade física que o paciente não tem condições de realizar nas primeiras horas após o procedimento. Deambular precocemente favorece a recuperação e prevenção de complicações. Dependendo do procedimento realizado o paciente só terá

condições de sentar no leito nas primeiras horas no pós-operatório, incentivar a movimentação, quando possível, é uma função muito importante da equipe de enfermagem. Entretanto, é necessário avaliar e auxiliar o paciente nos primeiros momentos. Na primeira vez que o indivíduo for levantar do leito ele pode apresentar hipotensão ortostática, uma queda anormal da pressão arterial, comum em pacientes em pós-operatório por alterações de volume, que podem levar o paciente a uma queda ao chão. Hipotensão postural é comum em pessoas idosas, sendo um fator preditor para a queda (AL-AAMA, 2011). Se esse sinal estiver presente no momento da primeira movimentação ela deve ser retardada, o paciente deve retornar ao leito e sua pressão aferida. Após algumas horas a deambulação pode ser realizada com auxílio da equipe de enfermagem (SMELTZER, et al., 2012). Durante o processo de cicatrização de feridas operatórias é comum o uso de drenos. Drenos são tubos posicionados próximos ao local da inserção cirúrgica com o objetivo de drenar sangue e líquidos serosos que podem se transformar em meios de cultura para bactérias, causando infecções (SMELTZER, et al., 2012). Carneiro et al. (2011) estudaram os eventos adversos na clínica cirúrgica em um período de cinco anos e apontou que aqueles relacionados a drenos, sondas e cateteres representaram 61,3% do total de 264 eventos adversos registrados por enfermeiros. Acredita-se que o uso de sondas, drenos ou cateteres pode se configurar como um fator de risco de acordo com os elementos apresentados pela escala de Morse, neste instrumento aparece o uso de dispositivos. Estes itens podem vir a dificultar a locomoção e movimentação do paciente, o que pode contribuir para a ocorrência da queda (MORSE; MORSE; TYLKO, 1989).

A distensão abdominal é uma complicação muito comum a qual os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos estão sujeitos. Esta distensão resulta de um acúmulo de gás nas vias intestinais e da técnica cirúrgica utilizada. Náuseas e vômitos são comuns no pós-operatório, quando a sua frequência diminuir a dieta habitual do paciente pode ser reintroduzida. A ingestão de alimentos por via oral estimula os sucos digestivos e os movimentos peristálticos, auxiliando o paciente a evacuar. O retorno à ingesta nutricional deve seguir a velocidade suportada e estabelecida pelo paciente (SMELTZER, et al., 2012).

A incontinência urinária é uma intercorrência frequente com múltiplas etiologias e pode ocorrer em qualquer pós-operatório, em especial em idosos. Este problema é um fator muito citado na literatura e se apresenta como um fator de risco muito importante (AL-AAMA, 2011).

No momento em que o paciente retorna para a unidade de internação, no período pós-operatório, necessita que o ambiente esteja seguro. As medidas preventivas como manter

grades elevadas, pertences e campainha de sinalização próximos ao paciente, podem evitar diversos problemas, dentre eles a queda. O enfermeiro deve avaliar o paciente e orientá-lo para evitar possíveis complicações. O ambiente seguro auxilia no relaxamento, repouso e na recuperação do procedimento cirúrgico.

O pós-operatório é um período de muitas mudanças para o paciente, as complicações e alterações podem aumentar o risco de o indivíduo sofrer uma queda. Assim, é obrigação do enfermeiro atentar para as possíveis alterações que o paciente está sujeito no pós-operatório e implementar medidas de controle e prevenção a fim de reduzir os fatores de risco para o evento adverso queda.

3.3 Processo de Enfermagem no cuidado ao paciente cirúrgico

O processo de enfermagem (PE) foi inserido na realidade brasileira na década de 70 e pode ser entendido como um instrumento para organizar o cuidado de enfermagem. O PE de acordo com Wanda Horta possui seis fases: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Plano Assistencial; Plano de Cuidados ou prescrição de enfermagem; Evolução e Prognóstico (HORTA, 1979). Atualmente, o PE é constituído por cinco fases: anamnese e exame físico; diagnóstico de enfermagem (DE); planejamento da intervenção; implementação ou execução e a avaliação do resultado ou evolução (ALMEIDA et al., 2011). Somado a isto, diversas classificações são utilizadas como instrumentos para a qualificação do processo de enfermagem, sendo as mais utilizadas no Brasil às taxonomias NANDA- International (NANDA-I) (NANDA, 2013), e as classificações *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (BULECHEK et al., 2010; MOORHEAD et al., 2010).

Conforme a NANDA-I o diagnóstico de enfermagem é o:

“Julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro tem responsabilidade (NANDA-I, 2013, p.588).”

A organização dos DEs da NANDA-I evoluiu de uma lista em ordem alfabética, para um sistema de classificação taxonômico. Hoje, esta classificação está estruturada sob a forma

multiaxial, apresentando sete eixos, 13 domínios, 47 classes e 220 diagnósticos (NANDA-I, 2013).

Ainda na estrutura proposta pela NANDA-I, o DE tem como componentes: *título*, o nome que exprime o seu significado; *definição*, descrição clara e precisa, que auxilia a diferenciá-lo de diagnósticos similares; *características definidoras*, inferências observáveis que se agrupam como sinais e sintomas de um diagnóstico; *fatores de risco*, fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou comunidade a um evento insalubre; *fatores relacionados*, que são os fatores que demonstram algum tipo de relacionamento padronizado com o DE (NANDA-I, 2013).

Um dos diagnósticos presentes na taxonomia da NANDA-I é o Risco de quedas. Este DE é definido como “risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”. Os fatores de risco para o evento adverso queda que estão listados neste DE foram divididos em seis categorias: ambientais; cognitivo; em adultos; fisiológicos; medicamentos e em crianças. Em razão do presente estudo não avaliar unidades pediátricas não serão discutidos os fatores de risco em crianças (NANDA-I, 2013). Dentre os fatores citados na NANDA-I, alguns se apresentam de grande relevância para este estudo: condições pós-operatórias; dificuldade de marcha; mobilidade física prejudicada; urgência urinária; força diminuída nas extremidades inferiores; uso de diuréticos; agentes anti-hipertensivos; opiáceos. Os pacientes internados nas unidades cirúrgicas podem apresentar estas condições.

Outras classificações complementam a NANDA-I, a *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; MOORHEAD et al., 2010). A NIC contempla as intervenções de enfermagem e abrange tanto os aspectos fisiológicos quanto psicossociais do ser humano, incluindo o tratamento, prevenção e promoção da saúde. Sua estrutura taxonômica é complexa, sendo composta de sete domínios, organizados dentro destes domínios 30 classes, 542 intervenções e mais de 12 mil atividades (ALMEIDA et al., 2011).

A NIC apresenta uma intervenção específica à queda, esta se encontra no domínio 4, Segurança, Classe 5 Controle de risco, denominada Prevenção de quedas, definida como: “Instituição de precauções especiais para pacientes com risco de lesão em decorrência de quedas.” São apresentados mais de 50 atividades que podem ser realizadas pela equipe de enfermagem com o intuito de prevenir o evento adverso queda. Algumas atividades podem ser citadas e estão diretamente ligadas aos fatores de risco para o evento adverso: providenciar

iluminação adequada, evitar o acúmulo de obstáculos no assoalho, dentre outros (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A NOC é o mais recente sistema de classificação, utilizada para padronizar os resultados obtidos pelos pacientes após serem submetidos às intervenções de enfermagem elencadas com o uso da NIC. Essa classificação é utilizada de forma complementar a NIC e NANDA-I (ALMEIDA et al., 2011). A NOC apresenta uma estrutura composta por cinco níveis: domínios, classes, resultados, indicadores e escalas de mensuração, são 385 resultados nas mais diversas áreas do cuidado (MOORHEAD et al., 2010).

O livro de classificação de resultados da NOC apresenta um capítulo de ligações entre as três classificações, NANDA-I, NIC e NOC. Neste capítulo o DE Risco de quedas é mencionado e os seus resultados sugeridos. A NOC sugere mais de 30 resultados que podem ser utilizados para avaliar as intervenções selecionados com o uso da NIC para cuidar do paciente com risco de queda ou que sofreu o evento (MOORHEAD et al., 2010).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo, retrospectivo, de abordagem transversal, que envolvem coleta de dados em um determinado período de tempo. Este modelo de estudo é um dos mais apropriados para estudar variáveis ou relações entre variáveis em um determinado período (POLIT; BECK, 2011).

4.2 CAMPO

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), nas sete unidades de internação cirúrgica que compõem o Serviço de Enfermagem Cirúrgica. Foram elas, 3°N, 3°S, 7°S, 8°N, 8°S, 9°N e 9°S.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo teve como população todos os registros de quedas dos pacientes internados nas unidades cirúrgicas da instituição. A amostra foi composta pelos registros dos pacientes que efetivamente foram submetidos a procedimento cirúrgico, no período de janeiro a dezembro de 2012, uma vez que existem algumas internações nestas unidades decorrentes de complicações cirúrgicas tardias e/ou clínicas. Como critérios de inclusão foram definidos: pacientes que tiveram a queda notificada e foram submetidos a procedimentos cirúrgicos na internação. Excluíram-se os pacientes que apesar de internados nas unidades cirúrgicas, não realizaram cirurgia. Assim, a amostra foi composta pela análise dos registros de 70 quedas, referentes a 69 diferentes pacientes.

4.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados a partir de um banco pré-existente na instituição, construído a partir da ficha de notificação de quedas (Anexo A). Oriundo de projeto de pesquisa maior que teve por objetivo avaliar e criar propostas para diminuir a incidência de quedas na instituição. Este banco apresentava os dados de todas as quedas notificadas no hospital no ano

de 2012, com informações sobre o local da queda, fatores ambientais, fatores intrínsecos do paciente e lesões decorrentes da queda.

A partir deste banco foram selecionados os pacientes que tiveram as quedas notificadas nas unidades cirúrgicas. Posteriormente, foram revisados os prontuários destes pacientes, a fim de verificar se efetivamente o procedimento cirúrgico havia sido realizado no período da internação em que ocorreu o evento. Os registros destes pacientes selecionados compuseram a amostra deste estudo.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A fim de complementar os dados para o estudo, além dos constantes em banco de dados pré-existente (Anexo A), foi construído um instrumento para coleta em prontuário eletrônico dos pacientes (Apêndice A). Neste instrumento de coleta de dados estavam contidas informações como o procedimento cirúrgico a que o paciente foi submetido, o uso de sondas, drenos e cateter venoso central, o tempo de internação, a presença de comorbidades, a utilização de medicamentos e possíveis consequências posteriores ao evento.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados no Excel for Windows, foi utilizada estatística descritiva com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* 18.0.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados utilizados neste estudo foram extraídos de um banco de dados pré-existente do projeto de pesquisa intitulado “Implementação de um protocolo de prevenção de quedas e de medidas de acompanhamento deste evento em paciente internados em um hospital universitário” aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob o parecer número 100496 (Anexo B). O projeto foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ENF) (Anexo C).

6 RESULTADOS

Foram analisados 70 registros de quedas referentes a 69 pacientes internados em sete diferentes unidades cirúrgicas, um deles com duas quedas em duas diferentes internações.

Para esta subanálise, realizou-se um recorte dos dados referentes aos pacientes internados nas unidades cirúrgicas, que realizaram procedimentos cirúrgicos. A estes dados foram acrescentados outros que foram coletados em prontuário, de forma a melhor caracterizar clinicamente os pacientes.

Dentre as principais características dos pacientes que caíram se identificou média de idade de 65,5 anos, maioria do sexo masculino, tempo de internação médio foi de 25 dias e diversas comorbidades (Tabela 1).

Tabela 1: Características dos pacientes cirúrgicos que sofreram quedas.

Características	(n=70)
Idade (Anos)	65,5 ± 13,1
Sexo (masculino)	43 (61,4%)
Tempo de internação (dias)	25 (10-34,25)
Presença de comorbidades	68 (97,1%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dos 69 pacientes estudados, somente dois deles não apresentavam nenhuma comorbidade, sendo a média de comorbidades por pacientes de 2,17.

Para análise da frequência das comorbidades, realizou-se agrupamento das mesmas conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A Hipertensão arterial Sistêmica (HAS) e a Diabete Melitus (DM) foram analisadas isoladamente, sem agrupamento, por serem as doenças mais prevalentes (Gráfico 1)

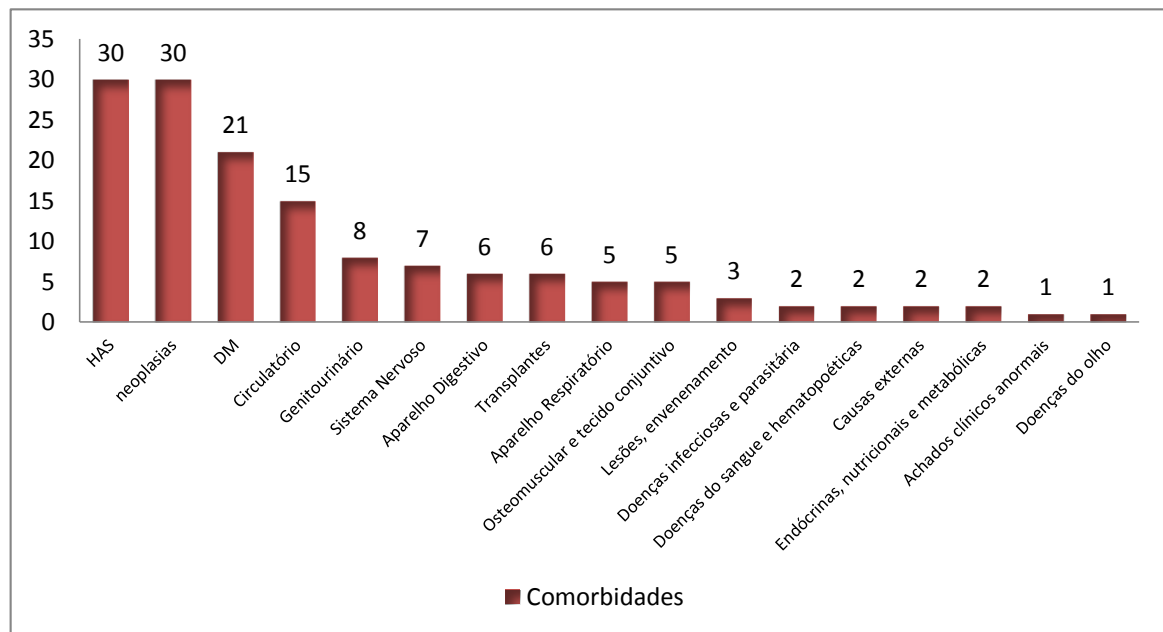


Gráfico 1: Comorbidades de pacientes cirúrgicos que sofreram quedas. Porto Alegre, Brasil, 2014

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os pacientes realizaram diversos tipos de cirurgias, sendo as mais frequentes as abdominais (28,6%), urológicas (15,7%) e ortopédicas (11,4%) – Tabela 2.

Tabela 2: Tipos de cirurgia realizados pelos pacientes que sofreram quedas.

Tipo de cirurgia	N (70)	(%)
Abdominais	20	28,6
Urológicas	11	15,7
Ortopédicas	8	11,4
Neurológicas	7	10,0
Cardíacas	6	8,6
Oftalmológicas	4	5,7
Transplantes	4	5,7
Outras	10	14,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Vinte e dois pacientes (31,4%) utilizavam diversos tipos de sondas e/ou drenos quando caíram. O mais prevalente foi, sonda vesical de demora (SVD) e cateter venoso central (CVC).

Cinco pacientes (7,1%) utilizavam dois tipos de sonda e/ou cateter e um utilizava três tipos (Gráfico 2).

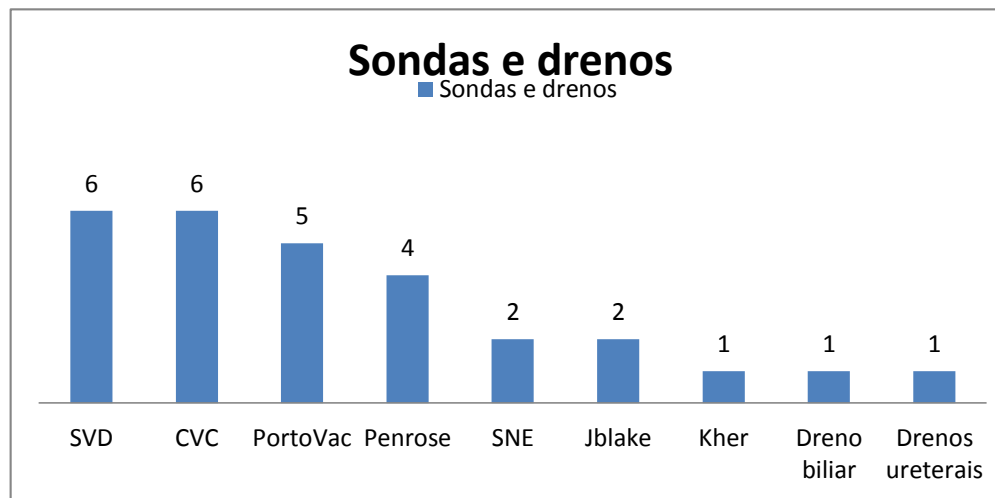


Gráfico 2: Presença de sondas e drenos.

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

As quedas ocorreram principalmente no quarto dos pacientes, sendo mais frequentemente da própria altura (47,1% dos casos) e com relato de força diminuída (20%) dentre as principais causas (Tabela 3).

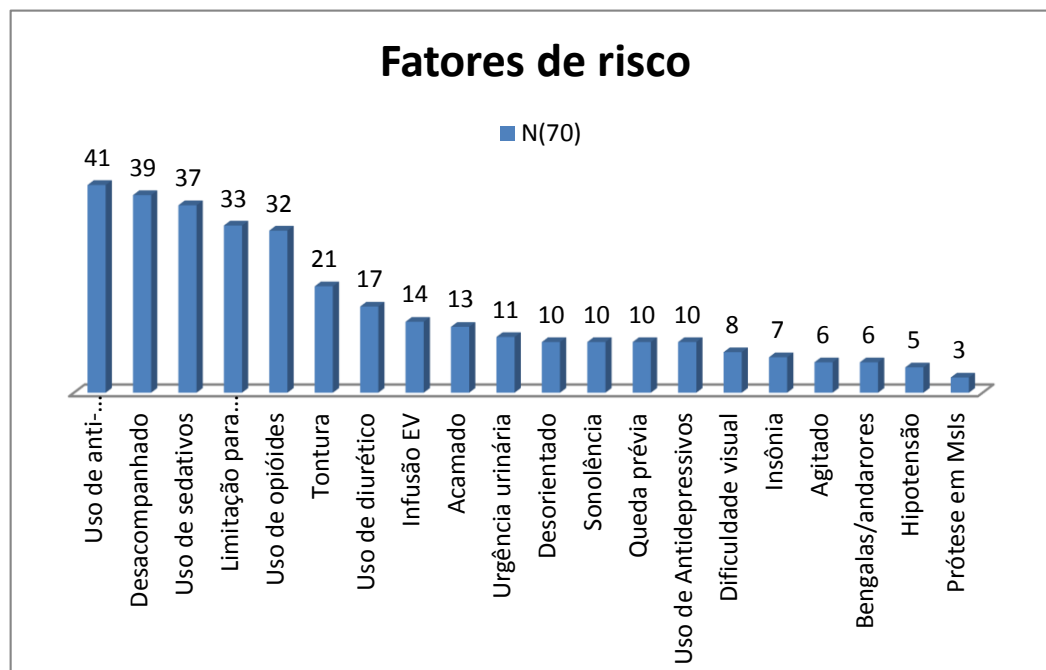
Tabela 3: Local, tipo, caracterização e causa da queda.

Variáveis	N (70)	(%)
Local da queda		
No quarto	43	61,4
No banheiro	23	32,9
No corredor	3	4,3
Outros	1	1,4
Tipo da queda		
Da própria altura	33	47,1
Da cama	16	22,9
Da cadeira	14	20,0
Da maca	2	1,4
Outros	5	7,1
Causa		
Por escorregão	19	27,1
Força diminuída	14	20,0
Tontura	13	18,6
Confusão	6	8,6
Tropeço	4	5,7
Desmaio	3	4,3
Não se aplica	1	1,4
Outros	10	14,2
Fatores Ambientais		

Sem interferência relacionada ao ambiente	35	50,0
Piso molhado no momento da queda	10	14,3
Falha de equipamentos	9	12,9
Ausência de grades	8	11,3
Pouca iluminação	5	7,1
Presença de obstáculos	3	4,3

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

Identificou-se os fatores de risco intrínsecos aos pacientes conforme elencados na ficha de notificação de quedas da instituição. Todavia, também se observou a necessidade de buscar nos prontuários outros três fatores de risco relacionados a uso de medicamentos específicos que não constavam da mesma, ou seja, uso de anti-hipertensivos, opióides e sedativos, muito frequentemente utilizados pelos pacientes analisados (Gráfico 3).



* Alguns pacientes apresentaram mais de um fator de risco no momento da queda

Gráfico 3: Fatores de risco intrínsecos presentes no momento da queda de pacientes cirúrgicos.

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

O grau da lesão decorrente da queda, classificado em cinco diferentes graus conforme consta na ficha de notificação da instituição, apresentou-se com maior prevalência no grau

zero, ou seja, ausência de lesão (55%). O Grau 1, abrasão, contusão, pequeno dano foi o segundo mais frequente, em 38,6% dos casos. O grau 4, óbito, não foi evidenciado nos eventos estudados (Tabela 4).

Tabela 4: Lesões resultantes da queda.

Variáveis	N(70)	(%)
Grau 0	40	57,1%
Grau 1	27	38,6%
Grau 2	2	2,9%
Grau 3	1	1,4%
Grau 4	0	0,0%

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

7 DISCUSSÃO

O estudo mostrou que os idosos foram a maioria dos pacientes que sofreram quedas nas unidades cirúrgicas analisadas. Este resultado é semelhante em outros estudos. Estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) revelou que a idade média dos pacientes que caíram foi de 61,11 anos (COSTA et al.,2011). Sabe-se que os idosos apresentam maior risco para queda, que é a principal causa de morbidade e incapacidade em idosos, sendo que um terço deles apresenta história prévia de queda o que aumenta significativamente o risco de um novo evento (AL-AAMA, 2011).

O sexo masculino foi o mais prevalente no presente estudo de maneira semelhante ao encontrado por outra investigação, porém sem relação com a ocorrência do evento (Costa, 2011; LEE et al.,2011). Entretanto, infere-se que o índice encontrado neste estudo (61,4%), pode ter como uma das causas a realidade cultural em que os pacientes estão inseridos. Possivelmente o fator cultural de os homens não solicitarem e/ou aceitarem ajuda para a realização de atividades diárias tenha relação com esta estatística (COSTA et al, 2011).

O tempo médio de internação dos pacientes que caíram foi de 25 dias, sendo considerado elevado quando comparado com a literatura que demonstra que o tempo médio de internação em unidades cirúrgicas é de um a 3,6 dias. O tempo de permanência em unidades cirúrgicas é influenciado por diversos fatores, como as decisões médicas relativas à investigação dos problemas de saúde, o número de comorbidades e as complicações pós-operatórias dos pacientes. Os pacientes cirúrgicos deste estudo são, majoritariamente, idosos e com média de comorbidades por pacientes elevada, o que pode elevar o período de internação, sem necessariamente estar relacionado ao procedimento cirúrgico (MAJEED et al., 2012). Por outro lado, a queda também pode ser um fator para o aumento do tempo de internação, em função da necessidade de observação para a avaliação de possíveis consequências do evento (COSTA et al, 2011).

O percentual de pacientes que apresentavam comorbidades foi muito elevado, 97,1%. Estudos mostram que um elevado número comorbidades pode resultar em um aumento do tempo de internação. Um estudo realizado no HCPA avaliou 174 pacientes, com média de idade de 68,5 anos. O tempo de internação média destes pacientes foi de 20 dias, com uma média de três comorbidades por pacientes, o que vem ao encontro dos dados encontrados (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

Dentre os registros dos pacientes analisados neste estudo foi identificada a elevada incidência de comorbidades, sendo as mais prevalentes a hipertensão arterial sistêmica (HAS),

neoplasias e diabetes mellitus (DM), além de outros problemas do sistema circulatório. É possível encontrar, na literatura, que tais doenças são mais prevalentes dentre os idosos, um estudo americano mostrou que dentre os pacientes que internaram em um hospital universitário há cinco comorbidades mais prevalentes: DM, insuficiência cardíaca, isquemia cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e neoplasias (DONZÉ et al, 2013).

Estudo brasileiro que analisou pacientes idosos constatou que tanto homens como mulheres apresentam grande incidência de HAS e DM, aproximadamente 50% e 18% respectivamente. Neoplasias apresentaram uma incidência de 3% nesta população (CAMPOLINA et al, 2013). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), com o envelhecimento da população brasileira as neoplasias se fazem mais presentes, de modo que a estimativa para o ano de 2014 é o surgimento de aproximadamente 550 mil casos de câncer no país, sendo o Rio Grande do Sul o 4º estado com maior incidência (BRASIL, 2014). Estes estudos reafirmam os dados desse trabalho, que evidencia a presença destas comorbidades na população estudada. As neoplasias podem estar mais presentes dentre os pacientes deste estudo devido ao fato do hospital utilizado como campo de estudo, ser referência regional para tratamento destas doenças.

A HAS se mostrou a comorbidade mais prevalente dentre os registros dos pacientes analisados. Os medicamentos anti-hipertensivos são muito utilizados por estes pacientes, constituindo mais um fator de risco para a queda. Estes medicamentos podem causar reações adversas como a hipotensão postural, tontura e fadiga, além de poderem desencadear perda de força e assim, resultar em quedas (TORRIANI et al, 2011; AL-AAMA, 2011).

O HCPA é um hospital geral que atende uma grande quantidade de pacientes e realiza procedimentos cirúrgicos em todas as áreas. Os tipos de cirurgias mais realizadas de acordo com os registros avaliados por este estudo foram cirurgias abdominais, urológicas e ortopédicas. O uso de drenos e sondas tem uma relação íntima com a realização de cirurgias, principalmente os drenos. Os drenos são estruturas tubulares que saem da região próxima ao sítio de inserção cirúrgico, podendo ser de dois tipos, aberto quando o tubo drena secreção para um curativo, quanto fechado, quando a drenagem é mantida em um dispositivo portátil até ser limpo (SMELTZER, et al., 2012).

Cirurgias urológicas comumente utilizam cateteres vesicais, principalmente a sonda vesical de demora (GRABE, 2011). Do total de cirurgias realizadas, 11 foram urológicas e sete pacientes utilizavam algum tipo de sonda ou dreno ureteral no momento da queda, sendo seis deles sondas vesicais de demora (SMELTZER, et al., 2012).

As cirurgias abdominais e as ortopédicas também fazem uso de drenos. Estudo realizado em um hospital brasileiro apontou que dentre 81 pacientes que realizaram cirurgias abdominais 42% utilizavam algum tipo de dreno no pós-operatório (WALCZEWSKI et al., 2012).

O uso de um cateter venoso central é mais presente dentre os pacientes com rede venosa precária ou necessidade de grande infusão de drogas. Por ser um cateter de inserção central ele necessita sempre de irrigação para evitar a formação de trombos. Sendo necessário um suporte para soros durante deslocamentos dentro da unidade de internação, este suporte é mais um utensílio que o paciente tem que utilizar em suas atividades diárias, principalmente durante os deslocamentos pela unidade.

A caracterização das quedas com relação ao local demonstrou que o quarto foi onde os pacientes mais caíram (61,4%). Por ser o local de maior tempo de permanência dentro da instituição este era o local mais previsível em que a queda poderia ocorrer. Um estudo que avaliou o evento queda em 2512 pacientes em um hospital público suíço mostrou que 75,7% das quedas ocorreram no quarto, na análise dos pacientes internados somente em unidades cirúrgicas o percentual foi de 78,6% (SCHWENDIMANN et al., 2008). Outro estudo realizado em um hospital escola de Taiwan revelou, após a análise de 725 eventos, 81,2% das quedas ocorreram dentro do quarto do paciente, com queda da cama (LEE et al, 2011).

O tipo de queda mais frequente apresentado nos registros analisados neste trabalho foram as quedas da própria altura, seguida por quedas da cama, sendo causadas, principalmente por escorregão e força diminuída. O estudo realizado por LEE et al (2011) mostrou que 29,4% das quedas ocorreram no momento em que o paciente estava caminhando e 22,5% quando saía da cama. O estudo de SCHWENDIMANN et al. (2008) também mostrou dados semelhantes, 42,5% dos pacientes caíram no momento em que caminhavam pela unidade e 20,2% sofreram queda da cama e/ou cadeira. Estes estudos comprovam os dados encontrados nesta pesquisa.

O escorregão foi uma das causas mais apontadas como fator causador da queda, o estudo de ABREU et. al. (2012) mostrou que de um total de 98 quedas, nove ocorreram por causa de escorregão e/ou piso escorregadio. Nos registros analisados no presente estudo, notou-se que dentre os fatores extrínsecos o piso molhado/escorregadio foi o mais apontado como causa externa ao paciente no momento da queda.

Os fatores ambientais não foram identificados como os causadores do evento em 50% dos casos. Todavia, o piso molhado e a falha em equipamentos, apesar de ocorrerem em menor percentual, foram identificados. Isto é importante, uma vez que são fatores altamente

previsíveis e passíveis de prevenção. Estudos mostram que, mesmo em um número menor de eventos, o piso molhado é um fator de risco presente, apresentando uma maior probabilidade de causar quedas em pacientes idosos, a maioria dos que sofrem a queda (LEE et al, 2011; ABREU et al, 2012; . Quanto aos fatores de risco intrínsecos aos pacientes, verificou-se que o uso de alguns medicamentos é muito importante. O uso de medicamentos se mostrou como o fator de risco mais prevalente, seguido por estar desacompanhado no momento do evento e limitação para deambulação.

O uso de medicamentos anti-hipertensivos se mostrou como o mais prevalente nos pacientes analisados, 58,6% utilizavam algum tipo de anti-hipertensivos. Um estudo que analisou 725 quedas revelou que dentre a população estuda, 64% utilizavam algum tipo de medicamento, destes 16,1% utilizava anti-hipertensivos (LEE et al., 2011). O uso deste tipo de fármaco como o mais presente na população estudada pode ser explicado pelo fato de a hipertensão arterial sistêmica ser a comorbidades mais prevalente nos pacientes estudados.

O uso de sedativos também se mostrou muito presente na população analisada, 52,9% utilizavam medicação com ação sedativa. O mesmo estudo de LEE et al. (2011) revelou que, dentre a população do hospital estudado 40,3% dos pacientes que sofreram quedas utilizavam algum medicamento com efeito sedativo.

A polifarmácia e o uso de medicamentos anti-hipertensivos são fatores de risco para queda evidenciados na literatura.. Estudo que avaliou a queda em um hospital suíço revelou que 25,4% dos pacientes que caíram utilizavam diversos medicamentos (AL-AAMA, 2011; SCHWENDIMANN et al., 2008).

Outro fator de risco importante é estar desacompanhado, principalmente para a população idosa. Verificou-se que 55,7% dos pacientes estudados se encontravam sozinhos no momento em que sofreram a queda. O estudo de LEE et al. (2011) apresentou resultados semelhantes, 48,8% dos pacientes estudados se encontravam desacompanhados no momento em que ocorreu o evento.

O estar desacompanhado é um fator de risco que se mostrou presente, o enfermeiro deve avaliar individualmente a necessidade de um acompanhante e solicitar, se entender como pertinente, a presença de um familiar. Principalmente os pacientes idosos necessitam de um acompanhamento maior, e as vezes a equipe de enfermagem não tem capacidade funcional e pessoal para suprir esta necessidade.

Outro fator de risco, o quarto mais prevalente na população estudada, foi limitação para deambular. Este fator de risco é referido com um dos mais presentes na população idosa, com relato na literatura de estar presente em 83,1% dos pacientes que sofreram quedas (AL-

AAMA, 2011; SCHWENDIMANN et al., 2008). O estudo de ABREU et al. (2012), mostrou que ao avaliar a queda em determinada instituição, em três anos diferentes, foi possível verificar que em torno de 50% do pacientes que vieram a cair apresentavam algum tipo de dependência em suas atividades, o que inclui a limitação para deambular. Estes estudos comprovam que a limitação para deambular está presente em grande parte dos pacientes, sendo um fator de risco que deve ser observado e analisado pelo enfermeiro, afim de minimizar os riscos da queda. A limitação para deambular compromete os deslocamentos, e ela é ainda maior quando há a presença de sondas ou drenos, frequentes nos pacientes cirúrgicos.

As lesões são as principais consequências da queda, entretanto a maioria destes eventos pode não ter como consequência o dano ao paciente. Dentre os eventos analisados no presente estudo, 57,1% dos pacientes não apresentaram dano decorrente da queda; 38,6% teve dano leve e necessitou de mínimos cuidados. De maneira semelhante, estudo realizado em um hospital suíço demonstrou que 64,8% das quedas não resultaram em danos e 30,1% resultaram em danos leves (SCHWENDIMANN et al, 2008). Estudo realizado no mesma instituição desta pesquisa mostrou que 43,4% das quedas não resultaram em danos ao paciente e 41,51% resultou em dano leve (COSTA et al, 2011). Todavia, a queda pode acarretar em um maior tempo de internação, maiores gastos e um descredito na assistência prestada pela equipe de enfermagem (COSTA et al, 2011).

As consequências mais graves da queda como fraturas e traumatismos, mesmo apresentando uma menor incidência, comprometem a atividade e independência do indivíduo, repercutindo no bem-estar físico e mental (CARNEIRO et al, 2011). Assim, cabe ao enfermeiro planejar ações com o objetivo de prevenir a queda e suas consequências. O enfermeiro possui diversas ferramentas para esta tarefa, como as escalas preditoras de risco e o uso de sistemas de classificação de enfermagem, em especial de diagnósticos de enfermagem (DE), que podem auxiliar aos profissionais na avaliação e prevenção do evento. O hospital utilizado como campo deste estudo utiliza o processo de enfermagem informatizado, estudos realizados neste local revelaram que o DE Risco de quedas ainda apresenta baixa prevalência tanto nas unidades clínicas como cirúrgicas. A reduzida utilização deste DE pode ter sido resultado da não identificação dos fatores de risco, principalmente no momento de admissão dos pacientes (LUZIA, 2012; COSTA et al, 2011; LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

O DE Risco de quedas elenca os principais fatores de risco que o paciente pode apresentar e que podem vir a ter influencia para uma possível queda. Diversos fatores

apontados na NANDA-I foram encontrados nos registros de pacientes analisados neste estudo (NANDA, 2013). O fato destes fatores já estarem descritos em uma ferramenta para a prática do enfermeiro demonstra que ele possui meios para subsidiar a sua intervenção, para que o evento adverso queda não venha a ocorrer.

Juntamente com o DE Risco de quedas é possível utilizar a Nursing Interventions Classification NIC, a classificação das intervenções de enfermagem. No domínio *segurança*, classe *controle de risco*, há a intervenção *Prevenção de quedas*. Nesta intervenção é possível observar diversos cuidados que podem ser prescritos pelo enfermeiro e utilizados para prevenir a queda (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014). Alguns cuidados podem ser ressaltados como de maior relevância mediante os fatores de risco encontrados neste estudo: identificar comportamentos e fatores que afetam o risco de queda; monitorar o modo de andar, o equilíbrio e o nível de fadiga durante a deambulação; colocar avisos para lembrar o paciente de solicitar auxílio para sair da cama; monitorar a capacidade de transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa.

Na literatura é possível encontrar estudos que desenvolveram escalas para avaliar as características específicas relacionadas ao risco de queda, sendo a Escala de Morse uma delas (URBANETTO et al, 2013; MORSE; MORSE; TYLKO, 1989). A escala de Morse foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira (URBANETTO et al, 2013). O hospital campo deste estudo instituiu a escala de Morse como instrumento para avaliar o risco de queda a partir do 4º trimestre do ano de 2012.

Por meio desta escala podemos observar diversos fatores de risco, muitos deles presentes nos pacientes deste estudo. A escala de Morse é dividida em seis itens, que contempla a avaliação de fatores de risco do paciente à queda: história prévia de queda, diagnóstico secundário, ajuda para deambular, acesso venoso, marcha/transferência e estado mental. Os itens denominados ajuda para deambular e marcha apresentam subitens, o uso de equipamento e apoiar-se no mobiliário para deambulação e marcha/transferência fraca e prejudicada (URBANETTO et al, 2013). O diagnóstico secundário esteve presente na maioria dos registros analisados; a dificuldade de locomoção foi um dos principais fatores encontrados; os problemas de marcha e/ou transferência e as alterações neurológicas por uso de medicamentos também se mostraram muito presentes dentre os pacientes analisados. Disto se depreende que o uso de escalas predictoras de risco auxiliam o enfermeiro na avaliação do paciente, dos que apresentam risco para quedas.

8 CONCLUSÃO

A análise do evento adverso queda em unidades cirúrgicas mostrou que os pacientes que apresentam maior propensão a cair são os idosos, do sexo masculino e com múltiplas comorbidades, sendo as mais prevalentes a hipertensão arterial sistêmica, neoplasias e diabetes mellitus.

Os tipos de cirurgias mais realizadas foram as abdominais, seguidas por urológicas e ortopédicas, o uso de sondas e drenos foi visto em um terço da população estudada, o que pode ter influenciado no evento deste grupo específico. O local em que ocorreram mais incidentes foi o quarto, por ser o local onde o paciente mais permanece durante a internação, seguido pelo banheiro e o ambiente não apresentou relação com a maioria dos eventos. Aproximadamente, metade dos eventos ocorreram da própria altura do paciente, evidenciando que os deslocamentos dentro da unidade e transferência de cama para cadeira representam momentos propícios para a queda.

Os fatores de risco mais encontrados foram o uso de medicamentos como os anti-hipertensivos, os sedativos e opióides, o fato de estar desacompanhado no momento da queda e a limitação para deambular. Disso, depreende-se que o enfermeiro deve estar atento aos efeitos dos medicamentos utilizados pelos seus pacientes, pois se comprovou que o uso destes pode aumentar a ocorrência do evento. Também é necessário implementar intervenções que favoreçam o acompanhamento dos pacientes, principalmente dos que possuem dificuldades na deambulação.

O dano provocado pela queda não se mostrou presente na maioria dos eventos estudados, porém ele ainda ocorre, sendo necessárias medidas para evitar as quedas e, conseqüentemente, os danos resultantes das mesmas.

Diante das evidências descritas na literatura e corroboradas neste estudo, a queda é um evento de origem multicausal, sendo indispensável à avaliação do enfermeiro no momento da admissão do paciente com o uso de instrumentos preditores do risco para a queda. Pensa-se que o uso das classificações de enfermagem, em especial a de diagnósticos de enfermagem, também pode ser uma alternativa importante para avaliar a condição do paciente e subsidiar a intervenção de modo a evitar a queda e suas conseqüências. O uso da mesma pode embasar um plano de cuidado específico para cada paciente, atentando para os fatores de risco e assim, instituir medidas preventivas, que podem impactar na diminuição do tempo de internação, nos custos hospitalares, além de favorecer o paciente a retornar à convivência com seus familiares sem quaisquer problemas resultantes de quedas.

O enfermeiro tem papel central na prevenção deste evento, pois é ele o profissional que se encontra próximo ao paciente, sendo sua responsabilidade a realização de um diagnóstico preciso quanto ao risco potencial para quedas, com prescrição de cuidados preventivos, com barreiras que diminuam os riscos relacionados à ocorrência de quedas, garantindo uma internação segura.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 20, p.597-603, 2012.

AL-AAMA, T. Falls in the elderly: spectrum and prevention. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v.57, n.7, p. 771-6, 2011. Disponível em: <<http://www.cfp.ca/content/57/7/771.full.pdf+html>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

ALMEIDA, M.A et.al. **Processo de Enfermagem na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 319 p.

ARANDA-GALLARDO, M et. al. Instruments for Assessing the Risk of Falls in Acute Hospitalized Patients: a systematic review protocol. **Journal of Advanced Nursing**. p. 185-193. 2012.

BOSMA, E. et. al. Variable impact of complications in general surgery: a prospective cohort study. **Canadian Medical Association**, v. 55, n. 3, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, M.J. **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 5. ed. St.Louis: Mosby-Year Book, 2010.

CARNEIRO, F.S. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.204-11, 2011.

CARTHON, J.M.B. et. al. Variations in Postoperative Complications According to Race, Ethnicity, and Sex in Older Adults. **The American Geriatrics Society**, v. 61, p.1499–1507, 2013.

COSTA, S.G.R.F. et. al. Caracterização das Quedas do Leito Sofridas por Pacientes Internados em um Hospital Universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 676-681, 2011.

DONZÉ, J. et.al. Causes and patterns of readmissions in patients with common comorbidities: retrospective cohort study. **BMJ**. v. 347, 2013. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f7171>> acessado em 05/06/2014.

GRABE, M. et.al. Preoperative assessment of the patient and risk factor for infectious complications and tentative classification of surgical field contamination of urological procedures. **World J. Urol**. v.30, p.39-50, 2012.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Epu, 1979. 99 p.

INOUYE, S.K. et al. Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 5, p. 780–791, 2007.

LEE, T.T. et.al. Application of data mining to the identification of critical factors in patient falls using web-based reporting system. **Internacional Journal of Medical Informatics**. v.80, p.141-150, 2011.

LIRA, A.C.C. et al. Caracterização de Quedas em Idosos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p.176-183, 2011.

LUZIA, M.F. **Análise do Diagnóstico de Enfermagem Risco de Quedas em Pacientes Adultos Hospitalizados**. 2012. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LUZIA, M.F; VICTOR, M.A.G; LUCENA, A.F. Diagnóstico de Enfermagem Risco de Quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.262-268, 2014.

MAJEED, M.U et.al. Delay in discharge and its impact on unnecessary hospital bed occupancy. **BMC Health Services Research**. v. 12, p.410-416, 2012.

MOORHEAD, S; JOHNSON, M; MAAS, M.L.; SWANSON, E. **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 4. ed. St.Louis: Mosby-Year Book, 2010.

MORSE, J.M; MORSE, R.M; TYLKO, S.J. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. **Canadian Journal on Aging**. v. 8, n. 4, p.366-377, 1989.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 – 2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 606.

National Center for Health Statistics (NCHS) (2006). Health, United States, 2006. Available at: www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus06.pdf acesso em: 6 nov. 2013.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 2, n. 44, p.287-94, 2010.

PEREIRA, S.R.M. et al. Quedas em idosos: projetos diretrizes. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002. p. 1-9 Disponível em: <<http://www.laggeba.ufba.br/quedas.pdf>> Acesso em 6 out. 2013.
POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

SCHWENDIMANN, R. et.al. Characteristics of hospital inpatient falls across clinical departments. **Gerontology**. v. 6, n. 54, p.342-8, 2008.

SMELTZER, S.C et al. **Tratado de Enfermagem medico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 2238 p.

TENNANT, I. et.al. Complicações Pós-operatórias Menores Relacionadas à Anestesia em Pacientes de Cirurgias Eletivas Ginecológicas e Ortopédicas em um Hospital Universitário de Kingston, Jamaica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p.188-198, Março-Abril, 2012.

TZENG, H.M, YIN, C.Y. Heights of occupied patient beds: a possible risk factor for inpatient falls. **Journal of Clinical Nursing**. v. 11, n. 17, p. 1503-9, 2008.


TORRIANI, M.S et al. **Medicamentos de A a Z: enfermagem**. 1º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 936 p.

URBANETTO, J.S et. al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-75, 2013.

WALCZEWKI et.al. Avaliação dos resultados de intervenções após mudanças realizadas nos cuidados peri-operatórios em pacientes submetidos a operações abdominais eletivas. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p.119-125, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/index.html acesso em: 6 out.2013.

ANEXO A – Ficha de Notificação de Evento Adverso – Queda HCPA

		NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO - QUEDAS	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente:		Prontuário:	
Leito:			
Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
CARACTERIZAÇÃO DO INCIDENTE			
Nos itens a seguir marque um X nas situações que se aplicam ao paciente. Se outros, descreva			
DATA DA QUEDA:		HORA DA QUEDA:	
1) LOCAL DA QUEDA <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Escadas <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Corredor <input type="checkbox"/> Recreação <input type="checkbox"/> Banheiro <input type="checkbox"/> Área de circulação			
2) TIPO DE QUEDA <input type="checkbox"/> Da Cama / Berço / Incubadora <input type="checkbox"/> Da Cadeira / Poltrona <input type="checkbox"/> Do Colo (Crianças) <input type="checkbox"/> Da Maca <input type="checkbox"/> Da Própria Altura <input type="checkbox"/> Outros _____			
3) FATORES DESENCADEANTES / PACIENTE <input type="checkbox"/> Escorregão <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Tropeço <input type="checkbox"/> Força diminuída nos membros <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Não se aplica			
4) FATORES DESENCADEANTES / AMBIENTE <input type="checkbox"/> Piso molhado <input type="checkbox"/> Ausência de grades no leito <input type="checkbox"/> Uso impróprio ou falha de equipamentos (maca, cadeira, transfer, elevador) <input type="checkbox"/> Piso recém-encerado <input type="checkbox"/> Obstáculos ou excesso de mobiliário <input type="checkbox"/> Quarto pouco iluminado <input type="checkbox"/> Não se aplica Descreva: _____ _____ _____			
CONDIÇÕES DO PACIENTE ANTES DA QUEDA			
Nos itens a seguir marque um X em cada uma das situações, considerando S = sim e N = não			
Desorientado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Queda Prévia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Inconsciente	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Pós-Operatório (Até 24h Após)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Sonolento	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Limitação para deambular	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Agitado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Uso de Bengalas / Andadores	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Tontura	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Uso de Prótese de Membro Inf.	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Insônia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Urgência Urinária / Intestinal	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Acamado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Uso de Anticoagulante	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		Infusão parenteral no momento da queda	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		Uso de Sedativos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		Contensão mecânica	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		Hipotensão	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		Dificuldade visual	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		Desacompanhado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
SEVERIDADE DO DANO			
<input type="checkbox"/> GRAU 0 - Sem Dano <input type="checkbox"/> GRAU 1 - Contusão, Abrasão, pequeno dano na pele ou laceração, envolvendo pouco ou nenhum cuidado <input type="checkbox"/> GRAU 2 - Distensão, laceração grande ou profunda, lesão de pele ou contusão que necessitem intervenção <input type="checkbox"/> GRAU 3 - Fratura, perda de consciência, mudança no estado físico ou mental, requerendo intervenção maior <input type="checkbox"/> GRAU 4 - Óbito			
Registro da Queda no Sistema de Notificações Eletrônico		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Registro na Evolução do Paciente		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Equipe Médica foi comunicada sobre o evento		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Notificado por: _____		COREN: _____	

APÊNDICA A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Iniciais:	Registro:
Procedimento cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Não
Presença de sondas e drenos	<input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Não
Tempo de internação (dias)	
Presença de morbidades	<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Não
Medicações em uso	
Antihipertensivos	<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Não
Diuréticos	<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Não
Antidepressivos tricíclicos	<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Não
Hipnóticos	<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Não
Sedativos	<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Não
Narcóticos /opiáceos	<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Não
Ansiolíticos	<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Não
Complicações secundárias as quedas	<input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> Não

ANEXO B – Comissão de Ética em Pesquisa do HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100496

Versão do Projeto: 09/11/2010


Pesquisadores:

AMÁLIA FÁTIMA LUCENA
MELISSA PRADE HEMESATH
LYLIAM MIDORI SUZUKI
VERA LUCIA MENDES DIAS
MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

Título: IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS E DE MEDIDAS DE ACOMPANHAMENTO DESTE EVENTO EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 17 de dezembro de 2010.


Prof. Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO C – TERMO DE APROVAÇÃO DA COMPESQ/EENF

Projeto: 26170

TÍTULO: ANÁLISE DAS QUEDAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES CIRÚRGICAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Autores: Prof^a: Dra. Amália de Fátima Lucena

Acadêmico: Marco Antonio de Goes Victor

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Amália de Fátima Lucena

Instituição de origem: Escola de Enfermagem da UFRGS

Local de realização: Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS.

Data de apresentação à COMPESQ/EENF: 09/12/2013

Descrição do projeto: Trata-se de um Projeto de TCC/Graduação/Enfermagem cujo tema é as quedas como eventos adversos em pacientes internados em unidades cirúrgicas.

1. ASPECTOS CIENTÍFICOS

Título – Adequado, mas completar o título na folha de rosto.

Introdução – Adequada

Revisão da Literatura: adequada - ótima

Objetivos – Sugiro transformar os objetivos "a" e "b" específicos em um só.

Método – Adequado

Delineamento - Estudo quantitativo, retrospectivo, de abordagem transversal

População - Tamanho da amostra – Definida de forma adequada

Crterios de inclusão e exclusão – Adequados

Avaliação – Adequada

Instrumentos de coleta de dados – Adequado

Cronograma – Adequado

Orçamento - Segue modelo da instituição onde será realizada a coleta. Adequado.

Referências - Atualizadas - adequadas

2. ASPECTOS REGULATÓRIOS

Normas –

3. ASPECTOS ÉTICOS

Observados –

Seleção dos participantes –

Segue banco de dados já aprovado em Comitê de Ética da instituição onde será feita a coleta.

Relação risco-benefício – Não se aplica

Privacidade e confidencialidade – Não se aplica

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Os pesquisadores responsáveis assinarão o termo para uso de dados - Adequado

4. COMENTÁRIOS GERAIS

O projeto é bastante relevante, Aprovado com atenção as observações.