

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BÁRBARA CRISTINA DIAS GIAQUINTO

**ANÁLISE DAS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS EM PACIENTES ADMITIDOS EM
UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS**

**BELO HORIZONTE
2021**

BÁRBARA CRISTINA DIAS GIAQUINTO

**ANÁLISE DAS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS EM PACIENTES ADMITIDOS EM
UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Allana dos Reis Corrêa

**BELO HORIZONTE
2021**

Giaquinto, Barbara Cristina Dias.

G434a Análise das ocorrências de quedas em pacientes admitidos em unidades de cuidados críticos [manuscrito]. / Barbara Cristina Dias Giaquinto. - - Belo Horizonte: 2021.
115f.: il.

Orientador (a): Allana dos Reis Corrêa.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Fatores de Risco. 2. Acidentes por Quedas. 3. Unidades de Terapia Intensiva. 4. Centros Cirúrgicos. 5. Serviço Hospitalar de Emergência. 6. Segurança do paciente. 7. Dissertação Acadêmica. I. Corrêa, Allana dos Reis. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 288

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 661 (SEISCENTOS E SESENTA E UM) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BÁRBARA CRISTINA DIAS GIAQUINTO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 13 (treze) dias do mês de abril de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ANÁLISE DAS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS", da aluna **Bárbara Cristina Dias Giaquinto**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Allana dos Reis Corrêa (orientadora), Janete de Souza Urbanetto e Adriana Cristina de Oliveira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

"ANÁLISE DAS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS EM PACIENTES ADMITIDOS EM UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares, funcionária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 13 de abril de 2021.

Profª. Drª Allana dos Reis Corrêa _____

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03.05.2021

1 of 3

09/06/2021 11:15

Orientadora (EEUFMG)

Profª. Drª. Janete de Souza Urbanetto
(PUCRS) _____

Profª. Drª. Adriana Cristina de Oliveira
(Esc.Enf/UFMG) _____

Lucilene Batista Soares
Funcionária do Colegiado de Pós-Graduação _____

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **BÁRBARA CRISTINA DIAS GIAQUINTO**.

As modificações foram as seguintes:

- Alteração do título conforme recomendado pela banca;
- Adequar as referências e publicações sobre a *Morse Fall Scale*;
- Acrescentar definição precisa das variáveis 'histórico de quedas', 'grau de funcionalidade', 'óbito por queda' e 'óbito por outras complicações';

NOMES

ASSINATURAS

Profª. Drª Allana dos Reis Corrêa _____

Profª. Drª. Janete de Souza Urbanetto _____

Profª. Drª. Adriana Cristina de Oliveira _____

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03.05.2021

of 3

09/06/2021 11:15



Documento assinado eletronicamente por **Allana dos Reis Correa, Professora do Magistério Superior**, em 21/04/2021, às 09:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza, Professora do Magistério Superior**, em 22/04/2021, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Janete de Souza Urbanetto, Usuário Externo**, em 08/06/2021, às 22:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andrela Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 09/06/2021, às 11:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_documento_acesso_externo=0, informando o código verificador **0685666** e o código CRC **AC8DD6E5**.

Referência: Processo nº 23072.215084/2020-98

SEI nº 0685666

HOMOLOGADO em reunião da CPG
Em 09/06/2021

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora Aparecida,
que sempre me iluminaram, me deram forças e intercederam por mim.

À minha orientadora, prof^a. Dr^a. Allana dos Reis Corrêa,
pela confiança, dedicação, carinho, disponibilidade, parceria e, acima de tudo, por
ter apoiado e acreditado no meu tema de estudo desde o início.

À minha querida filha Maíra,
meu bem mais precioso e a razão de tudo em minha vida.

Ao meu esposo Gabriel,
pelo apoio, carinho e compreensão quanto às ausências e momentos intensos.

Aos meus pais Ana e Jorge,
pelos ensinamentos e por estarem constantemente em minha vida, ajudando no
cuidar da pequena e por sempre acreditarem em mim.

Ao meu irmão Enzo, minha cunhada Nathalia e sobrinha Aurora,
pela presença, carinho e apoio.

A minha sogra Maria Lúcia,
por ser presente e me ajudar sempre que preciso.

Às minhas amigas irmãs, Amanda Renata Fonseca Teixeira de Araújo, Dr^a. Daniela
Aparecida Moraes, Ms. Ana Cláudia Brito Costa Fernandes, Ms. Andresa Lopes
Cordeiro Seabra e 'mãezinha' Ms. Aneilde Maria Ribeiro de Brito, pelo incentivo,
credibilidade, estímulo e força. Sem vocês eu não conseguiria chegar até aqui.

Às minhas amadas e também companheiras de mestrado, Cinthia Neves Fonseca e
Cintia Maria Guedes de Moraes, pelos estudos, aprendizado, zelo uma com a outra
e, principalmente, pela sólida e verdadeira amizade construída.

Às minhas queridas amigas do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Camila
Alvarenga de Resende e Priscila Aparecida de Deus Braga, pelo companheirismo
nos plantões noturnos, cuidado e palavras nos momentos de angústia, cansaço e
busca.

As professoras Dr^a. Janete de Souza Urbanetto e Dr^a. Adriana Cristina de Oliveira,
por compor a banca deste trabalho, pela disponibilidade e importantes contribuições.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFMG, em especial, prof^a. Dr^a Bruna
Manzo, prof^a. Dr^a Bárbara Maximino Rezende e os da linha de pesquisa Cuidar em
Saúde e Enfermagem, pelos ensinamentos e momentos de inquietude durante as
diversas aulas.

Aos meus queridos alunos do curso da graduação em Enfermagem da Unifenas/BH,
por torcerem e acreditarem no meu trabalho.

Aos demais colegas do mestrado, em especial Laura Rodrigues Vieira, Rosilaine Aparecida da Silva Madureira e Laís Machado Freire, por cada abraço, cada palavra e incentivo durante este caminhar.

As minhas companheiras de plantão noturno do HRTN, Driely, Erika, Geyzimara, Gabriela, Kellem, Mariana, Isabela Generoso, Nilza e Jaqueline, pela força, conversas e espírito de equipe para o cuidar do paciente crítico.

Aos colegas do HRTN Edmar, Lidiane, Camila do Valle, Jaqueline Simões, Valéria Santiago e Gladiston, pela torcida.

Às amigas de coração Daniela Zica, Rosilene Veloso, Clara Fidelis e Ana Paula de Faria, que mesmo de longe torceram por mim.

Aos meus queridos primos Ricardo, Marcelo, Plínio, Rafael, Giovanna, Kiko e Rubinho, obrigado pela credibilidade.

Às minhas primas amadas Waléssia, Mônica, Maria Helena e Luzete, pelas orações e por sempre me valorizarem em suas vidas.

Ao meus cunhados Clarissa e Daniel e sogro Maurity, obrigada pela torcida.

Às colaboradoras dos Núcleos de Segurança do Paciente, Alcione, Sabrina, Márcia, Sara, Cristina, Lorena, Juliana e Alessandra, pela compreensão e valorização quanto o desenvolver deste estudo.

Às colegas Camila Costa, Cristiana Oliveira, Daniela Guimarães, Thaís Moreira, Thaís Regina e Grazyelle Souza, pelo auxílio e, principalmente, torcida.

Ao Gesner Francisco Xavier Junior e Crizian Saar Gomes, pelas contribuições nas buscas bibliográficas e estatísticas, respectivamente.

Às instituições hospitalares,
por oportunizarem a realização deste.

Aos pacientes críticos,
propulsores de minhas inquietudes e motivação para a busca de conhecimento para prevenção de quedas.

RESUMO

GIAQUINTO, B. C. D. **Análise das ocorrências de quedas em pacientes admitidos em unidades de cuidados críticos**. 2021. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

A queda é um dos eventos adversos mais frequentes na atenção terciária e sua ocorrência ocasiona danos às vezes irreversíveis ao paciente e ônus para seus familiares, instituições e profissionais de saúde. Para pacientes inseridos em unidades de cuidados críticos como centro cirúrgico, pronto socorro e unidade de terapia intensiva, dados sobre o evento queda, condutas após a mesma, complicações e desfechos intra-hospitalares ainda não estão consolidados para uma prática clínica diretiva e segura. Este estudo teve por objetivo analisar as ocorrências de quedas em pacientes adultos admitidos em unidades de cuidados críticos. Trata-se de estudo quantitativo, descritivo realizado em cinco hospitais gerais e de grande porte do município de Belo Horizonte. A coleta ocorreu por meio de consulta a 117 prontuários de pacientes adultos que sofreram quedas em unidades de cuidados críticos e cujo evento foi notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente das instituições de abril de 2013 a dezembro de 2019. Foram investigados os dados sociodemográficos e clínicos, os relacionados ao evento queda, as complicações e os desfechos intra-hospitalares. As variáveis foram descritas por meio de frequência, porcentagens e medidas de tendência central. Predominou o sexo masculino (59,83%), que vive sem companheiro (35,04%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (54,70%). As causas externas (25,64%), a hipertensão arterial sistêmica (47,00%) e o etilismo (23,08%) foram as características clínicas mais frequentes. As quedas foram mais frequentes no período da madrugada (27,35%), no Pronto Socorro (76,07%) e na maioria dos pacientes que estavam acomodados em maca (36,75%) ou na cama/leito (29,91%). Quanto ao grau de dano no momento da queda, predominou a categoria 'nenhum dano' (43,59%). Quase a metade dos pacientes (47,86%) não foi avaliada quanto a predição de quedas na admissão e 47,01% foi submetida à essa avaliação no dia do evento. A *Morse Fall Scale* foi aplicada em 26,50% destes pacientes. Quanto aos fatores de risco, 47,86% apresentavam agitação psicomotora/confusão mental e 16,24% alterações cognitivas, 18,80% estavam sob contenção química e 11,11% com contenção física dos membros superiores. Após a queda, o exame de imagem mais indicado foi a tomografia de crânio (19,06%). As complicações mais frequentes advindas da queda foram ferimentos corto-contusos (13,68%), escoriações (10,26%) e trauma cranioencefálico leve (9,40%). Mais da metade recebeu alta (52,14%) e 4,27% evoluíram a óbito por consequência da queda. Concluiu-se que as quedas ocorrem em pacientes admitidos em unidades de cuidados críticos e foram mais frequentes em pronto socorro e em pessoas idosas. O uso de escalas de predição é pouco frequente na admissão dos pacientes. Observou-se a necessidade de propedêutica adicional após a queda e o desfecho relacionado à queda é, por vezes, irreversível. É notória a necessidade de repensar a prática e buscar melhores estratégias quanto a prevenção de quedas visando uma assistência mais qualificada e segura para pacientes criticamente enfermos.

Descritores: Fatores de risco; Acidentes por quedas; Unidades de terapia intensiva; Centros cirúrgicos; Serviço hospitalar emergência; Segurança do paciente.

ABSTRACT

GIAQUINTO, B. C. D. Analysis of the occurrence of falls in patients admitted to critical care units. 2021. 114 f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Falls are one of the most frequent adverse events in tertiary care and their occurrence causes sometimes irreversible damage to patients and burdens to their families, institutions and health professionals. For patients admitted to critical care units such as the operating room, emergency room and intensive care unit, data on falls, post-fall management, complications and in-hospital outcomes are not yet consolidated for a directive and safe clinical practice. This study aimed to analyze the occurrence of falls in adult patients admitted to critical care units. This is a quantitative and descriptive study carried out in five general and large hospitals in Belo Horizonte. The collection occurred through consultation of 117 medical records of adult patients who suffered falls in critical care units and whose event was reported to the Center for Patient Safety of the institutions from April 2013 to December 2019. Sociodemographic and clinical data, data related to the fall event, complications and in-hospital outcomes were investigated. The variables were described by means of frequency, percentages and measures of central tendency. There was a predominance of males (59.83%), living without a partner (35.04%) and in the age group of 60 years or older (54.70%). External causes (25.64%), hypertension (47.00%) and alcoholism (23.08%) were the most frequent clinical characteristics. Falls were more frequent in the early morning period (27.35%), in the Emergency Room (76.07%) and most patients were accommodated on a stretcher (36.75%) or in bed/bed (29.91%). As for the degree of injury at the time of the fall, the 'no injury' category predominated (43.59%). Almost half of the patients (47.86%) were not assessed for fall prediction on admission and 47.01% underwent assessment on the day of the event. The Morse Fall Scale was applied in 26.50% of these patients. As for risk factors, 47.86% had psychomotor agitation/acute confusions and 16.24% cognitive alterations, 18.80% were under chemical restraint and 11.11% with physical restraint of the upper limbs. After the fall, the most indicated imaging exam was the skull tomography (19.06%). The most frequent complications from a fall were blunt force injuries (13.68%), abrasions (10.26%), and mild traumatic brain injury (9.40%). More than half were discharged (52.14%) and 4.27% died as a result of the fall. Falls were more frequent in emergency rooms and in elderly people. The use of prediction scales is not frequent in the admission of patients. It was observed the need for additional propedeutics after a fall and the fall-related outcome is sometimes irreversible. It is notorious the need to rethink the practice and seek better strategies for fall prevention aiming at a more qualified and safer care for critically ill patients.

Keywords: Risk factors; Accidents by falling; Intensive care units; Surgical centers; Emergency hospital services; Patient Safety.

LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxograma da amostra do estudo.....	35
Quadro 1 – Variáveis e unidades/categorias do estudo	36
Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas de pacientes que sofreram queda em unidades de cuidados críticos, 2013-2019	41
Tabela 2 - Distribuição das características clínicas de pacientes que sofreram quedas em unidades de cuidados críticos, 2013-2019	43
Tabela 3 – Distribuição do período, unidade e tipo de queda de pacientes que sofreram quedas em unidades de cuidados críticos, 2013-2019	44
Tabela 4 – Distribuição do período, unidade e tipo de queda de pacientes que sofreram quedas em unidades de cuidados críticos, 2013-2019	45
Tabela 5 – Fatores de risco intrínsecos de pacientes que caíram em unidades de cuidados críticos, 2013-2019.....	45
Tabela 6 – Dispositivos e monitorização utilizados por pacientes em unidade de cuidados críticos durante a ocorrência da queda, 2013-2019	46
Tabela 7 – Avaliação da predição do risco de quedas e escalas utilizadas na admissão e no dia do evento, 2013-2019	47
Gráfico 1 – Classes de medicamentos administrados no dia e nas 24 horas anteriores à queda de pacientes internados em unidades de cuidados críticos	48
Tabela 8 – Condutas realizadas por profissionais de saúde nos pacientes após a queda nas unidades de cuidados críticos, 2013-2019	48
Tabela 9 – Complicações e desfechos de pacientes que caíram em unidades de cuidados críticos, 2013-2019.....	49
Tabela 10 – Tabela 10. Distribuição do período e tipo de queda segundo unidade de cuidados críticos, 2013-2019.....	50
Tabela 11 – Distribuição do grau do dano relacionado à queda de pacientes internados por unidade de cuidados críticos, 2013-2019	50
Tabela 12 – Distribuição da avaliação do risco de queda na admissão e no dia do evento segundo unidade de cuidado crítico, 2013-2019	51
Tabela 13 – Distribuição das complicações e desfechos de pacientes que sofreram quedas segundo unidades de cuidados críticos, 2013-2019.....	51

LISTA DA ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVP – Acesso Venoso Periférico
CC – Centro Cirúrgico
CVC – Cateter Venoso Central
EA – Eventos Adversos
EUA – Estados Unidos da América
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
MFS – *Morse Fall Scale*
MS – Ministério da Saúde
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
OMS – Organização Mundial de Saúde
PS – Pronto Socorro
SNE – Sonda Nasoentérica
SOE – Sonda Oroentérica
SP – Segurança do Paciente
SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. Objetivos	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3. REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Segurança do Paciente e Qualidade da assistência em saúde	18
3.2 Queda: conceitos, categorias e consequências	21
3.3 Predição de queda	26
3.4. Fatores de risco de queda	29
3.4.1 – Fatores de risco de queda em unidades de cuidados críticos	29
4. METODO	33
4.1 Delineamento do estudo	33
4.2 Local do estudo	33
4.3 População do estudo	34
4.4 Variáveis	36
4.5 Instrumento de coleta de dados	39
4.6 Coleta de dados	39
4.7 Análise dos dados	40
4.8 Aspectos éticos legais	41
5. RESULTADOS	42
5.1 Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes	42
5.2 Dados do evento queda	44
5.3 Complicações e desfechos das quedas	49
5.4 Dados do evento queda, complicações e desfecho segundo unidade de cuidado crítico aberta (PS) ou fechada (UTI/CC)	49
6. DISCUSSAO	52
6.1 Características sociodemográficas e clínicas	52
6.2 Dados do evento queda	54
6.3 Complicações e desfechos das quedas	61
6.4 Limitações do estudo	62
6.5 Potencialidades e Contribuições do estudo	62
7. CONCLUSÃO	64

REFERENCIAS.....	65
APENDICE A – Instrumento de coleta de dados	83
APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	87
ANEXO A – <i>Morse Fall Scale</i>.....	90
ANEXO B – <i>St. Thomas Risk Assesment Tool in the Falling Elderly</i>	91
ANEXO C – <i>Medication Fall Risk Score</i>.....	92
ANEXO D – Parecer da Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG	93
ANEXO E – Parecer consubstanciado do COEP/UFMG.....	95
ANEXO F - Parecer do Comitê de Ética das instituições coparticipantes.....	99

1 INTRODUÇÃO

As primeiras iniciativas relacionadas à Segurança do Paciente (SP) iniciaram com o pai da medicina ocidental, Hipócrates (460-377 a.C), com o princípio “*Primum Non Nocere*”, ou seja, “primeiro não causar dano” (ZAMBON, 2009). A precursora da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale (1820-1910), formulou uma reflexão onde pondera que talvez soasse estranho declarar que a primeira obrigação de um hospital seria não causar danos ao paciente (CARRERA; AGUIAR, 2014).

Ao longo dos anos, a discussão sobre SP vem adquirindo relevância em todo o mundo pela importância que representa para o sistema de saúde, pacientes, familiares, profissionais e sociedade em geral. Envolve um conjunto de ações e medidas que visam prevenir e reduzir os eventos adversos (EA) decorrentes da assistência em saúde (DUARTE et al., 2015).

Os EA, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009), são incidentes que resultam em dano ao paciente durante intervenções assistenciais. Oliveira, Garcia e Nogueira (2016) completam que EA são resultados de erros não intencionais que causam lesões não oriundas da progressão da doença em curso.

Como estratégia para prevenir e reduzir os EA, o Ministério da Saúde (MS), em primeiro de abril de 2013, instituiu, por meio da Portaria nº 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado ao paciente em toda a rede de saúde do Brasil (BRASIL, 2013a). O PNSP inclui a adoção de seis metas internacionais de SP, elencadas pela OMS, para orientar boas práticas para uma assistência segura, sendo elas: identificação correta do paciente; comunicação efetiva; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos de alta vigilância; redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde; prevenção de úlcera por pressão e de quedas (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014).

Especificamente a ocorrência de quedas tem sido apontada como um grande problema de segurança e qualidade da assistência em saúde, por se tratar de uma ocorrência evitável (MARINHO et al., 2017; ALVES et al., 2018).

Define-se queda como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, ou seja, quando a pessoa encontra-se no chão ou necessitou de amparo durante um deslocamento, mesmo que ainda não esteja no solo” (BRASIL, 2013b, p. 3).

No Japão, aproximadamente 2 a 12% dos pacientes idosos caem durante a internação em hospitais, com incidência de 1,4 quedas por paciente/ano (CHIU et al., 2014). Na Inglaterra, em 2012, foram constatadas 250.000 quedas em instituições hospitalares, resultando uma média de incidência de 6-8/1000 dias no tempo de internação (RICHARDSON; CARTER, 2015). Segundo a *Agency for Healthcare Research in Quality* (2020), 700.000 a 1.000.000 de pessoas caem em hospitais americanos a cada ano.

Dados da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) mostraram a queda como o quarto tipo de incidente mais notificado por hospitais (34.408 – 11,0%) no período 2014 a abril de 2019. Do total de óbitos advindos de incidentes, 86 (5,2%) foram relativos a quedas (BRASIL, 2019a).

Lorenzini, Santi e Bão (2014) verificaram em um estudo retrospectivo de análise documental sobre EA notificados entre 2008 e 2012, num hospital de grande porte na região sul do Brasil, que quase metade desses eventos (45,4%) foram quedas, representando o incidente de maior ocorrência. Um estudo de coorte realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil avaliou, durante 122 dias, o risco de queda de 831 pacientes adultos internados em unidades de clínica médica e cirúrgica e apontou uma média de 4,7 quedas por mês e uma taxa de incidência de queda de 1,68% (IC95% 1,51-1,72%) (PASA et al., 2017).

Assim, o MS publica, em 24 de setembro de 2013, a Portaria nº. 2.095 que aprova os protocolos básico de SP, sendo um deles o protocolo de prevenção de quedas, cuja meta é reduzir esse evento em instituições de assistência e o dano dele advindo (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

No contexto hospitalar, a queda contribui para o aumento do tempo de internação e dos custos com cuidados de saúde (ALVES et al., 2018).

Em 2012, o ônus direto para o governo norte americano com o tratamento de lesões advindas de quedas intra-hospitalares não fatais foi de U\$31,3 bilhões (GANS et al., 2013). No Canadá, em 2015, a média dos custos adicionais por paciente que caiu dentro do hospital foi de U\$ 30.696,00 (TRUMBLE et al., 2017). Segundo Richardson e Carter (2015), o Serviço Nacional de Saúde inglês desembolsa mais de três bilhões de libras por ano com a assistência à saúde de pacientes que caem em instituições hospitalares.

Quanto ao Brasil, não foram encontrados estudos que apontam o valor gasto pelo governo com a assistência em saúde das pessoas que sofreram queda no ambiente hospitalar de serviços públicos.

Para o paciente, a queda resulta em alterações físicas (abrasão e lesões de pele, distensão, lacerações, contusões, fraturas, perda da consciência), psicológicas (medo de cair novamente, angústia, depressão, estresse emocional) (COSTA et al., 2011), socioeconômicas (maior tempo de internação), retirada não programada de dispositivos terapêuticos como cateteres vasculares, drenos e sondas, piora do quadro clínico (LUZIA et al., 2019) e até mesmo a morte (CALLIS et al., 2016; CARVALHO; DINI, 2020).

Para os familiares, a queda ocasiona a descrença e insegurança quanto ao cuidado e a qualidade dos serviços prestados (MARIN; BOURIE; SAFRAN, 2000), além de reações excessivamente protetoras ou emocionais à queda, o que pode interferir na independência e reabilitação do paciente (ISOMI et al., 2013).

Para os profissionais de saúde envolvidos são reportados a ocorrência de descontrole emocional, litígio, indignação, insatisfação (MORRIS; RIORDAN, 2017), vergonha, sentimento de culpa e medo (DUARTE et al., 2015).

Diante do exposto, preocupa ainda mais quando a queda ocorre em pacientes internados em unidades de cuidados críticos. Fatores como idade avançada, gravidade clínica, rebaixamento do sensório, terapêuticas invasivas e a polifarmácia potencializam a ocorrência de queda que, por sua vez, pode ocasionar incapacidades permanentes ou mesmo a morte (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

O paciente na unidade de cuidados críticos é aquele que apresenta delicada situação clínica em detrimento a traumas e/ou outras condições, ou que se encontra em risco iminente de morte ou de disfunção orgânica e que demanda cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental (BRASIL, 2011). No setor terciário, são setores críticos as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Pronto Socorro (PS) e Centros Cirúrgico (CC) (BECK et al., 2006).

Estudo desenvolvido em um hospital de ensino do estado de Minas Gerais analisou a incidência de quedas e verificou que, de março de 2010 a dezembro de 2012, o índice foi de 7,2 quedas para cada 1.000 pacientes internados e o PS da instituição foi setor com a maior ocorrência, com 6,3 quedas por 1.000 pacientes internados (SOUSA, 2014). Já numa coorte prospectiva realizada na UTI adulto de

um hospital público do sul do Brasil, a taxa de incidência de queda foi de 5,1 para cada 10.000 internações-dia (SPECHT; SOUSA; BEGHETTO, 2020).

Um estudo documental e retrospectivo realizado num CC privado de Porto Alegre constatou que, de 2009 a 2010, foram registrados 42 EA. Desses, dois pacientes sofreram queda da mesa cirúrgica e ambos estavam sob efeito anestésico (SOUZA et al., 2011).

Diante do exposto observa-se que os estudos nacionais sobre o evento queda em pacientes internados em unidades de cuidados críticos não analisam as características relacionadas ao evento, as condutas após a queda bem como as complicações e desfechos intra-hospitalares. Outra questão refere-se à possível subnotificação deste evento nestas unidades.

Assim, considerando a relevância da temática queda em unidades de cuidados críticos e a necessidade de aprofundar e conhecer sobre esse evento nessas unidades específicas, surgiu o seguinte questionamento: quais as características, complicações e os desfechos decorrentes da ocorrência de quedas em pacientes admitidos em unidades de cuidados críticos?

Os resultados deste estudo podem contribuir para um cuidado mais diretivo e consistente, corroborando para uma assistência mais segura aos pacientes admitidos e internados nesses ambientes. Considerando a atuação relevante da equipe de enfermagem nestes setores, podem trazer maior respaldo técnico e científico aos profissionais que avaliam e prestam cuidados diretos a esses pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as ocorrências de quedas em pacientes adultos admitidos em unidades de cuidados críticos.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população estudada quanto aos dados sociodemográficos e clínicos;

- Descrever os dados relacionados ao incidente queda: período, local, tipo de queda, fatores de risco, grau do dano, avaliação de predição na admissão e na data da queda e condutas pós-queda;

- Descrever as complicações e desfechos de pacientes adultos que sofreram quedas em unidades de cuidados críticos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Segurança do Paciente e Qualidade da Assistência em Saúde

É notório que no final da década de 1990 houve uma intensa propagação no campo da saúde em todo o planeta sobre a temática SP. Isto se deu após a publicação do relatório *To Err is Human: building a safer health system* pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA) onde foi estimado que, do total de 33,4 milhões de internações ocorreu a morte de 44.000 a 98.000 de pacientes norte-americanos por erros evitáveis em instituições de saúde (RIGOBELLO et al., 2012; SILVA et al., 2016b).

Esses resultados não somente impactaram o congresso norte-americano como também outros países como Canadá, Nova Zelândia, França, Austrália, Reino Unido e Brasil que foram instigados a realizar investigações em seus territórios quanto aos incidentes e EA ali existentes (MENDES et al., 2013).

Segurança do Paciente é definida como a redução, no mínimo aceitável, dos riscos e danos desnecessários na realização da assistência em saúde (BRASIL, 2013a). Estes danos desnecessários são conhecidos como EA (PROQUALIS, 2019).

Entende-se por dano como as alterações ocorridas no corpo, temporária ou permanente, advindas de patologias, lesões, sofrimentos, morte, incapacidades ou disfunção, de cunho físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013a).

A ocorrência dos EA pode advir de situações evitáveis e/ou não evitáveis. O primeiro ocorre por falhas sistêmicas e inadequadas práticas assistenciais e descuidos, levando o paciente à complicações (SOUSA et al., 2014). O segundo advém de doenças ou da terapêutica empregada (FERREIRA, 2017).

Segundo Mendes et al. (2013), a proporção de EA evitáveis corresponde à cerca de 50% do total de eventos existentes nas instituições hospitalares. Para Ferreira (2017), a queda é o EA mais difícil de prevenir dentro de instituições de saúde.

A ocorrência de EA é um sério problema de SP, pois reflete problemas na qualidade do cuidado prestado. Portanto, é fundamental que esses eventos sejam analisados para identificar as fragilidades existentes no processo em prol da implementação de medidas de prevenção desses (DUARTE et al., 2015). Eggins e

Slade (2015) completam que a probabilidade de um paciente falecer em detrimento de um EA num hospital é 40 vezes maior do que em um acidente de trânsito.

Em 2013, Jha e colaboradores publicaram os resultados do estudo sobre o volume universal de doenças. De 2007 a 2011 ocorreram aproximadamente 412 milhões de hospitalizações no planeta, cerca de 42,7 milhões de EA aconteceram e 23 milhões pessoas faleceram em decorrência de assistência da saúde prestada. Os autores estimaram que dois terços desses eventos ocorreram em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos.

Sousa et al. (2014) realizaram uma coorte retrospectiva em 1.669 prontuários de três hospitais públicos de grande porte de Lisboa/Portugal e identificaram 365 EA, dos quais 53,2% foram classificados como preveníveis.

No estudo retrospectivo realizado em seis hospitais belgas, Marquet et al. (2015) revisaram 830 prontuários e certificaram a ocorrência de 465 EA e desses, 46% eram altamente evitáveis. Maia et al. (2018) executaram um estudo descritivo das notificações registradas no Sistema de Notificação para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) de junho de 2014 a junho de 2016 e concluíram que houve o registro de 63.933 EA relativos à assistência à saúde, dentre esses, 417 evoluíram para óbito.

Posteriormente às repercussões decorrentes do relatório, a OMS criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O objetivo foi a prevenção de danos ao paciente nos serviços de saúde através do fomento de políticas, programas e campanhas internacionais conjuntas entre instituições, profissionais de saúde e pacientes em prol da garantia da SP (SILVA et al., 2016a). Também definiu como prioritário o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências bem como iniciativas de estudos de maior impacto, que visem instituir medidas em prol da SP e qualidade dos serviços de saúde (CARLESI et al., 2017).

No âmbito nacional, diversas ações foram realizadas. Em 2002, a ANVISA criou a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela. Esta teve por finalidade a notificação de ocorrências e queixas técnicas inerentes à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância (DUARTE et al., 2015) e funcionou como observatório em relação ao gerenciamento de riscos à saúde (SILVA et al., 2016b).

Especificamente a Enfermagem, maior força de trabalho nos serviços de saúde, criou em 2008, por meio da Organização Pan-Americana da Saúde, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). Esta Rede tem por meta o fortalecimento da assistência de enfermagem segura e de qualidade, por meio de

articulações e de cooperação entre instituições de saúde e educação (URBANETTO; GERARDHT, 2013).

Em 2009 foi criado o portal PROQUALIS, ligado à Fundação Osvaldo Cruz e financiado pelo MS, cujo objetivo é a produção e difusão de informações e aporte tecnológico sobre qualidade na prestação do cuidado e SP (SOUSA, 2014).

Em 1º de abril de 2013, o MS, por meio da Portaria 529, instituiu o PNSP com o propósito de contribuir para qualificar o cuidado ao paciente em toda a rede de saúde do Brasil. Dentre seus objetivos está o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança; ampliação do acesso da sociedade às informações relativas à SP; inclusão da temática no processo de formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2013b).

Dentre seus alicerces está a criação nas instituições de saúde dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) bem como a execução do Plano de Segurança do Paciente, cujas metas são monitorar os riscos, implantar os protocolos e estimular a cultura de segurança nas organizações de saúde (DUARTE et al., 2015; SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

A cultura de segurança consiste em outro elemento de notoriedade que se tornou evidente e, após a criação do PNSP, foi definida como um dos princípios da gestão de risco (FASSARELLA et al., 2019). Rigobello et al. (2012) conceituam essa segurança como o resultado de valores, atitudes, percepções e competências, sejam grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição.

Para a práxis segura do cuidado, as organizações devem preconizar que (BRASIL, 2013a):

- todos os colaboradores, sejam da assistência ou da gestão, devam assumir o compromisso pela própria segurança bem como de seus colegas, pacientes e familiares;
- a segurança deve ser prioritária frente às metas financeiras e operacionais;
- deve haver o encorajamento quanto a identificação, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- promover a educação em saúde a partir da ocorrência de incidentes;
- haver os proporcionais recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

A implementação do trabalho em equipe, o compromisso com a segurança por parte da alta hierarquia, a aniquilação de ações punitivas frente aos erros, o estímulo aos registros de incidentes e EA junto aos NSP bem como as análises causais desses são estratégias que retratam a cultura de segurança nas instituições de saúde (LEMOS et al., 2018).

A SP representa um dos maiores desafios para a excelência da qualidade no serviço de saúde (NEVES, 2019). Para a OMS (2008), a qualidade neste ambiente vai de antemão à organização de recursos de forma efetiva, com segurança, em consonância com os mais altos níveis de padrões, sem desperdícios e alinhado aos direitos humanos.

No Brasil, programas de acreditação hospitalar, auditorias de prontuários, sistema de gestão integrado bem como certificações são alguns arcabouços de melhorias da qualidade em saúde (GALEAO; SANTANA; COSTA, 2019).

A SP tem uma importante contribuição quanto à identificação e fomentação de estratégias em prol da redução desses eventos. Independentemente de sua natureza, a ocorrência de EA é considerada um problema de segurança que reflete diretamente na qualidade do cuidado prestado (MENDES et al., 2013).

A realização de cuidados de saúde é complexa e demanda diversos níveis de especializações e intensa interlocução e interdependência destas, o que torna as instituições de saúde um ambiente propício à ocorrência de EA (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010). Portanto, as ações para a promoção de SP devem ser pautadas em pressupostos científicos e métodos claros e apropriados para garantir uma assistência de qualidade (SILVA et al., 2016).

A colaboração entre os profissionais de saúde deve ser considerada uma estratégia importante para promover a segurança. A colaboração inter e intradisciplinar é fundamental para melhorias dos cuidados com o paciente, dentre esses, a diminuição de quedas de pacientes em instituições hospitalares (CHENJUAN; PARK; SHANG, 2018).

3.2 Queda: conceitos, categorias e consequências

A continuidade da SP é uma das prioridades para a qualidade dos cuidados em unidades hospitalares. Para tal é essencial a implementação de métodos para

minimizar os danos evitáveis presentes nestes contextos, como a queda de paciente (REIS et al., 2017; TRUMBLE et al., 2017).

O termo queda possui diversas definições. Para a OMS (2018), queda é um evento que resulta em uma pessoa repousando inadvertidamente no chão ou em outro nível mais baixo. Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2019, p. 3), é “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidades de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade”. E, conforme Brasil (2013b, p. 4), é “quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante um deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.”

As quedas, segundo Morse (2009, p. 9) são categorizadas segundo a causa do EA:

- queda acidental: quando o paciente tropeça ou escorrega em detrimento de fatores ambientais;

- queda fisiológica antecipada: quando o paciente apresenta sinais e sintomas que sinalizam a possibilidade para cair. Pode ser avaliada por meio de instrumentos de predição;

- queda fisiológica não antecipada: é aquela que ocorre em pacientes avaliados como risco baixo, porém por alterações agudas como desmaios, convulsões, hipotensão postural ou fratura de quadril ocorre o evento.

Os danos advindos da queda podem ser de ordem física (fraturas, traumas, lesões cutâneas, contusões) (FORREST et al., 2013), psicológica (ansiedade, depressão, perda da autonomia, dependência, restrição de atividades) (VITORINO et al., 2017; AGUIAR et al., 2019) e social (prolongamento do tempo de internação, maiores índices de reinternação hospitalar) (LUZIA et al., 2019). Esse dano, segundo Brasil (2019), é classificado por grau sendo:

- nenhum: paciente com nenhum sintoma ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento;

- leve: paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação);

- moderado: paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação);

- grave: necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico/cirúrgica ou causou grandes danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita;

- óbito: causado pelo evento adverso.

Quanto às consequências junto ao paciente, podem ocorrer danos de diversas gravidades, até mesmo a morte (ALVES et al., 2018). Slade et al. (2017) destacaram a ocorrência de lesões físicas como hematomas, fraturas de quadril e lesões encefálicas em 30% a 40% das quedas ocorridas em hospitais.

Durante o estudo sobre os resultados da implementação do protocolo de gerenciamento de quedas num hospital privado com 200 leitos em São Paulo, Corrêa et al. (2012) observaram que, das 284 quedas notificadas de janeiro de 2005 a dezembro de 2008, 51,7% dos paciente que caíram sofreram algum dano, com destaque para escoriações (16,3%), hematomas (11,3%) e ferimento corto-contuso (10,0%).

No estudo sobre os danos advindos de quedas em pacientes internados em 259 leitos de unidades de internação num hospital do Sul do País, Luzia et al. (2019) certificaram que, dos 570 registros de quedas notificados no período entre setembro de 2012 a junho de 2017, em 260 (43%) foi evidenciado dano ao paciente. Desses, 210 (80%) foram danos leves (escoriações), 31 (12%) graves (fraturas de punho, fêmur, nasal, tíbia, costelas, maléolo e perda da consciência) e 19 (7%) moderados (TCE leve, ferimento corto contuso, laceração grande). A maioria dos pacientes eram idosos.

O primeiro estudo sobre queda no contexto hospitalar ocorreu, segundo a literatura, em 1979. Walshe e Rosen (1979) concluíram que nos hospitais, a identificação de pacientes com alto risco para quedas poderia impulsionar ações preventivas como ajustes no ambiente, educação em serviço e disposição de equipamentos. Entretanto, passados mais de 40 anos, verifica se que a queda ainda é um problema vigente (DYKES et al., 2011).

As quedas de pacientes são amplamente reportadas na literatura como um problema de saúde pública mundial sério e crescente (HALM; QUIGLEY, 2011; SAKAI et al., 2016; SLADE et al., 2017; OMS, 2018; FLORENCE et al., 2018). Isto deve-se por ser um EA frequente em idosos que representam atualmente mais de 12% da população mundial e que, pelas estimativas futuras, é faixa etária de crescimento exponencial (LLYORD-SHERLOCK; MCKEE; EBRAHIM, 2018; MINAYO, 2019).

Perspectivas apontam que entre 2015 a 2050 a proporção de habitantes do globo terrestre com mais de 60 anos quase dobrará, de 12% para 22%, podendo chegar a dois bilhões, sendo 80% desses nos países em desenvolvimento, contraponto os 900 milhões em 2015 (OMS, 2005; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Em 2020, o Brasil ultrapassou os 29 milhões de idosos e a expectativa é que até 2026, o total seja de 73 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, ou seja, um aumento de 160%. Para a OMS (2005), um país envelhecido é aquele que possui 14% de sua população com mais de 65 anos. Desta forma, o País será considerado velho em 2032, quando 32,5 milhões dos mais de 226 milhões de brasileiros serão idosos (SBGG, 2019).

É verossímil que o risco de queda é possível em todas as idades, porém a população idosa tem maior probabilidade de cair (RICHARDSON; CARTER, 2015). As alterações fisiológicas durante o processo de envelhecimento como redução da massa muscular e da densidade óssea que enfraquecem o sistema musculoesquelético (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014), somadas às patologias crônicas degenerativas, como Parkinson e demência, potencializam a ocorrência do evento (SLADE et al., 2017).

Segundo Alves et al. (2018), aproximadamente 30% a 35% de pessoas com mais de 65 anos sofrem ao menos uma queda por ano no planeta e entre a população com mais de 70 anos essa proporção aumenta para 32% a 42%. Kim et al. (2017) relataram um estudo feito com 351 idosos coreanos com mais de 65 anos e frisaram que 42% destes sofreram um episódio de queda por ano, dos quais 38% demandaram atendimento médico ou internação.

No Brasil, cerca de 30% da população acima dos 65 anos e metade das com mais de 80 anos sofrem uma queda anualmente. Porém, menos da metade informa a ocorrência do evento ao seu médico (VITORINO et al., 2017). Com o passar da idade, o risco aumenta até 50% acima dos 80 anos (OLIVEIRA et al., 2017).

Conforme a OMS (2018), cerca de 646 mil pessoas morrem a cada ano em função de quedas. Em pessoas com 65 anos ou mais, estimam-se mais de 17 milhões de anos de vida saudável são perdidos por causa da queda.

Close (2013) destacou que 17% dos pacientes idosos atendidos nos departamentos de emergência da Austrália apresentaram a queda como queixa principal e, aproximadamente, 50% destes foram internados. Abreu et al. (2018)

certificaram que, de 1996 a 2012, 941.923 pessoas idosas foram internadas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil devido a quedas. Em 2013, esse total foi 93.312 internações, representando um aumento exponencial da taxa de internação, de 2,48 para 41,37.

No estudo sobre perfis de idosos atendidos no PS de um hospital de ensino de Belo Horizonte/MG em decorrência de quedas, Tiensoli et al. (2019) verificaram que dos 60.421 atendimentos ali realizados em 2015, 9.868 (16,3%) foram de pessoas com idade igual ou superior à 60 anos e destes 1.460 (14,8%) devido à quedas. Carpenter et al. (2018) frisaram que de 36% a 50% dos idosos acima de 65 anos que apresentaram queda recorrente retornaram para atendimento em unidades de emergência ou morreram dentro de um ano após o evento.

Pacientes inseridos na atenção terciária apresentam maior risco de queda por apresentarem doenças agudas, comorbidades (PRATES et al., 2014), alterações das condições de saúde associadas ou não à patologia, além de estarem inseridos em ambientes não familiares (ABREU et al., 2012).

A queda representa dois a cada cinco EA acometidos na assistência ao paciente e ocorre em aproximadamente 2% de todas as internações hospitalares (CORREA et al., 2012; CANGANY et al., 2015; ABREU et al., 2015).

Bassett, Siu e Honaker (2018) ressaltaram que nos EUA 1,3 a 8,9 pacientes internados sofrem queda a cada 1.000 dias de cuidados. Johnson, Stinson e Razo (2020) apontaram que cerca de um milhão de norte-americanos caem em instituições hospitalares anualmente. Na Austrália, um estudo avaliou as estratégias de prevenção de quedas em nove hospitais e evidenciou uma incidência de 3,17 quedas/1.000 pacientes-dia (STEPHENSON et al., 2016).

Uma pesquisa realizada em um hospital cardiológico de São Paulo verificou que a incidência de queda em unidades de internação foi de 2,04 para cada 1.000 pacientes-dia (MENEGUIN; AYRES; BUENO, 2014). Numa investigação realizada em três hospitais gerais de Cuiabá, a incidência de queda foi de 12,6/1.000 pacientes/dia (ABREU et al., 2015). O estudo desenvolvido em um hospital universitário de grande porte do Sul do Brasil com 843 leitos verificou que a taxa de incidência de quedas reduziu de 1,61/ 1.000 pacientes-dia em 2011 para 1,42/1.000 pacientes-dia em 2015. Isto foi resultado da implementação de medidas para minimizar a ocorrência do evento como o monitoramento da ocorrência de quedas, a implementação e revisão do protocolo de prevenção de queda, o uso da *Morse Fall Scale* (MSF) para avaliação de

risco de queda, melhorias no ambiente físico e capacitação da equipe de enfermagem quanto as medidas preventivas do evento (LUZIA et al., 2018).

Sabe-se que são diversas as repercussões que se sucedem do evento. Para os familiares dos pacientes que sofreram a queda, o ceticismo em relação à qualidade da assistência (BRASIL, 2013b). Para a instituição hospitalar, o acréscimo dos custos financeiros em detrimento ao tratamento e ao aumento do tempo de internação (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017). Aos profissionais de saúde, insatisfação, descontrole emocional, litígio e indignação (MORRIS; RIORDAN, 2017), além de sentimento de culpa, vergonha e medo (DUARTE et al., 2015).

Sobre os aspectos orçamentários hospitalares, Bechdel, Bowman e Haley (2014) ressaltaram que, em 2010, o custo assistencial nos EUA foi de US \$ 30 bilhões e até o ano de 2020, o custo direto anual relacionado a quedas chegariam a US \$ 54,9 bilhões. Uma lesão grave relativa à queda intra-hospitalar pode aumentar o tempo de internação dos pacientes em 6,3 dias e custos operacionais de um hospital norte-americano em US \$ 13.000,00 (BASSET; SIU; HONAKER, 2018).

Destaca-se que a ocorrência dos danos provenientes das quedas tem relação não somente com fatores intrínsecos do paciente, mas também relacionados ao ambiente, à terapêutica medicamentosa e aos cuidados de enfermagem. Estudo desenvolvido em um hospital público de grande porte de Salvador/BA, 16 coordenadores de enfermagem de setores assistenciais foram entrevistados. Esses apontaram que o uso inadequado de equipamentos, ausência de grades no leito, uso de tranquilizantes, sedativos, hipnóticos, falta de assistência preventiva e realização incompleta da anamnese pelo enfermeiro foram fatores contribuintes para as quedas (ALABI et al., 2016).

3.3 Predição de queda

Em detrimento aos possíveis desfechos advindos desse agravo no contexto hospitalar, somados às perspectivas inerentes à longevidade, as estratégias de prevenção de quedas tornam-se prioridades para as organizações de Estados. No Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde (NHS) lançou em 2012 o *NHS Safety Thermometer*, um programa cuja meta é reduzir os danos ao paciente por quedas em todas as instituições hospitalares da localidade. Dentre as atividades está a

monitorização e a análise da prevalência mensal de quedas em todos os setores, incluindo os de cuidados críticos (RICHARDSON; CARTER, 2015).

No Brasil, o MS publicou em 2013 o Protocolo de Prevenção de Quedas, cuja finalidade é “reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente” (BRASIL, 2013b, p. 1). Dentre as intervenções levantadas no documento está, primeiramente, a avaliação do risco de queda através do uso de instrumentos de predição no momento da admissão, diariamente e até a alta hospitalar (BRASIL, 2013b).

O Protocolo destaca a MFS (1989) (ANEXO A) e a *St. Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly* (STRATIFY) (1997) (ANEXO B) como as escalas de predição mais utilizadas no Brasil e no exterior. Ambas são similares quanto aos fatores de risco para queda e classificação quanto ao grau de risco que o paciente tem para cair (BRASIL, 2013b).

Braile et al. (2010) destacaram que os modelos de avaliação de riscos é uma forma objetiva de mensurar a qualidade dos serviços de saúde e auxiliar na alocação de recursos. Conforme Forrest et al. (2013), Sakai et al. (2016) e Urbanetto et al. (2016), a adoção de instrumentos que permitam uma avaliação dos fatores de risco para quedas é o passo inicial para identificação do paciente com alto potencial a cair e, por conseguinte, para o estabelecimento de ações específicas voltadas para a prevenção de quedas por parte dos profissionais de saúde. Ademais, segundo Mion et al. (2012) e Cumblér et al. (2013), o uso de escalas de predição de risco está alinhado às práticas baseadas em evidências, como subsídio ao gerenciamento de quedas, com ênfase na prevenção do evento e na redução do dano.

A MFS foi elaborada pela enfermeira Janice Morse, na Universidade de Alberta/Canadá em 1989 através de um estudo de caso controle, num hospital urbano com 1.200 leitos, sendo 50 desses de centro geriátrico e 140 destinados para o chamado “*Veterans Home*” (MORSE, MORSE; TYLKO, 1989). Tem no seu conteúdo seis itens (histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia intravenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, marcha, estado mental) onde cada qual recebe um escore, conforme fator de risco relativo. Se o escore for de 0 a 24, o paciente é classificado como de baixo risco; de 25 a 44 como médio risco e ≥ 45 de alto risco para quedas (URBANETTO et al., 2013).

A MFS foi traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa em 2013. Em 2013 estudo mostrou que a referida escala possui uma boa capacidade

de predição para quedas, no ponto de corte para a classificação de risco elevado, em consonância com a escala original (URBANETTO et al., 2016).

Porém a MFS, como todo instrumento, apresenta vantagens e limitações quanto ao método e operacionalização (BRASIL, 2013b). Morse, Morse e Tylko (1989) ressaltam que a escala não deve ser utilizada em pacientes com uso de sonda, em coma e que apresentam ausência de atividade motora.

A STRATIFY foi concebida na Inglaterra em 1997 por David Oliver e outros pesquisadores através de um estudo realizado em três fases. A primeira foi um estudo do tipo caso-controle com 232 pacientes. Na segunda e terceira fases ocorreram dois estudos tipo coorte com 271 pacientes (OLIVER et al., 2008).

Posteriormente a essas, foram elencados cinco fatores de risco que compuseram os itens da escala: histórico de quedas; alterações visuais; utilização frequente da instalação sanitária; transferência e mobilidade prejudicados e nível de consciência. Esses itens são classificados em zero (ausente) ou um (presente) e escore superior ou igual a dois indica risco elevado (COSTA-DIAS et al., 2014; SEVERO, 2015).

Conforme Costa-Dias et al. (2014), no estudo que originou a STRATIFY, foi analisado o número de episódios de quedas, ou seja, cada queda foi codificada como um novo episódio e os pacientes que caíram foram incluídos diversas vezes, caracterizando um possível viés de seleção dos controlados. Os autores também ressaltaram que a escala apresentou valores elevados para especificidade e apresentou baixa sensibilidade. Assim, a STRATIFY é um indicador útil na identificação de pacientes com alto risco para quedas.

As presentes escalas apontam fatores de risco apresentados por pacientes como histórico de quedas, estado mental alterado e alteração de deambulação (SEVERO, 2015).

Outros fatores elucidados em diversos estudos não são abrangidos nessas como uso de contenção (TRUMBLE et al., 2017), de medicações que atuam no sistema cardiovascular, no sistema nervoso central (PASA et al., 2017), psicotrópicos, anticoagulantes, fármacos que interferem no metabolismo da água e eletrólitos (TANAKA et al., 2008), inibidores seletivos de serotonina (NETO et al., 2015), o uso de drenos e sondas (DYKES et al., 2009), a incontinência ou frequência urinária, a obesidade e comprometimento sensorial (TANAKA et al., 2008; DYKES et al., 2009), a incontinência ou frequência urinária, a agitação psicomotora e confusão mental

(OLIVER; HEALEY; HAINES, 2010), a obesidade, o comprometimento sensorial (PASA e tal., 2017).

A prevenção de quedas de pacientes em instituições de saúde é importante para a SP (ISHIKURO et al., 2017). Assim, o conhecimento sobre quedas de pacientes adultos admitidos em unidades de cuidados críticos é uma estratégia para repensar a prática e buscar melhores intervenções quanto à predição de risco, visando uma assistência mais qualificada e segura para pacientes nestas unidades.

3.4 Fatores de risco de queda

O EA queda é utilizado por diversas instituições de saúde como um dos indicadores da qualidade dos cuidados prestados e, portanto, na implementação da SP (BITTENCOURT et al., 2017). Porém, mesmo sendo evitável, ainda é comum nos hospitais (McERLEAN; HUGHES, 2017) e é associada ao maior tempo de internação dos pacientes, no aumento das taxas de morbimortalidade e na oneração assistencial (CASTELLINI et al. 2017).

De etiologia multicausal, a queda ocorre em detrimento de fatores extrínsecos e intrínsecos. O primeiro refere-se ao meio ambiente e/ou processo de atenção à saúde (NETO et al., 2015). Já o segundo, relacionado ao paciente e às mudanças advindas da idade e das condições clínicas (SEVERO et al., 2018b; LUIZA et al., 2019).

Quanto aos fatores extrínsecos, Meneguín, Ayres e Bueno (2014) certificaram que avarias existentes nas grades de proteção dos leitos, a utilização sem supervisão da poltrona hospitalar, pisos escorregadios, ambientes desprovidos de barras de apoio e com iluminação deficitária foram precursores de quedas. Ximenes et al. (2019) acrescentaram o incipiente material antiderrapante nos banheiros bem como o uso de imobilizadores. Já Bittencourt et al. (2017) concluíram que a presença de tapetes próximo ao leito foi um fator associado à quedas em pacientes adultos hospitalizados.

Diversas publicações apontam os fatores intrínsecos para quedas intra-hospitalares. Idade avançada (≥ 65 anos) (GETTENS et al., 2018), alterações cognitivas, confusão mental (THOMAS; BALMFORT; 2019), mobilidade prejudicada, alteração de marcha e equilíbrio (XIMENES et al., 2019), quedas anteriores, déficit visual e auditivo, deficiência musculoesquelética (CALLIS et al., 2016), a polifarmácia,

as doenças agudas, as alterações do estado clínico (LUZIA et al., 2019), os distúrbios vesicais e/ou intestinais são fatores de grande relevância para a ocorrência do evento (INOUE et al., 2011).

De Groot, Al Fattal e Sandven (2019) atestaram no estudo caso-controle realizado num hospital norueguês que idade, sexo e equilíbrio somados ao uso de drogas antiepilépticas, antipsicóticos, ansiolíticos/hipnóticos e antidepressivos podem ocasionar queda de pacientes durante a internação. Em sua revisão sistemática, Callis (2016) também listou como preditores de queda os agentes hipotensores, pacientes com histórico de fraqueza, diagnóstico médico de câncer e pacientes que utilizam a polifarmácia.

Na revisão integrativa sobre os fatores de risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados, Severo et al. (2018b) destacaram que medicamentos que deprimem o sistema nervoso central como benzodiazepínicos, antipsicóticos, antidepressivos, narcóticos/opiáceos, barbitúricos, anti-histamínicos, sedativos e anticonvulsivantes, além de agentes hipotensores como anti-hipertensivos, diuréticos e laxantes aumentam o risco de quedas. A revisão destacou que os antidiabéticos, antiarrítmicos e anticoagulantes não mostraram fortes evidências relacionadas ao EA.

Importante frisar que a identificação desses fatores de risco de quedas por parte dos profissionais de saúde, nos diversos setores de assistência, se torna uma importante ferramenta para a fomentação de intervenções de prevenção do evento (BITTENCOURT et al., 2017; FILIPEK et al., 2017; ROSA et al., 2019).

3.4.1 – Fatores de risco de queda em unidades de cuidados críticos

A queda ocorre em todos os ambientes de assistência à saúde do adulto, desde unidades de internação à unidades de cuidados críticos como PS, CC e UTI (CANGANY et al., 2015; McERLEAN; HUGHES, 2017). Porém, há pouco conhecimento sobre queda nesses setores (RICHARDSON; CARTER, 2015; McERLEAN; HUGHES, 2017; SPECHT; SOUSA; BEGHETTO, 2020).

Com o objetivo de identificar o perfil de pacientes que sofreram quedas no PS de um hospital terciário australiano, McErlean e Hughes (2017) confirmaram a ocorrência de 190 quedas e uma incidência de 0,63 quedas/1.000 atendimentos. O estudo concluiu jovens entre 18 a 45 anos, em uso de medicamentos (anti-hipertensivos; cardiovasculares; antidepressivos; antipsicóticos; benzodiazepínicos;

hipnóticos e opióides), intoxicados com álcool, com estado mental alterado, com comprometimento cognitivo, pós uso de drogas ilícitas, uso de sedativos, histórico de quedas nos últimos 12 meses e mobilidade prejudicada foram fatores de risco para os episódios de queda.

O estudo retrospectivo realizado por Terrell et al. (2009) em um PS de um hospital de trauma norte-americano que atende cerca de 100.000 pessoas/ano mostrou que, no período de dois anos, houve 57 quedas e uma taxa de incidência de 0,28 quedas/1.000 atendimentos. Do total de pacientes que caíram, 19,6% (n=11) estavam sob efeitos do álcool, o mesmo percentual de indivíduos foram medicados com sedativos antes do evento como benzodiazepínicos, anti-histamínico e narcóticos.

O estudo de revisão de Richardson e Carter (2015) objetivou identificar a incidência de quedas sucedidas de janeiro de 2011 a dezembro de 2012, em quatro UTI's do Reino Unido e os fatores de risco contribuintes. Do total de 42 incidentes, calculou-se uma incidência de quedas de 0,99/1.000 internações-dia. Os autores concluíram que pacientes jovens, neurocríticos, vítimas de trauma e que tentaram mobilizar contra as orientações dos profissionais de saúde eram mais propensos a caírem.

Já na coorte prospectiva realizada, de junho a novembro de 2018, em uma UTI de um hospital público do sul do Brasil, a taxa de incidência de queda foi de 5,1/10.000 internações-dia. Dos quatro pacientes que caíram nenhum apresentou alterações de sensório e encontravam se sentados em cadeiras/poltronas (SPECHT; SOUSA; BEGHETTO, 2020).

Na coorte retrospectiva realizada de janeiro de 2013 a abril de 2016, em uma UTI de um hospital universitário canadense, cujo um dos objetivos foi descrever as quedas e suas circunstâncias, evidenciou o delirium como fator de risco para o EA (TRUMBLE et al., 2017).

Segundo Penstone, Krouskos e Morgan (2017), dentre os fatores que devem potencializar o risco de queda de pacientes está o estado cognitivo, o nível de sedação, a atividade motora, o uso de contenção e dispositivos invasivos.

Os estudos de avaliação de incidência e de fatores de risco de quedas em CC ainda são escassos. No entanto, um estudo documental feito num CC de um hospital do Centro Oeste brasileiro, entre 2009 e 2010, identificou a ocorrência de duas quedas

no montante de 42 EA. Esses pacientes estavam sob efeito anestésico e sofreram queda da mesa cirúrgica após manuseio da mesma (SOUZA et al., 2011).

Quedas ocorridas em pacientes críticos implica em iatrogenias passíveis de monitorização em prol da prevenção de fatores que potencializam a sua ocorrência (DECESARO; PADILHA, 2002). Porém, pouco se sabe sobre o perfil de pacientes que caem em unidades de cuidados críticos bem como as formas de identificar esses doentes (ALEXANDER; KINSLEY; WASZINSKI, 2013).

Desta forma, segundo Slade et al. (2017), um melhor entendimento sobre esses pacientes e as nuances inerentes à queda torna-se alicerce para implementação de estratégias diretivas para a prevenção do evento.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo sobre as ocorrências de quedas em pacientes adultos admitidos em unidades de cuidados críticos.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em cinco instituições hospitalares gerais e de grande porte localizados no município de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais – Brasil, todos com Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) atuantes.

O primeiro hospital localiza-se na região sudoeste do município e tem capacidade de 1.400 internações/mês e recebe pacientes via central de internação de leitos. Possui 460 leitos, sendo 80 de UTI e dispõe de 16 salas cirúrgicas, entretanto, não possui PS. O NSP foi constituído em 2015 e é composto por um médico infectologista e duas enfermeiras com especializações ligadas à assistência. Pacientes classificados, segundo a MFS, se como de alto risco de queda são identificados com pulseira de cor azul posicionada no membro superior direito. Destaca-se que as notificações fazem parte do prontuário eletrônico do paciente.

O segundo hospital está situado na região leste da cidade e oferece atendimento de urgência, cirurgias eletivas e de urgência (em regime de internação e ambulatorial), internações em unidades clínicas, cirúrgicas e terapia intensiva. Possui 108 leitos, sendo dez de UTI adulto e cinco salas cirúrgicas. O NSP iniciou as atividades em 2016 e tem como equipe um infectologista e uma enfermeira. A escala de predição de quedas utilizada foi desenvolvida pelo NSP do hospital. Nesta estão listados fatores de risco para queda como dados demográficos, psicocognitivos, condições de saúde e presença de doenças crônicas, comprometimento sensorial, funcionalidade, equilíbrio corporal, uso de medicamentos, obesidade severa e histórico de quedas. Cada fator possui itens que são elencados de acordo com o avaliado e, ao final, conforme o resultado e o protocolo institucional, o paciente é classificado em baixo, médio e alto risco de queda.

O terceiro hospital está localizado na região central de Belo Horizonte e conta com 351 leitos, sendo 75 de UTI adulto, 109 de PS e oito salas cirúrgicas. O NSP foi inaugurado em 2013 e conta com seis profissionais (quatro médicos, um enfermeiro e um terapeuta ocupacional). Em pacientes com alto risco, segundo critérios da MSF, placas de risco de quedas são posicionadas nas capas dos prontuários e na beira dos leitos.

A quarta instituição, também localizada na região central da capital, possui 344 leitos, sendo 30 de UTI adulto, 27 de PS e 16 salas cirúrgicas. O NSP foi fundado em 2016 e é composto por três profissionais da enfermagem especializados em qualidade e SP, um médico infectologista e uma farmacêutica. Esse núcleo também elaborou uma escala de avaliação de risco de queda própria. Constituída por 11 itens (idade; déficit sensitivo; distúrbios neurológicos; distúrbios metabólicos e/ou alterações de células vermelhas e/ou coagulopatia; acamado e dependente; comprometimento ósseo e/ou doenças osteoarticular; fraqueza, vertigem e/ou sonolência; agitação e/ou hiperatividade; uso de medicamentos para o sistema nervoso central ou cardiovascular ou antidepressivo; alteração da marcha e/ou uso de dispositivos para deambulação; histórico de queda) onde cada qual é assinalada com “sim” ou “não”. Pacientes que receberem um “sim” em mais de um item além da idade é considerado como risco de queda. Vale destacar que na instituição o paciente é classificado como “sem risco” e “com risco” de queda.

O quinto hospital conta com 345 leitos, sendo 31 de UTI adulto, 107 de PS e seis salas cirúrgicas. O NSP foi criado em 2013 e possui, desde 2014, um subcomitê de prevenção de quedas. Para classificar pacientes quanto ao risco de quedas utiliza a MFS.

4.3 População do estudo

A população do estudo foi composta por prontuários de pacientes adultos que sofreram queda em unidades de cuidados críticos e cujo evento tenha sido notificado junto ao NSP das instituições pesquisadas. Foi considerado queda quando há “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, ou seja, quando a pessoa encontra-se no chão ou necessitou de amparo durante um deslocamento, mesmo que ainda não esteja no solo” (BRASIL, 2013b, p. 3). Destaca-

se que todas as instituições em questão utilizam este conceito nos respectivos protocolos de queda. Ademais, em todos os prontuários analisados verificou-se que os pacientes chegaram ao solo.

Foram incluídos todos os prontuários de pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, que sofreram queda nos setores PS, CC ou UTI e cujo evento tenha sido notificado ao NSP, no período de abril de 2013 a dezembro de 2019. A determinação do período do estudo justifica-se pela data de publicação da Portaria n. 529/2013 que instituiu o PNSP (BRASIL, 2013a).

Foram excluídos prontuários que não confirmavam o evento queda em pacientes admitidos ou internados nos setores pesquisados.

Os prontuários foram selecionados a partir das notificações de quedas. Das 618 notificações de quedas das instituições, 135 correspondiam às notificações de quedas de pacientes em unidades de cuidados críticos. Após a consulta destas, foram localizados 133 prontuários. Desses, 15 foram excluídos: dez pelo fato da queda ter ocorrido antes da internação no hospital; três por ter acontecido em unidade de internação; dois por ser queda do acompanhante e não do paciente atendido pela instituição. Ao final, 117 prontuários compuseram a população do estudo (Figura 1).

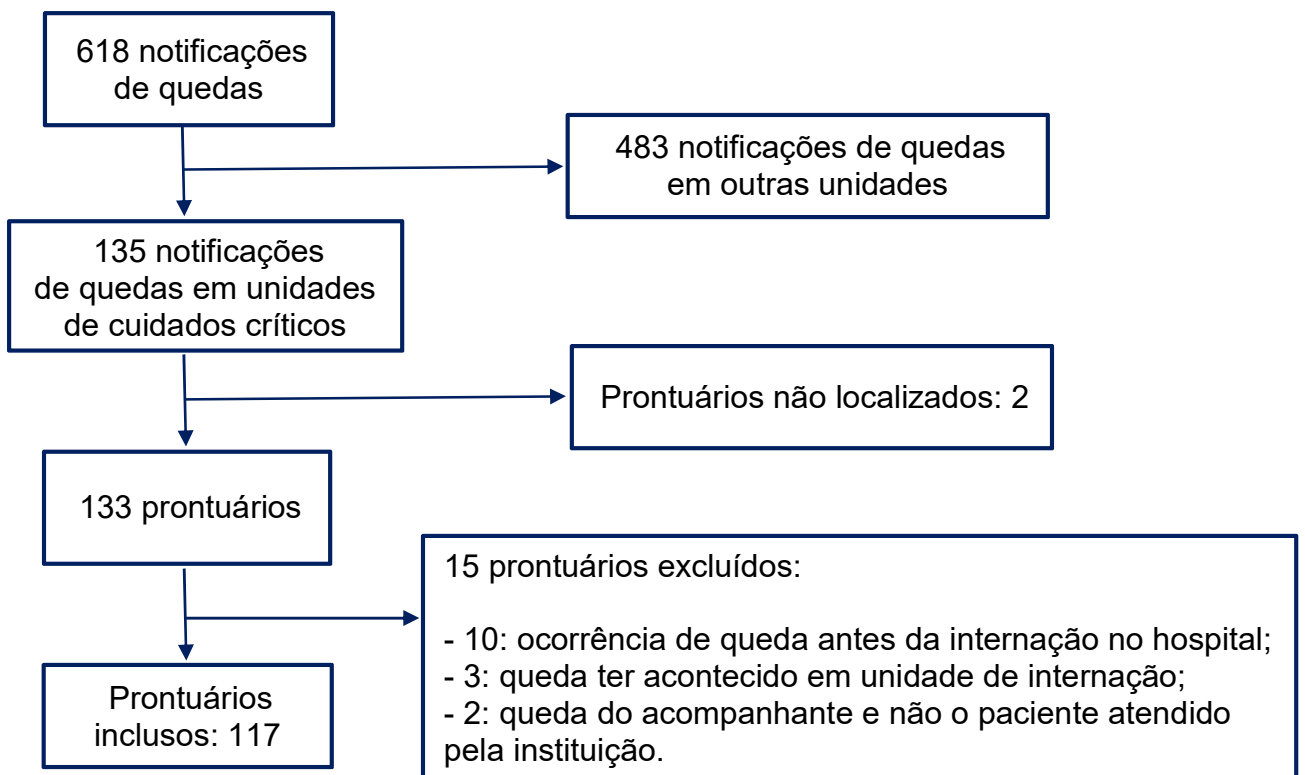


Figura 1: Fluxograma da população do estudo. Belo Horizonte/MG, Brasil, 2020.
Fonte: Dados do estudo, 2020.

4.4 Variáveis

A definição das variáveis sociodemográficas, caracterização da queda, avaliação da predição de queda e desfecho foi baseada nas recomendações do protocolo de prevenção de quedas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) e das orientações gerais para notificações de EA relacionados à assistência à saúde publicadas pela ANVISA (BRASIL, 2019b).

As variáveis relacionadas aos dados clínicos, fatores de risco, condutas pós-queda e complicações foram definidas com base na literatura científica nacional e internacional relacionada à temática quedas em ambientes de cuidados críticos (DECESARO; PADILHA, 2002; FERREIRA NETO et al., 2015; RICHARDSON; CARTER, 2015; TRUMBLE et al., 2017; McERLEAN; HUGHES, 2017).

As variáveis e unidades/categorias estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis e unidades/categorias do estudo. Belo Horizonte/ MG, Brasil, 2020.

Dados sociodemográficos	
Variáveis	Unidades/Categorias
Sexo	Masculino // Feminino
Idade* (em anos)	Catégorica: 18 a 25 / 26 a 35 / 36 a 45 / 46 a 59 / 60 ou mais // Não informado**
Estado civil	Vive com companheiro // vive sem companheiro // Não informado**
Raça/cor	Branca // Parda // Preta // Outras // Não informado**
Escolaridade	Analfabeto // Ensino Fundamental // Ensino Médio // Ensino Superior // Não informado**
Dados clínicos	
Comorbidade	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) // Diabetes Mellitus // Doença cardíaca // Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) // Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH) // Obesidade // Anemia
Hábitos de Vida	Tabagismo // Etilismo // Usuário de drogas Ilícitas
Diagnóstico Médico (Capítulo CID 10)	V - Transtorno mentais e comportamentais IX - Doenças do sistema circulatório // X - Doenças do sistema respiratório // XI - Doenças do sistema nervoso // XIV - Doenças do sistema geniturinário // XVIII - Sinais e sintomas // XX - Causas Externas // Outros

Dados do evento queda	
Caracterização da queda	
Período que ocorreu a queda	Madrugada (00:00 - 05:59) // Matutino (06:00 – 11:59) // Vespertino (12:00 – 18:59) // Noturno (19:00 – 23:59) // Não informado**
Unidade em que ocorreu a queda	Pronto Socorro // Centro Cirúrgico // Unidade de Terapia Intensiva
Tipo de queda	Tropeço // Escorrego // Desmaio // Perda de equilíbrio // Queda da própria altura // Queda da cama, maca ou cadeira/poltrona// Não informado**
Queda envolvendo mobília	Cadeira comum/poltrona // Cadeira de rodas // Cama/leito // Mesa cirúrgica // Maca
Queda durante o transporte	Não // Sim
Grau do dano	Nenhum // Leve // Moderado // Grave // Óbito // Não informado**
Fatores de Risco	
Funcionalidade***	Dependente para atividade de vida diária // Independente para atividade de vida diária
Histórico de Queda	Não // Sim
Dor Intensa	Não // Sim
Medicamentos administrados no dia da queda	Analgésicos/opioides // Anti-hipertensivos // Diuréticos // Antipsicóticos // Anticonvulsivantes // Benzodiazepínicos // Antidepressivos // Laxantes // Hipoglicemiantes // Anti-histamínico // Anticoagulante // Antiemético
Medicamentos administrados 24 horas antes da queda	Analgésicos/opioides // Anti-hipertensivos // Diuréticos // Antipsicóticos // Anticonvulsivantes // Benzodiazepínicos // Antidepressivos // Laxantes // Hipoglicemiantes // Anti-histamínico // Anticoagulante // Antiemético
Alterações do Sistema Nervoso	Agitação/confusão // Alteração cognitiva // Ansiedade // Demência // Depressão
Alteração do Sistema Musculoesquelético	Alteração de marcha // Distúrbios de equilíbrio // Deformidades de membros inferiores
Alterações do Sistema Geniturinário e Intestinal	Incontinência/urgência miccional // Obstipação/urgência para evacuar
Dispositivos assistenciais	Traqueostomia // Acesso Venoso Periférico // Cateter Venoso Central // Sonda Vesical de Demora // Sonda Oroentérica/Sonda Nasoentérica
Monitorização invasiva e não invasiva	Pressão arterial média invasiva // Pressão não invasiva// Saturação periférica de oxigênio// Eletrocardiograma
Avaliação da Predição de Queda	

Avaliação da predição de quedas na admissão	Não // Sim // Não informado**
Escala utilizada na admissão	<i>Morse Fall Scale</i> // Escala elaborada pela instituição
Avaliação da predição de quedas no dia do evento	Não // Sim // Não informado**
Escala utilizada no dia do evento	<i>Morse Fall Scale</i> // Escala elaborada pela instituição
Condutas pós queda	
Avaliação médica	Sim // Não informado**
Tomografia de crânio	Não // Sim
Indicação de contenção	Mecânica // Química
Complicações	
Complicações devido à queda	Escoriação // Hematomas // Ferimento corto contuso // Fraturas // Trauma cranioencefálico (TCE) leve // TCE moderado // TCE grave // Óbito
Desfechos	
Desfechos	Alta// Encaminhamento ambulatorial // Transferência para outra instituição // Óbito por complicações advindas da queda // Óbito por complicações clínicas

Nota: *categorias utilizadas de acordo com BRASIL, 2019b. **Nomenclatura utilizada conforme registrado nos prontuários pesquisados. ** Havia o local para o registro, porém não estava preenchido. ***Nomenclatura utilizada conforme registrado nos prontuários pesquisados.

Os diagnósticos (ou capítulos) do CID 10 agrupados na categoria “outros” foram: I – algumas doenças infecciosas e parasitárias; IV – doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; XI – doenças do aparelho digestivo e XIII – doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

As categorias da variável “grau de dano” foram classificadas conforme Brasil (2019): NENHUM: paciente com nenhum sintoma ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento; LEVE: paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação); MODERADO: paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação); GRAVE: necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico/cirúrgica ou causou grandes danos permanentes ou em longo prazo, perturbação/risco fetal ou anomalia congênita; ÓBITO: causado pelo evento adverso.

As categorias relacionadas à variável ‘medicamentos’ foram definidas, segundo o *Medication Fall Risk Score* (ANEXO C) (BEASLEY; PATATINIAN, 2009):

analgésicos/opioides; antipsicóticos; anticonvulsivantes; benzodiazepínicos; anti-hipertensivos; medicamentos do sistema circulatório; antiarrítmicos; antidepressivos e diuréticos.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento de coleta contemplando as variáveis do estudo que foi avaliado por um grupo de especialistas com expertise na área de SP.

Após ajustes nas categorias 'raça/cor, 'tipo de queda' e 'diagnósticos classificados pelo CID-10' foi realizada a aplicação do instrumento em cinco notificações de queda. Esses não foram incluídos no estudo.

O instrumento (APENDICE A) foi finalizado após ajustes nas categorias 'escala utilizada na admissão' e 'escala utilizada no dia da queda'.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de 29/09/2020 a 09/01/2021.

Após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa, a pesquisadora agendou com cada NSP as datas para o acesso às notificações de quedas registradas no período do estudo. Ressalta-se que em uma instituição, por questões internas, o acesso aos dados referentes às ocorrências de quedas ocorreu por meio de consulta ao *Diagnosis Related Groups* (DRG).

O DRG é um sistema que objetiva classificar pacientes inseridos em hospitais que atendem pacientes agudos. Esta classificação tem como propósito confrontar o perfil dos pacientes atendidos em relação aos insumos utilizados durante a internação, em prol de um melhor gerenciamento dos processos e da qualidade da assistência em saúde (NORONHA et al., 1991). Nos demais, a coleta ocorreu nos NSP sob a supervisão de colaboradores do setor.

De posse dos dados das notificações, a pesquisadora consultou os prontuários dos pacientes que sofreram queda. Em dois hospitais, pelo fato dos NSP terem acesso a estes para realizarem o processo de investigação dos eventos, foi possível consultar os prontuários eletrônicos no mesmo espaço físico do NSP.

Em outros dois hospitais, por disporem de prontuários de papel, foi elaborada uma lista com os nomes e registros dos pacientes e enviada ao Serviço de Arquivos

Médicos e Estatística (SAME) das instituições. A coleta dos dados nos prontuários foi realizada após a localização dos mesmos, mediante agendamento prévio e sob supervisão direta de colaboradores do SAME.

Para a coleta nos prontuários de papel, a autora contou com a participação de duas bolsistas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e uma enfermeira colaboradora de um dos hospitais. Essas foram previamente treinadas e supervisionadas pela autora.

A instituição que disponibilizou o DRG solicitou à pesquisadora, que na época era colaboradora do hospital, a realizar a coleta de dados nos prontuários eletrônicos no setor em que trabalhava, porém no período noturno e/ou finais de semana.

Após a coleta, os dados foram transcritos, por meio de dupla digitação, ao banco de dados elaborado no programa eletrônico EpiData® - versão 3.1.

4.7 Análise dos dados

O banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Software for Professional* (STATA) versão 15.0. Um total de 32.396 variáveis foram digitadas e dessas 256 dessas mostraram discordância entre o registrado no formulário em relação ao banco. Todas foram revisadas e corrigidas pela pesquisadora que realizou a coleta de dados, tornando o banco apto para as análises descritivas.

Procedeu-se a análise descritiva dos dados sendo calculados os valores absolutos, percentuais e os respectivos Intervalos de Confiança (IC 95%). Para a variável quantitativa idade, a assimetria foi verificada por meio do teste *Shapiro-Wilk* sendo apresentada a mediana, mínimo e máximo.

Após a análise descritiva, observou-se maior frequência de atendimentos no PS e optou-se por analisar os dados sobre período de ocorrência, tipo de queda, grau de dano, avaliação de predição de queda (na admissão e no dia do evento), complicações e desfechos em dois grupos: unidade aberta (PS) e unidades fechadas (CC + UTI). As diferenças entre as proporções foram testadas por meio do Teste exato de Fisher.

4.8 Aspectos ético legais

O presente estudo seguiu as recomendações da Resolução n. 466/2012 e n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto desta pesquisa foi avaliado pela Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde obteve parecer favorável em 11 de dezembro de 2019 (ANEXO D).

Após anuência desse órgão e das instituições coparticipantes, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e recebeu parecer consubstanciado favorável (CAAE: 32309020.9.0000.5149; Parecer n. 4.268.548) (ANEXO E). Após esse, a pesquisadora aguardou a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições coparticipantes (ANEXO F) e, na sequência, procedeu com a coleta de dados.

Por diligência do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição proponente, foram construídos, apreciados e aprovados, junto ao projeto de pesquisa, o Termo de Consentimento de Utilização de Dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Entretanto, durante a apreciação do projeto nos hospitais pesquisados, todos solicitaram a exclusão do último como critério para o início da coleta.

Ressalta-se que o estudo foi susceptível a riscos mínimos como constrangimento por exposição e quebra de sigilo das informações adquiridas na pesquisa. Como estratégia de minimização, durante a coleta utilizou-se o número de atendimento registrados nos prontuários aos pacientes e letras (A, B, C, D e E) às instituições hospitalares nos formulários de coleta de dados. Ademais, as instituições coparticipantes não tiveram despesas e tampouco benefícios financeiros relativos à participação na pesquisa.

5. RESULTADOS

Os 117 prontuários de pacientes que sofreram queda em unidade de cuidado crítico corresponderam a 18,93% das 618 notificações de quedas registradas no período estudado das instituições pesquisadas.

5.1 Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes

A população foi composta em maioria por homens (59,83%), na faixa etária de 60 anos ou mais (57,26%), que vivem sem o acompanhante (35,04%), da raça parda (53,85%) e com ensino fundamental (11,11%). A mediana da idade foi de 63,5 anos com o mínimo de 21 e máximo de 88 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas de pacientes (n=117) que sofreram queda em unidades de cuidados críticos, 2013 - 2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Sexo		
Masculino	70 (59,83)	50,58 – 68,42
Feminino	47 (40,17)	31,57 – 49,41
Idade (anos)		
18 – 25	7 (5,98)	02,84 – 12,14
26 – 35	2 (1,71)	04,19 – 06,70
36 - 45	17 (14,53)	09,10 – 22,27
46 – 59	24 (20,51)	14,06 – 28,92
60 ou mais	64 (54,70)	45,49 – 63,60
Não informado	3 (2,56)	00,81 – 07,77
Estado civil		
Vive sem companheiro (a)	41 (35,04)	26,84 – 44,23
Vive com companheiro (a)	23 (19,66)	13,35 – 27,98
Não informado	53 (45,30)	36,40 – 54,50
Raça		
Branca	18 (15,38)	09,85 – 23,23
Parda	63 (53,85)	44,65 – 62,78
Preta	11 (9,40)	05,24 – 16,30
Não informado	25 (21,37)	14,78 – 29,85
Escolaridade		
Analfabeto	3 (2,56)	00,81 – 07,77
Ensino Fundamental	13 (11,11)	06,50 – 18,32
Ensino Médio	1 (0,85)	00,11 – 05,97

Ensino Superior	2 (1,71)	00,42 – 06,70
Não informado	98 (83,76)	75,80 – 89,46

Em relação as características clínicas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais frequente (47,00%), o etilismo predominou como hábito de vida (23,08%) e a maioria apresentou diagnóstico médico causas externas (25,64%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das características clínicas de pacientes que sofreram quedas em unidades de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Comorbidades		
Hipertensão arterial sistêmica	55 (47,00)	38,03 – 56,18
Diabetes mellitus	32 (27,35)	19,95 – 36,25
Doença cardíaca	31 (26,50)	19,20 – 35,35
Acidente vascular encefálico isquêmico	14 (11,97)	07,16 – 19,32
Anemia	13 (11,11)	06,50 – 18,32
Obesidade	8 (6,84)	03,42 – 13,20
Acidente vascular encefálico hemorrágico	3 (2,56)	00,81 – 07,77
Hábitos de vida		
Etilismo	27 (23,08)	16,24 – 31,70
Tabagismo	22 (18,80)	12,64 – 27,05
Usuário de drogas ilícitas	8 (6,84)	03,42 – 03,20
Diagnóstico Médico (Capítulo CID – 10)		
Causas externas	30 (25,64)	18,45 – 34,44
Doenças do sistema circulatório	24 (20,51)	14,06 – 28,92
Sinais e sintomas	19 (16,24)	10,53 – 24,20
Doenças do sistema nervoso	17 (14,53)	09,16 – 22,27
Doenças do sistema respiratório	9 (7,69)	04,01 – 14,25
Doenças geniturinário	9 (7,69)	04,01 – 14,25
Transtornos mentais e comportamentais	2 (1,71)	00,42 – 06,70
Outros	7 (5,98)	02,85 – 12,14

Fonte: Dados do estudo, 2020.

Dos 117 pacientes incluídos foram encontrados 174 diagnósticos médicos e somente 30 (25,64%) tiveram um único diagnóstico.

Em relação à categoria 'outros', em quatro prontuários os diagnósticos eram relacionados ao capítulo XI (doenças do aparelho digestivo), dois ao capítulo I (algumas doenças infecciosas e parasitárias) e um ao capítulo IV (doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas).

Destaca-se que nove (30,00%) pacientes categorizados no capítulo do CID 10 'Causa externa' deram entrada nas instituições com queixa principal de queda. No entanto, caíram novamente, porém na instituição hospitalar.

5.2 Dados do evento queda

Dos 117 pacientes que sofreram o evento, um caiu três vezes e quatro caíram duas vezes no mesmo dia. Todas estas quedas ocorreram em PS. Além disso, um paciente internado numa UTI sofreu três quedas durante os 21 dias de internação na unidade.

As características relacionadas ao período, unidade e tipo de queda estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição do período, unidade e tipo de queda de pacientes que sofreram quedas em unidades de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Período em que ocorreu a queda		
Madrugada	32 (27,35)	19,95 – 36,25
Vespertino	31 (26,50)	19,20 – 35,35
Matutino	25 (21,37)	14,78 – 29,85
Noturno	24 (20,51)	14,06 – 28,92
Não informado	5 (4,27)	01,77– 09,97
Unidade em que ocorreu a queda		
Pronto Socorro	89 (76,07)	67,38 – 83,02
Unidade de Terapia Intensiva	24 (20,51)	14,06 – 28,92
Centro Cirúrgico	4 (3,42)	01,27– 08,87
Tipo de Queda		
Queda da cama, maca e cadeira/poltrona	84 (71,79)	62,85 – 79,30
Queda da própria altura	20 (17,09)	11,23 – 25,15
Escorregão	7 (5,98)	02,85 – 12,14
Transferência	5 (4,27)	01,77 – 09,98
Perda do equilíbrio	2 (1,71)	00,42 – 06,70
Desmaio	1 (0,85)	00,12 – 05,97
Não informado	3 (2,56)	00,81 – 07,77

Fonte: dados do estudo, 2020.

Dentre as quedas da cama, maca e cadeira/poltrona, 36,75% (43; IC95% 28,41 – 45,97) pacientes caíram da maca, 29,91% (35; IC95% 22,22 – 38,94) da cama/leito, 1,71% (2; IC95% 0,42 – 6,70) de cadeira de rodas e 3,42% (4; IC95% 1,27– 8,87) pacientes caíram de cadeira comum/poltrona.

Quanto à queda da maca, ressalta-se que quatro (9,30%) quebraram com o paciente deitado e em decúbito dorsal, seis (13,95%) viraram durante a mobilização do paciente e três pacientes (6,98%) tiveram crise convulsiva sobre a mobília.

Sobre a transferência, dois pacientes tiveram queda pelo fato do lençol ter rasgado durante a mobilização de uma mobília para a outra. Ainda, 2,56% (3; IC95% 0,81–7,76) caíram enquanto estavam apoiados por outra pessoa.

No estudo verificou-se que não houve registro de dano grave a nenhum paciente. A Tabela 4 apresenta a distribuição do grau do dano na população estudada.

Tabela 4. Grau do dano relacionado a queda de pacientes admitidos em unidades de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Grau de dano		
Nenhum	51 (43,59)	34,78 – 52,82
Leve	35 (29,91)	22,22 – 38,94
Moderado	9 (7,69)	04,01 – 14,25
Grave	-	-
Óbito	5 (4,27)	01,77 – 09,98
Não informado	17 (14,53)	09,16 – 22,27

Fonte: Dados do estudo, 2020.

Do total de pacientes que evoluíram a óbito, um apresentou parada cardiorrespiratória imediata à queda, sem retorno espontâneo da circulação após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Três foram submetidos a cirurgias neurológicas de grande porte e desses, um faleceu no CC e dois foram encaminhados ao UTI, onde evoluíram a óbito após 48 horas da queda por complicações neurológicas advindas do evento. O último, após a queda, foi internado na UTI, onde morreu após 12 dias do evento em detrimento do evento.

Os fatores de risco intrínsecos são mostrados na Tabela 5.

Tabela 5. Fatores de risco intrínsecos de pacientes que caíram em unidades de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Funcionalidade		
Independente para atividades básicas da vida diária	78 (67,24)	58,07 – 75,26
Dependente para atividades básicas da vida diária	27 (23,08)	16,24 – 31,70
Histórico de Quedas		
Não	103 (88,03)	80,67 – 92,84
Sim	14 (11,97)	07,16 – 19,32
Dor Intensa		

Não	93 (79,49)	71,07 - 85,93
Sim	24 (20,51)	14,06 - 28,92
Alteração de Sistema Nervoso		
Agitação psicomotora/Confusão mental	56 (47,86)	38,85 – 57,01
Alteração cognitiva	19 (16,24)	10,53 – 24,20
Depressão	16 (13,68)	08,49 – 21,29
Ansiedade	8 (6,84)	03,42 – 13,20
Demência	1 (0,85)	00,12 – 05,97
Alteração de Sistema Musculoesquelético		
Alteração de marcha	29 (24,79)	17,71 – 33,53
Distúrbio de equilíbrio	18 (15,38)	09,84 – 23,23
Deformidades de MMII	5 (4,27)	01,77 – 09,98
Alteração de Sistema Geniturinário e Intestinal		
Obstipação/urgência para evacuar	11 (9,40)	05,24 – 16,31
Incontinência/urgência miccional	5 (4,27)	01,77 – 09,98

Fonte: dados do estudo, 2020.

Os fatores externos como dispositivos assistenciais e tipo de monitorização estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6. Dispositivos e monitorização utilizados por pacientes em unidade de cuidados críticos durante a ocorrência da queda, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Dispositivos assistenciais		
Acesso venoso periférico	88 (75,21)	66,46 – 82,29
Cateter vesical de demora	16 (13,68)	08,49 – 21,29
Cateter oro ou nasoenteral	9 (7,69)	04,01 – 14,24
Cateter venoso central	7 (5,98)	02,85 – 12,14
Traqueostomia	4 (3,42)	01,27 – 08,87
Monitorização hemodinâmica		
Eletrocardiograma	33 (28,21)	20,70 – 37,15
Oximetria de pulso	32 (27,35)	19,95 – 36,25
Pressão não invasiva	29 (24,79)	17,71 – 33,53
Pressão arterial média invasiva	9 (7,69)	04,01 – 14,25

Fonte: dados do estudo, 2020.

Sobre a contenção verificou-se que 18,80% (22; IC95% 12,64 – 27,04) dos que caíram estavam sob contenção química e 11,11% (13; IC95% 6,51 – 18,32) com contenção mecânica. Além disso, estes pacientes estavam com os membros superiores imobilizados.

O registro da avaliação de predição de risco de queda na admissão e no dia do evento foi observado em menos da metade dos prontuários analisados. Os dados relacionados a essas variáveis estão apresentados na Tabela 7.

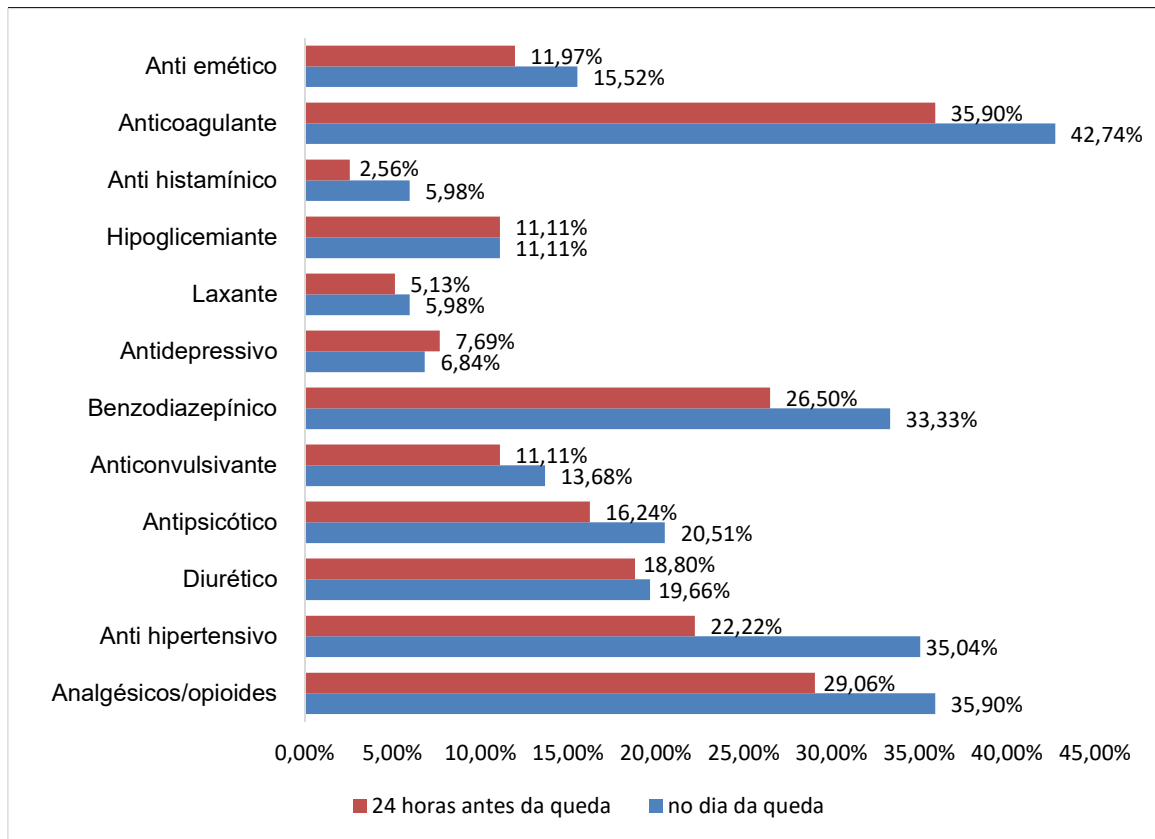
Tabela 7. Avaliação da predição do risco de quedas e escalas utilizadas na admissão e no dia do evento. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2013-2019.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Avaliação da predição de queda à admissão		
Não	56 (47,86)	38,85 – 57,01
Sim	50 (42,74)	33,97 – 51,97
Não informado	11 (9,40)	05,24 – 16,30
Escala utilizada na admissão		
<i>Morse Fall Scale</i>	28 (23,93)	16,97 – 32,61
Elaborada pela instituição	22 (18,80)	12,64 – 27,05
Avaliação da predição de queda no dia do evento		
Não	52 (44,44)	35,59 – 53,66
Sim	55 (47,01)	38,03 – 56,18
Não informado	10 (8,55)	04,62 – 15,28
Escala utilizada no dia do evento		
<i>Morse Fall Scale</i>	31 (26,50)	19,20 – 35,35
Elaborada pela instituição	24 (20,51)	14,06 – 28,92

Fonte: dados do estudo, 2020.

Quanto às classes de medicamentos utilizadas pelos pacientes no dia da queda e nas 24 horas anteriores, predominou os anticoagulantes seguidos dos analgésicos/opioides, anti-hipertensivos e benzodiazepínicos. A distribuição destes dados está apresentada no Gráfico 1.

Gráfico 1. Classes de medicamentos administrados no dia e nas 24 horas anteriores à queda de pacientes internados em unidades de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.



Fonte: Dados do estudo, 2020.

As condutas realizadas pelos profissionais de saúde após a ocorrência do evento queda nos setores pesquisados estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8. Condutas realizadas por profissionais de saúde nos pacientes após a queda nas unidades de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Avaliação médica		
Sim	76 (64,96)	55,77 – 73,16
Não Informado	41 (35,04)	26,84 – 44,23
Tomografia de Crânio		
Não	94 (80,34)	72,01– 86,65
Sim	23 (19,66)	13,35 – 27,99
Indicação de contenção do paciente		
Mecânica	18 (15,38)	09,85 – 23,23
Química	27 (23,08)	16,24 – 31,70

Fonte: dados do estudo, 2020.

Dos pacientes que foram avaliados por um médico após sofrer a queda, 63,15% (n=48) foram atendidos por um clínico geral, 17,10% (n=13) por um cirurgião geral, 10,52% (n=8) por neurologistas, 6,57% (n=5) por ortopedistas, 1,31% (n=1) por anestesiolegista e 1,31% (n=1) por cirurgião vascular.

As contenções químicas foram realizadas com medicamentos das classes dos antipsicóticos e benzodiazepínicos. Quanto à contenção mecânica, somente em um prontuário houve registro de imobilização simultânea pelos membros superiores, inferiores e tórax. Os demais somente pelos membros superiores.

5.3 Complicações e desfechos das quedas

As complicações e desfechos da internação hospitalar dos pacientes que sofreram quedas nos setores PS, CC ou UTI estão descritas na Tabela 9.

Tabela 9. Complicações e desfechos de pacientes que caíram em unidades de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	n (%)	IC 95%
Complicações devido à queda		
Ferimento corto-contuso	16 (13,68)	08,49 – 21,29
Escoriação	12 (10,26)	05,87 – 17,32
Traumatismo cranioencefálico leve	11 (9,40)	05,24 – 16,30
Hematoma	9 (7,69)	04,01 – 14,24
Fratura	6 (5,13)	02,29 – 11,06
Óbito	5 (4,27)	01,77 – 09,98
Traumatismo cranioencefálico moderado	2 (1,71)	00,42 – 06,70
Traumatismo cranioencefálico grave	1 (0,85)	00,12 – 05,97
Desfechos		
Alta hospitalar	61 (52,14)	42,98 – 61,15
Encaminhamento ambulatorial	27 (23,08)	16,24 – 31,70
Transferência para outra instituição	15 (12,82)	07,82 – 20,31
Óbito por complicações clínicas	9 (7,69)	04,01 – 14,25
Óbito por complicações da queda	5 (4,27)	01,77 – 09,98

Fonte: dados do estudo, 2020.

5.4 Dados do evento queda, complicações e desfecho segundo unidade de cuidado crítico aberta (PS) ou fechada (UTI/CC)

Devido à alta frequência de quedas no PS, optou-se por analisar os dados do evento queda, as complicações e os desfechos segundo unidade de ocorrência da queda: unidade aberta (PS) e unidade fechada (UTI/CC).

Em relação ao período em que ocorreu bem como o tipo de queda, a unidade aberta apresentou maior frequência que as fechadas, porém, não houve significância estatística (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição do período e tipo de queda segundo unidade de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Variáveis	PS n (%)	CC + UTI n (%)	P valor
Período em que ocorreu a queda			
Madrugada	24 (28,24)	8 (29,63)	0,302
Matutino	21 (24,71)	4 (14,81)	
Vespertino	25 (29,41)	6 (22,22)	
Noturno	15 (17,65)	9 (33,33)	
Tipo de Queda			
Escorrego	6 (6,98)	1 (3,57)	0,836*
Desmaio	1 (1,16)	0	
Perda do equilíbrio	1 (1,16)	1 (3,57)	
Queda da própria altura	15 (17,44)	5 (17,86)	
Queda da cama, maca e cadeira/poltrona	63 (73,26)	21 (75,00)	

Nota:*Teste exato de Fisher

Fonte: Dados do estudo, 2020.

Quanto ao grau de dano, observa-se que aqueles que trazem alguma repercussão na saúde do paciente (de leve a óbito) foram mais frequentes nas quedas ocorridas em pacientes admitidos no PS, porém sem significância estatística (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição do grau do dano relacionado à queda de pacientes admitidos por unidade de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	PS n (%)	CC + UTI n (%)	P valor
Grau de dano			
Nenhum	38 (50,00)	13 (54,17)	0,153*
Leve	24 (31,58)	11 (45,83)	
Moderado	9 (11,84)	0	
Grave	0	0	
Óbito	5 (6,58)	0	

Nota:*Teste exato de Fisher

Fonte: Dados do estudo, 2020.

A avaliação do risco de queda foi realizada com mais frequência nos pacientes que caíram no PS. Destaca-se que no CC não houve nenhum registro desta avaliação (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição da avaliação do risco de queda na admissão e no dia do evento segundo unidade de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	PS n (%)	CC + UTI n (%)	P valor
Avaliação de predição de queda à admissão			
Não	50 (56,82)	6 (33,33)	0,069
Sim	38 (43,18)	12 (66,67)	
Avaliação de predição de queda no dia do evento			
Não	45 (51,72)	7 (35,00)	0,177
Sim	42 (48,28)	13 (65,00)	

Fonte: Dados do estudo, 2020.

Quanto as complicações e desfechos das quedas verificou-se significância estatística nos desfechos 'alta' e 'óbito' por complicações clínicas' entre as unidades de cuidados críticos aberta e fechadas (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição das complicações e desfechos de pacientes que sofreram quedas segundo unidade de cuidados críticos, 2013-2019. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis	PS n (%)	CC+ UTI n (%)	P valor
Complicações devido à queda			
Escoriação	11 (12,36)	1 (3,57)	0,289*
Hematoma	7 (7,87)	2 (7,14)	1,000*
Fratura	4 (4,49)	2 (7,14)	0,628*
Ferimento corto-contuso	11 (12,36)	5 (17,86)	0,530*
Traumatismo cranioencefálico leve	9 (10,11)	2 (7,14)	1,000*
Traumatismo cranioencefálico moderado	2 (2,25)	0	1,000*
Traumatismo cranioencefálico grave	1 (1,12)	0	1,000*
Óbito	5 (5,62)	0	0,336*
Desfecho			
Alta	52 (58,43)	9 (32,14)	0,015
Encaminhamento ambulatorial	21 (23,60)	6 (21,43)	1,000*
Transferência para outra instituição	9 (10,11)	6 (21,43)	0,190*
Óbito por complicações da queda	5 (5,62)	0	0,336*
Óbito por complicações clínicas	2 (2,24)	7 (25,00)	0,001*

Nota:*Teste exato de Fisher

Fonte: Dados do estudo, 2020.

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que o evento é menos frequente em unidades de cuidados críticos em relação ao total de quedas notificadas nas instituições. Entretanto, pacientes que sofreram quedas nestas unidades tiveram danos por vezes irreversíveis e que demandaram avaliações adicionais ao tratamento previsto antes da ocorrência do evento.

Verificou-se que pacientes do sexo masculino, com idade ≥ 60 anos, hipertensos, etilistas e acometidos com causas externas foram os que mais caíram. O PS foi o local de maior frequência das quedas, a madrugada o período de maior ocorrência e a maca a mobília de maior risco. Houve maior avaliação da predição de quedas no dia do evento quando comparada à admissão hospitalar. Agitação psicomotora/confusão mental, independência para realizar atividades, uso de contenção química e mecânica e administração de anticoagulantes, analgésicos/opioides, anti-hipertensivos e benzodiazepínicos foram os fatores de risco mais frequentes.

A avaliação clínica, realização de tomografia computadorizada, o uso de contenções e orientação de prevenção do evento foram condutas pós-queda mais presentes. Em relação às complicações, os ferimentos corto-contusos e as escoriações foram mais os mais presentes. A alta foi o desfecho mais observado e cinco pacientes perderam a vida devido à queda.

6.1 Características sociodemográficas e clínicas

Quanto ao perfil sociodemográfico, houve maior ocorrência de quedas no sexo masculino (59,83%). Isto é apontado em estudos desenvolvidos em UTI's (TRUMBLE et al., 2017; SPECTH; SOUSA; BEGHETTO, 2019) como em PS (TERRELL et al., 2009; SAKAI et al., 2016; McERLEAN; HUGHES, 2017).

Apesar do sexo não ser apontado em literatura como fator de risco para quedas (PRATES et al., 2014; SEVERO, 2015; LUZIA et al., 2019), estudos que exploraram a temática em unidades cirúrgicas e clínicas ora evidenciaram maior predomínio do sexo masculino (MARIN; BOURIE; ZAFRAN, 2000; MENEGUIN; AYRES; BUENO, 2014; XIMENES et al., 2019), ora do sexo feminino (PASA et al., 2017; BITTENCOURT et al., 2017; AGUIAR et al., 2019).

As quedas no sexo masculino ocorrem pelo fato dos homens não pedirem ou não aceitarem auxílio para a realização de atividades, mesmo quando internados e orientados a solicitarem ajuda (COSTA et al., 2011; PRATES et al., 2014). Além disso, para pessoas deste gênero, estar doente é sinônimo de fragilidade e não de alterações das condições de saúde (SEVERO, 2015; SAKAI et al., 2016).

Outra possibilidade do predomínio de quedas em homens neste estudo pode estar relacionada ao maior número da ocorrência do evento ter ocorrido no PS com maior frequência da classe diagnóstica 'causas externas'.

No que se refere à faixa etária, a população com idade ≥ 60 anos foi a que mais sofreu queda. Esse resultado vai de encontro com outras literaturas, onde pessoas nessa fase da vida foram as que mais caíram em unidades de cuidados críticos (MATEUS et al., 2018; TYNDALL; BAIYLE; ELLIOT, 2020).

Com o aumento do número de idosos somados à alterações fisiológicas advindas do envelhecimento e das comorbidades crônico degenerativas, haverá um exponencial crescimento de incapacidades e sequelas dessa população, o que demandará mais do sistema terciário de saúde. Logo, haverá aumento de internação deste perfil de paciente, culminando com o aumento da ocorrência de quedas (SEVERO, 2015; GUIMARAES; ANDRADE, 2020).

No presente estudo houve perda de registro sobre escolaridade dos pacientes, limitando análises mais fidedignas. Pessoas com maior nível de escolaridade são mais atentas às questões de saúde, além de realizarem atividades físicas em prol da integridade física e orgânica. Já a baixa escolaridade compromete a capacidade de compreensão quanto às recomendações de prevenção de quedas (ABREU et al., 2015).

Quanto aos aspectos clínicos, identificou-se uma maior frequência de pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Estudo realizado com idosos que sofreram quedas em domicílio evidenciou que a HAS aumentou em sete vezes a chance de pessoas com 60 anos ou mais sofrerem queda (SMITH et al., 2017). Ressalta-se que a HAS ocasiona agravos osteoarticulares e de sensibilidade, resultando na redução da capacidade funcional do indivíduo, contribuindo para o risco de queda (ALBUQUERQUE et al., 2013; SAKAI et al., 2016).

Outra comorbidade apontada no presente estudo foi o diabetes mellitus. Estudo transversal, com 110 idosos realizado num ambulatório universitário de Natal/Rio Grande do Norte, concluiu que idosos diabéticos tipo 2 tem maior probabilidade de

queda devido à longevidade da doença, à lesão ocular, à alteração da sensibilidade cutânea, à depressão e ao maior quantitativo de outras comorbidades adjacentes, como a HAS (FONTES, 2018).

Essas comorbidades estão diretamente relacionadas à agudização das condições clínicas e com isso, no aumento de tratamentos clínicos em unidades de cuidados críticos.

O estudo apontou que a intoxicação por álcool estava presente em pacientes que sofreram quedas. Destaca-se que esse hábito de vida é mais frequente em pacientes que caíram em PS (TERRELL et al., 2009; McERLEAN; HUGHES, 2017).

O consumo de álcool deprime o sistema nervoso central causando marcha atáxica de base alargada, alteração do equilíbrio, perda de reflexos e confusão mental. Em jovens, o consumo exagerado pode prejudicar o desenvolvimento cerebral e causar transtornos mentais (SEQUETO et al., 2018). Nas mulheres, ocasiona redução do estrogênio, acelerando o processo de osteoporose e, com isso, o risco de quedas. Nos idosos, o alcoolismo resulta no maior número de comorbidades e na omissão de uso de medicamentos, potencializando o risco de quedas (SEQUETO et al., 2018).

Quanto ao diagnóstico médico, os relativos à 'causas externas' foram os mais frequentes no estudo, com destaque para quedas. Segundo Alves et al. (2018), a queda é a causa externa mais atendida em PS e a de maior progressão das taxas de morbidade e mortalidade no Brasil, cerca de 15% ao ano.

Pacientes com esses diagnósticos apresentam alterações no sistema musculoesquelético. Isso traz consequências como alterações de marcha e equilíbrio, perda de independência e junto disso, o risco de quedas (ABREU et al., 2018).

A maior frequência destas pode estar relacionada ao perfil de duas instituições pesquisadas que são referência no atendimento a pessoas vítimas de trauma e demais causas externas no município e região metropolitana de Belo Horizonte.

6.2 Dados do evento queda

Das notificações analisadas, a maioria registrou que o evento aconteceu no PS. O setor constitui de um ambiente de riscos potenciais aos pacientes, como a ocorrência de quedas (PAIXÃO et al., 2018).

Estudo transversal realizado em um PS americano com capacidade para 25 atendimentos simultâneos analisou os fatores extrínsecos relacionados a queda e

evidenciou que o *design* e *layout* da unidade, a inexperiência de profissionais e o desconhecimento da equipe do quantitativo de quedas ocorridas no setor foram fatores contribuintes para a ocorrência do evento (BECHDEL; BOWMAN; HALEY, 2014).

Outros fatores que corroboram para a queda em PS são: grande demanda de pacientes e fase aguda da doença; pacientes com doenças mentais e sob efeito de drogas ilícitas e/ou em intoxicação exógena (McERLEAN; HUGHES, 2017); o quantitativo reduzido da equipe de saúde; o grande número de pessoas no local, que favorece a hiperestimulação do paciente, ansiedade e privação do sono; pisos lisos e escorregadios (TERRELL et al., 2009).

Entretanto, no PS o paciente pode ser avaliado e identificado quanto ao risco de queda e, naqueles de alto risco, as intervenções preventivas podem ser implementadas (WEIGAND; GERSON, 2001; DUARTE et al., 2015; PATTERSON et al., 2018). Estudo exploratório realizado em 2016 em oito unidades de pronto atendimento paranaenses constatou que, num universo de 377 pacientes, nenhum foi avaliado e tampouco sinalizado quanto ao risco de quedas (PAIXAO et al., 2017).

Neste estudo, as quedas foram mais frequentes durante a madrugada. Esses resultados corroboram com outros estudos (TRUMBLE et al., 2017; McERLEAN; HUGHES, 2017). A vigilância dos pacientes neste período é habitualmente prejudicada pela redução do número de profissionais à beira do leito. Neste período, os profissionais se revezam para períodos de descanso (ALVES et al., 2017). Para favorecer o descanso dos pacientes são feitos ajustes no ambiente para favorecer o descanso do paciente, e estes podem contribuir para a queda. O ambiente estranho, escuro e silencioso desestimula o paciente a solicitar apoio junto a equipe de saúde para atividades, aumentando o risco da queda (COSTA et al., 2011). Quando possível, a presença de um acompanhante em unidade de cuidado crítico, especialmente no PS, pode contribuir na prevenção do evento (ALVES et al., 2017).

Dentre os tipos de queda, a queda da cama/maca/cadeira e poltrona foram os mais frequentes, com destaque para a maca. Pacientes internados em PS, na maioria das vezes, são acomodados neste tipo de mobília. O agravamento clínico e a longa permanência de pacientes em situação crítica em uma única posição na maca causa rigidez e fraqueza muscular, potencializando o risco de quedas (ALEXANDER; KINSLEY; WASZINSKI, 2013; AMAYA et al., 2016). Um dos fatores importantes para

prevenir quedas em pacientes acomodados em macas é a manutenção contínua das grades elevadas (PAIXÃO et al., 2018).

Em relação a queda da cama/leito em pacientes internados em UTI, Decesaro e Padilha (2002) observaram que a manutenção do paciente sem vigilância pelos profissionais, seja para efetuar tarefas assistenciais como intervalos de lanches e passagem de plantão, foram circunstanciais para a ocorrência da queda. Uma coorte retrospectiva canadense verificou que das 26 quedas apontadas, 27% (n=7) ocorreram durante a mudança de turno da enfermagem e 42% (n=11) durante os intervalos de lanche dos profissionais (TRUMBLE et al., 2017).

O escorrego e a queda da própria altura também foram tipos de quedas mais frequentes em PS no presente estudo. Justifica-se por ser um local onde pacientes, por vezes, mobilizam pelos corredores ou para outros ambientes (banheiro) sem o consentimento da equipe de saúde ou sem um acompanhante.

Estudo observacional prospectivo sobre fatores de risco de queda num PS norte-americano evidenciou que, dos 40 pacientes que caíram na unidade, metade foi durante o trajeto ao banheiro (ALEXANDER; KINSLEY; WASZINSKI, 2013). Outro estudo observacional e retrospectivo desenvolvido no PS de um hospital terciário de uma grande cidade do interior dos EUA mostrou que dos 140 pacientes que caíram, 33,2% (n= 46) se direcionavam ao banheiro e 5,4% (n= 8) estavam caminhando no corredor (McERLEAN; HUGHES, 2017).

Já em CC e UTI, habitualmente a locomoção dos pacientes é mais limitada e monitorada pela equipe de saúde e as transferências/transportes são realizadas com o auxílio de dispositivos de transporte (maca, cadeira de rodas) e na presença de, pelo menos, um profissional de saúde.

A respeito do grau de dano após a queda, a maior frequência no estudo foi nenhum dano. Pesquisas realizadas neste mesmo contexto apontaram o mesmo resultado (ALEXANDER; KINSLEY; WASZINSKI, 2013; RICHARDSON; CARTER, 2015; TRUMBLE et al., 2017; McERLEAN; HUGHES, 2017).

A maior frequência deste grau de dano pode estar relacionada ao fato de, na grande maioria dos casos, os profissionais de saúde considerarem prioritariamente os danos físicos, considerando secundários ou até mesmo desconsiderando aqueles de cunho social e psicológico, que impactam consideravelmente o paciente como também seus familiares.

Destaca-se que o Relatório da ANVISA sobre as notificações de EA apontou que, de dezembro de 2019 a novembro de 2020, o grau do dano leve foi predominante entre os incidentes notificados por hospitais em todo território nacional (BRASIL, 2021a). O mesmo grau foi o mais frequente em relação à quedas (BRASIL, 2021a). Deste modo, mesmo que intervenções mínimas sejam necessárias, a queda impacta na condição de saúde do paciente durante a internação.

Quanto a funcionalidade, mais da metade da população era independente para as atividades de vida diária. Este resultado alerta para a questão dos fatores extrínsecos para quedas existentes em instituições hospitalares e que devem ser investigados e corrigidos (ABREU et al., 2012). Ademais, o uso de uma escala validada para a investigação da funcionalidade dos pacientes por parte dos profissionais de saúde deve ser rotineiro na admissão e avaliação diária dos pacientes com risco de queda.

Neste estudo, o histórico de quedas não foi recorrente nos pacientes que caíram nas unidades de cuidados críticos. Isso pode ter ocorrido pelo fato do profissional de saúde não ter questionado sobre tal no momento da admissão do paciente na instituição. Entretanto, em se tratando de idosos, os profissionais de saúde podem ter julgado a queda como evento inevitável nesta faixa etária (KIEL; SCHAMDER; SULLIVAN, 2017).

Moe et al. (2015) afirmam que pacientes com histórico de queda nos últimos seis meses são 2,98% mais propensos a sofrer uma queda. Desta forma, o levantamento desse dado deve ser uma rotina do profissional de saúde para qualquer paciente.

Neste estudo, verificou-se que em pouco mais de 2/3 dos prontuários não havia registro de queixa de dor intensa do paciente. Pessoas que sentem dor são susceptíveis à queda pelo fato dessa alterar o humor, a mobilidade e o sono (LORCA et al., 2019). Idosos, habitualmente, sentem dor devido desgastes osteomusculares e doenças crônico degenerativas (GHISLENI et al., 2016). Destaca-se o uso rotineiro de analgésicos/opióides em pacientes em unidades de cuidados críticos para atender a queixa de dor e, por vezes, a não reavaliação da resolutividade desta queixa, especialmente nos pronto socorros.

A agitação psicomotora/confusão mental foi fator de risco frequente nos pacientes que caíram em unidades de cuidados críticos, dado confirmado pela

literatura (RICHARDSON; CARTER, 2015; PAIXAO et al, 2017; TRUMBLE et al., 2017).

Este fator de risco é presente em idosos, faixa etária mais frequente da população deste estudo. Ademais, pacientes internados em unidades de cuidados críticos apresentam uma complexa condição clínica, com várias morbidades associadas que podem resultar na agitação psicomotora/confusão mental (STOECKLER et al., 2019). Um estudo descritivo retrospectivo norte americano ressalta que pacientes em estado confusos ou desorientados são 2,05 vezes mais propensos a sofrerem uma queda (MOE et al., 2015).

O ambiente dessas unidades, por vezes agitado, com excesso de conversas ou barulho somado ao moroso processo de adaptação ao ambiente hospitalar, especialmente em idosos, pode causar agitação/confusão mental nos pacientes, aumentando o risco de quedas (SAKAI et al., 2016).

No que se refere à avaliação da predição de quedas, o PS foi mais frequente. Essa deve ser realizada na admissão do paciente, diariamente e até a alta da instituição de saúde (BRASIL, 2013b).

A adoção de instrumento que permita uma avaliação dos fatores de risco para quedas é o passo inicial para identificação do paciente com alto potencial de cair para, por conseguinte, estabelecer estratégias de prevenção do evento (FORREST et al., 2013; SAKAI et al., 2016; URBANETTO et al., 2016). Entretanto, deve-se utilizar uma escala que atenda ao perfil do paciente avaliado (MORSE; MORSE; TYLKO, 1989; BRASIL, 2013b) para minimizar o erro na classificação do risco (ALVES et al., 2017).

No Brasil, a MFS é amplamente utilizada como preditora de risco de quedas, inclusive em unidade de cuidados críticos. Contudo, essa parece não contribuir para uma avaliação efetiva de risco de quedas e tampouco para a implementação de cuidados direcionados a pacientes internados nessas unidades. Afinal, quando aplicada em UTI, quase a totalidade dos pacientes ali inseridos são classificados como moderado a alto risco (SPECTH; SOUSA; BEGHETTO, 2020). A aplicação da MFS em unidades de cuidados críticos deve ser discutida.

Dentre as medicações utilizadas 24 horas e no dia da queda, os analgésicos/opioides, anticoagulantes, anti-hipertensivos e benzodiazepínicos foram os mais frequentes em ambos os momentos.

O paciente em unidade de cuidados críticos, por vezes, faz uso de polifarmácia, ou seja, cinco ou mais medicações. A polifarmácia aumenta o risco de interação

medicamentosa e de uso equivocado de medicamentos, potencializando o risco de quedas (TOMAZ et al., 2017; SOUSA, 2018).

Um estudo transversal que descreveu a prevalência e fatores relacionados à ocorrência de EA por medicamentos revelou que a probabilidade de um EA aumenta com a quantidade de medicamento que o paciente faz uso. Isto se dá pela(s) interação(ões) medicamentosa (s) que podem ocorrer (SOUSA et al., 2018).

Um estudo de caso-controle realizado em Taiwan com 83 pacientes que sofreram queda na UTI local concluiu que antidepressivos tricíclicos, diuréticos, narcóticos e a polifarmácia devem ser cuidadosamente prescritos e revisados regularmente (CHIU et al., 2014).

Estudo transversal que investigou os medicamentos utilizados por 148 pacientes que caíram num hospital de Belo Horizonte certificou que 84,6% (n=125) fizeram uso de medicações que aumentavam o risco de quedas, e os opióides foram a classe medicamentosa mais administrada (SILVA; COSTA; REIS, 2019). Salienta-se que este tipo de fármaco é considerado pelo *Medication Fall Risk Score* como de alto risco para queda (BEASLEY; PATATANIAN, 2009). Os analgésicos/opióides podem causar tonturas, vertigens e hipotensão postural, aumentando, assim, o risco de queda (SANTOS; MORIGUCHI; BLANK, 2018).

Freitas et al. (2017) destacam que o uso de anticoagulantes é contra-indicado em pacientes com risco de queda. A ocorrência desse pode acarretar em complicações neurológicas graves, como hematomas cerebrais.

Essa classe de medicação é amplamente utilizada em pacientes inseridos em unidades de cuidados críticos para prevenção de trombose venosa profunda, o que justifica sua maior frequência.

Revisão sistemática certificou que, em idosos, os benzodiazepínicos e diuréticos são medicamentos de alto risco para quedas (REZENDE; CARRILLO; SEBASTIAO, 2012). Os benzodiazepínicos podem ocasionar alterações psicomotoras e hipotensão postural. Os diuréticos causam hipotensão ortostática e arritmias (TOMAZ et al., 2017). Entretanto, os diuréticos, neste estudo, não foram frequentes.

Estudo transversal e descritivo cearense que avaliou o risco de quedas de pacientes com cardiopatias isquêmicas internados num hospital de grande porte de Fortaleza concluiu que os anti-hipertensivos foi a classe de medicamentos que mais ocasionou quedas (ALBUQUERQUE et al, 2013). Esta classe de medicamento pode ocasionar a hipotensão postural, aumentando o risco de queda. A associação, no

idoso, de anti-hipertensivos e comorbidades crônico degenerativas potencializa o risco de quedas (CALLIS, 2016).

Em relação às condutas pós-queda, a avaliação médica, a realização da tomografia computadorizada e a contenção química foram as mais frequentes. A avaliação médica após o evento deve ser imediata para determinar as condições de saúde, possíveis complicações e, se necessário, intervenções clínicas urgentes e emergentes (HEALEY et al., 2011).

A biomecânica da queda causa impacto de partes do corpo contra a superfície e, conforme a força exercida, causa lesões e traumas que, por vezes, não apresenta sinais e sintomas. Portanto, a realização de exames de imagem como a tomografia computadorizada deve ser feita como complementação à avaliação médica (MELLO et al., 2014). Destaca-se o custo deste exame complementar e a ocupação do setor de diagnóstico de imagem em decorrência de um evento evitável.

A contenção química consiste na administração de medicamentos para controlar a agitação psicomotora de paciente e, dentre seus objetivos está a prevenção de quedas. Os antipsicóticos são a classe medicamentosa mais utilizada neste tipo de contenção (BACKES et al., 2019). Esses causam muita sonolência, ataxia, tonturas, déficit psicomotor e alteração do nível de consciência, aumentando o risco de queda (ASSATO; BORJA-OLIVEIRA, 2015; ABREU et al., 2015).

A contenção mecânica é comumente empregada para controlar, por determinado tempo, pacientes confusos, agitados e com risco de quedas (MELLO et al., 2014; SOUZA, 2018). No entanto, pode ocasionar complicações ao paciente como lesões por pressão, redução da perfusão periférica, trombose venosa profunda e até a morte por sufocamento ou trauma (SOUZA et al., 2019).

O estudo transversal realizado em um hospital público do Rio de Janeiro mostrou que pacientes em UTI tem 23,4 vezes mais chance de permanecer contidos que em outros setores. E para a equipe de enfermagem, essa contenção previne queda de pacientes pois, pessoas internadas nesse ambiente podem apresentar alterações de saúde mental e de condições clínicas que potencializa o risco de queda (SOUZA et al., 2019).

Na revisão sistemática, Souza (2018) verificou que a prevalência de contenção em pacientes em UTI adulto varia de zero a 90%. O uso foi indicado para idosos (devido às alterações cognitivas), pacientes agitados/confusos e como estratégia de prevenção de quedas, a retirada acidental de dispositivos assistenciais e interrupções

de terapêuticas. As restrições de membros superiores, inferiores e de tronco foram as mais aplicadas.

Na prática assistencial, o uso de contenção é bastante debatido e criticado quando aplicado em caráter punitivo/coercitivo e não com fundamentação clínica quanto o grau de agitação do paciente (MELLO et al., 2014). Portanto, uma avaliação periódica e individual como avaliação do nível de consciência e de dados vitais a cada hora, a inspeção da pele próxima aos locais de contenção (SOUZA, 2018; SOUZA et al., 2019) são alguns cuidados de enfermagem que devem ser realizados.

6.3 Complicações e desfechos das quedas

Ferimentos corto-contusos, escoriações e hematomas foram as complicações mais frequentes no estudo. Estudo descritivo retrospectivo norte-americano desenvolvido em um PS mostrou que, das 57 quedas, 5,4% (n=3) resultaram em escoriação e 3,6% (n=2) em hematomas (TERRELL et al., 2009). Outro estudo em PS, de 190 eventos, as feridas corto-contusas ocorreu em 17,9% (n= 19) (McERLEAN; HUGHES, 2017).

Estudo inglês realizado em UTI mostrou que, do universo de 42 quedas, 14% dos pacientes tiveram escoriações (RICHARDSON; CARTER, 2015). Estudo desenvolvido em uma UTI no Canadá registrou a ocorrência de escoriações em 15% dos 26 pacientes que sofreram quedas (TRUMBLE et al., 2017).

Essas lesões são as mais habituais em pessoas que apresentam quedas e tentam proteger-se durante as mesmas. Habitualmente são predominantes nos membros superiores e inferiores (MOTOKI; CARVALHO; VENDRAMIN, 2013).

Neste estudo, cinco pacientes que sofreram queda evoluíram a óbito pelo evento e outros nove por complicações clínicas. Estudo mostrou que a taxa de mortalidade de idoso por queda em instituições hospitalares aumenta cerca de 15% ao ano (ABREU et al., 2018).

Dados do DATASUS mostram que em 2019, 342 pacientes morreram em hospitais brasileiros por queda do leito. Entre 2013 a 2019, a região Sudeste contabilizou 232 óbitos de pessoas com idade acima de 20 anos. As quedas intra-hospitalares de outras mobílias causou a morte de 36 pessoas em 2019 (BRASIL, 2019).

Espera-se junto ao paciente crítico o melhor atendimento, com indicativos e grandes possibilidades de sobrevivência. Contudo, a ocorrência do evento evitável queda acarreta em complicações antes não presentes e esperadas.

O evento queda envolve instituições de saúde, profissionais, pacientes e familiares. Portanto, a prevenção de quedas em unidades de cuidados críticos constitui um desafio a ser alcançado em prol da minimização de complicações e desfechos desfavoráveis e, por vezes, irreversíveis.

6.4 Limitações do estudo

Dentre as limitações deste estudo pode-se citar a inexistência, até o momento, de instrumentos validados para avaliar a ocorrência de queda em unidades de cuidados críticos.

Outro ponto foi a ausência do registro dos itens grau de dano, tipo de queda e avaliação de predição de queda à admissão e no dia evento nos formulários de notificações de algumas instituições, levando a perda de registros e da realização de uma análise estatística mais robusta.

A coleta de dados no setor DRG e não no NSP de um hospital pesquisado não permitiu o acesso ao formulário de notificação do hospital, limitando o acesso às informações precisas do número absoluto de quedas na instituição.

Ainda, a subnotificação do evento queda nestes setores limitou o tamanho da população e conseqüentemente a generalização dos resultados.

No entanto, ressalta-se que o estudo foi realizado em cinco hospitais de grande porte de uma grande metrópole, o que pode ser representativo de outras instituições hospitalares com perfil de pacientes semelhantes.

6.5 Potencialidades e Contribuições do estudo

Os achados deste estudo trazem contribuições para o ensino, pesquisa e prática assistencial. Para o ensino, estimular discussões e ampliação do aprendizado de futuros enfermeiros quanto a prevenção de quedas. Afinal, a população idosa é a mais acometida pelo evento e observa-se uma tendência crescente demográfica, o que poderá acarretar no aumento da ocorrência de quedas. Além disso, este perfil populacional são os mais admitidos em unidades de cuidados críticos.

Para a pesquisa, instigar a realização de estudos com delineamentos mais robustos e que abordem sobre as melhores práticas de prevenção de quedas nestas unidades.

Para a prática assistencial, dados para subsidiar a elaboração de protocolos específicos de prevenção do evento queda em unidades de cuidados críticos, possibilitando a implementação de cuidados mais diretivos, seguros e consistentes em prol da prevenção de quedas nesses setores.

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que apesar do evento queda ser menos frequente em unidades de cuidados críticos em relação ao total de quedas ocorridas nas instituições, os pacientes por vezes apresentaram danos irreversíveis.

Predominou pacientes do sexo masculino, idosos, hipertensos e acometidos com causas externas. O PS foi a unidade de cuidado crítico com maior frequência das quedas e a maca a móvel de maior risco. Houve maior avaliação da predição quedas no dia do evento quando comparada à admissão hospitalar. Agitação psicomotora/confusão mental, independência para realizar atividades, uso de contenção química e mecânica e administração de anticoagulantes, analgésicos/opioides, anti-hipertensivos e benzodiazepínicos foram os fatores de risco mais frequentes.

A avaliação clínica, realização de tomografia computadorizada e o uso de contenções predominaram como condutas pós-queda. Em relação às complicações, os ferimentos corto-contuso, as escoriações e hematomas foram as mais presentes. A alta hospitalar predominou como desfecho e cinco pacientes evoluíram a óbito devido à queda.

A análise da ocorrência de quedas em unidades de cuidados críticos pode contribuir para o investimento da equipe de saúde em estratégias que busquem um cuidado engajado, qualificado e baseado em evidências visando a redução do evento evitável queda ao mínimo aceitável.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 597-603, junho 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300023>.
- ABREU, D.R.O.M. et al. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1131-1141, abr. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201800040113. Acesso em 04 mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.09962016>.
- ABREU, H.C.A. et al. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-9, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-9102015000100303&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em 13 abr. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005549>.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Fall prevention. 2020. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/topics/falls-prevention.html>. Acesso em: 22 set. 2020.
- AGUIAR, J.R et al. Fatores de risco associados a queda em pacientes internados em clínica médica cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 617-23, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002019000600617&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em 10 fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900086>
- ALABI, M.A. et al. Fatores relacionados à queda de pacientes em um hospital público: percepção dos coordenadores de enfermagem. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, supl. 1, p. 168-181, 2016. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2674>. Acesso em 30 abr. <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2674> 2020.
- ALBUQUERQUE, S. et al. Fatores de risco para quedas em pacientes hospitalizados com cardiopatias isquêmicas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 158-168, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027985018>. Acesso em 15 mar. 2021.
- ALEXANDER, D.; KINSLEY, T.; WASZINSKI, C. Journey to a safe environment: fall prevention in an emergency department at a level I trauma center. **Journal of Emergency Nursing**, n. 39, n. 4, p. 346-52, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23380299/>. Acesso em 24 mar. 2021. doi: 10.1016/j.jen.2012.11.003.
- ALVES, G.C.Q. et al. Vítimas de trauma por quedas atendidas em unidades de pronto socorro adulto: estudo transversal. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 3,

p. 59-65, 2018. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1958>. Acesso em: 20 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n3.1958>.

ALVES, V.C. et al. Ações do protocolo prevenção de quedas: mapeamento com a classificação de intervenções de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2986, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2986.pdf. Acesso em 21 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2394.2986>.

AMAYA, M. R. et al. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n.12, p.1-8, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37nspe/0102-6933-rngenf-1983-14472016esp2016-68778.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ASSATO, C. P.; BORJA-OLIVEIRA, C.R. Psicofármacos potencialmente inapropriados para idosos. **Estudos Interdisciplinares do envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 687-701, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868942>. Acesso em 28 mar. 2021.

BACKES, C. et al. A prática da contenção dos idosos: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 5, p. 578-83, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000500016. Acesso em 29 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900080>.

BASSETT, A.M; SIU, K.C.; HONAKER, J;A. Functional Measures for Fall Risk in the Acute Care Setting: A Review. **Western Journal of Nursing Research**, v. 4, n. 10, p. 1469-1488, 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945917705321>. Acesso em 16 mai. 2020. <https://doi/10.1177/0193945917705321>

BAUSCH, A.B. et al. Mortalidade por quedas de leitos hospitalares: estudo retrospectivo. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 3, n. 112, 2017. Disponível em: <https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17023>. Acesso em 28 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v3i2.17023>.

BECHDEL, B.; BOWMAN, C. HALEY, C. Prevention of falls: applying AACN's healthy work environment standards to a fall campaign. **Critical Care Nursing**, v. 34, n. 5, p. 75-79, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25274768/>. Acesso em 20 mar. 2021. doi: 10.4037/ccn2014987.

BECK, C.L.C. et al. O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. **Escola Anna Nery** [online], Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 221-227, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200008>.

BEASLEY, B. PATATANIAN, E. Development and implementation of a pharmacy fall prevention program. **Hospital Pharmacy**, v. 44, n. 12, p. 1095-1102, 2009. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1310/hpj4412-1095>. Acesso em 20 mar. 2021.

BECHDEL, B.; BOWMAN, C.; HALEY, C. Prevention of Falls: applying AACN's Healthy Work Environment Standards to a Fall Campaign. **Critical Care Nurse**, v. 34, n 5, p. 75-81, 2014. Disponível em: Disponível em: <http://web-b-ebshost.ez27.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vi>. Acesso em 14 nov. 2020.

BITTENCOURT, V.L.L et al. Factors associated with the risk of falls in hospitalized adult patients. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 51, p. 1-7, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03237.pdf. Acesso em 26 mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016037403237>

BRAILE, D.M. et al. Modelos de Predição de Risco: são eles realmente necessários? **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 6, p. 677-678, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001600001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001600001>.

BRASIL. **Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011**: Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011. Acesso em: 22 agosto 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 31 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de prevenção de quedas**. Brasília; 2013b. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/preve-ncao-de-quedas>. Acesso em 31 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.095 de 24 de Setembro de 2013**: Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília; 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em 31 mar. 2019.

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

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em 10 jan. 2020.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde**. Incidentes relacionados à assistência a saúde – de 2014 a abril 2019. 2019a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+15/bb637392-4973-4e7f-8907-a7b3af1e297b>. Acesso em 23 mai. 2019.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2019**. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde – 25 de julho de 2019. 2019b. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2019-gvims-ggtes-anvisa>. Acesso em 06 ago. 2020.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**: resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, dezembro de 2019 a novembro de 2020. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/brasil/view>. Acesso em 24 mar. 2021.

CALLIS, N. Falls prevention: identification of predictive fall risk factors. **Applied Nursing Research**, v. 29, p. 53-8, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189715001056>. Acesso em 07 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.007>.

CANGANY, M. et al. Bedside nurses leading the way for falls prevention: na evidence-based approach. **Critical Care Nursing**, v. 35, n. 2, p. 82-4, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25834013>. Acesso em 20 mar. 2020. DOI: 10.4037//ccn2015414.

CARLESI, K.C et al. Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e carga de trabalho em Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2841, p. 1- 8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2841.pdf. Acesso em 10 mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>.

CARPENTER, C. R. et al. Older adult falls in emergency medicine – a sentinel event. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 34, n. 3, p. 355-367, 2018. Disponível em: [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(18\)30974-1/pdf](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(18)30974-1/pdf). Acesso em 16 mar. 2020. doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.002.

CARRERA, S. A.; AGUIAR, B.G.C. Cultura de Segurança do Paciente: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 77-9, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626595>. Acesso em 10 mar. 2019.

CARVALHO, T.C.; DINI, A.P. Risco de queda em pessoas com doença renal crônica e fatores relacionados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3289, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3289.pdf. Acesso em 12 fev. 2021. 10.1590/1518-8345.3911.3289.

CASTELLINI, G. et al. Fall prevention: in the stratify tool the right instrument in Italian hospital inpatient? A retrospective observational study. **BMC Health Service Research**, v. 17, n. 656, p. 3-7, 2017. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2583-7>. Acesso em 28 mai. 2019. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2583-7>.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 6, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600001.pdf. Acesso em 25 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600001>.

CHENJUAN, M; PARK, S.H.; SHANG, J. Inter- and Intra-Disciplinary Collaboration and Patient Safety Outcomes in U.S. Acute Care Hospital Units: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 85, p. 1-6, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29783090/>. Acesso em 14 abr. 2020. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.001

CHIU, M.H. et al. Medication use and falls risk assessment for falls in an acute care hospital. **Geriatrics & Gerontology International**. Japão, v. 15, n. 7, p. 856-863, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12359>. Acesso em 10 jun. 2019. <https://doi.org/10.1111/ggi.12359>

CLOSE, J. C. T. How can you prevent falls and subseqente fractures? **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 27, p. 821-834, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521694213001290?via%3Dihub>. Acesso em 21 mar. 2020. DOI: 10.1016/j.berh.2013.12.001

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultado de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100009>.

COSTA, A.G.S. et al. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 395-404, 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/pdf/v13n3a04.pdf>. Acesso em 23 mai. 2019. <https://doi.org/10.5216/ree.v13i3.14179>.

COSTA-DIAS, M.J.M.; FERREIRA, P.L. Escalas de avaliação de risco de quedas. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 2, p. 153-161, 2014. Disponível em: www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn2/serlVn2a16.pdf. Acesso em 01 jul. 2019. DOI: [dx.doi.org/10.12707/RIII12145](https://doi.org/10.12707/RIII12145).

CUMBLER, E.U. et al. Inpatient falls: defining the problem and identifying possible solutions. Part II: application of quality improvement principles to hospital falls. **Neurohospitalist**, v. 3, n.4, p. 203-8, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3810825/pdf>. Acesso em 19 mai. 2020. DOI: 10.1177_1941874412470666.

DECESARO, M.N.; PADILHA, K.G. Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação em UTI: queda de pacientes. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.1, n.1, p. 159-162, 2002. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5688/3612>. Acesso em 12 ago. 2019.

DE GROOT, G. C. L.; AL-FATTAL, A.; SANDVEN, I. Falls in hospital: a case-control study. **Scandinavian Journal in Caring Science**, v. 34, n. 2, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12733>. Acesso em 04 mai. 2020. DOI: 10.1111/scs.12733.

DEJOHN, P. Risk assesement helps prevent falls in ACS patients. **Journal OR Manager**, v. 29, n.6, p. 26-30, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23828970/>. Acesso em 25 mar. 2021.

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-54, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>. Acesso em 09 dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120>.

DYKES, P.C. et al. Why Do Patients in Acute Care Hospitals Fall? Can Falls Be Prevented? **Journal Nursing Administration**, v. 39, n. 6, p. 299–304, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107706/>. Acesso em 01 jul. 2019. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181a7788a.

DYKES, P.C. et al. Scales of assessing self-efficacy of nurses and assistants for preventing falls. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67, n. 2, p. 438-449, 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2010.05501.x>. Acesso em 30 abr. 2020. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05501.x>.

EGGINS, S.; SLADE, D. Communication in clinical handover: improving the safety and quality of the patient experience. **Journal of Public Health Research**, v. 4, n. 666, p. 197-99, 2015. Disponível em: <https://www.jphres.org/index.php/jphres/article/view/666/274>. Acesso em 20 abr. 2020. DOI: 10.4081/jphr.2015.666

FASSARELLA, C.S. et al. Cultura de segurança dos enfermeiros entre os serviços de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 803-9, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0767.pdf. Acesso em 28 mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>.

FERREIRA, D.F. Evento adverso nunca é fatalidade, é sempre falha. 2017. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/evento-adverso-nunca-e-fatalidade-e-sempre-falha-diz-dr-dario-fortes-ferreira/>. Acesso em 20 mar. 2021.

FERREIRA NETO, C.J.B. et al. Avaliação dos riscos de queda de pacientes em uso de medicamentos prescritos em hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 305-310, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200305&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0376>.

FILIPEK, C. et al. Lithing the part: fall prevention strategies in a mixed intensive care and coronary care unit. **Canadian Journal of Critical Care Nursing**, v. 28, n. 2, p. 55, 2017. Disponível em: <http://web-b-ebshost.ez27.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid>. Acesso em 07 jul. 2020.

FLORENCE, C. S. et al. Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 66, n. 4, p. 693-98, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.15304>. Acesso em 29 mai. 2020. DOI: 10.1111/jgs.15304.

FONTES, F.P. Probabilidade do risco de quedas em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. 2018. 111p. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2018.

FORREST, G.P. et al. A comparison of the function independence measure and morse fall score as tools to assess risk of fall on an inpatient rehabilitation. **Rehabilitation Nursing**, n. 38, p. 186-192, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/rnj.86>. Acesso em 29 mai. 2019. DOI: 10.1002/rnj.86

FREITAS, C. M. N. et al. Terapia anticoagulante: foco na fibrilação atrial. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 243-250, 2017. Disponível em: <http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/19951050311526476739>. Acesso em 26 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.29381/0103-08559/20172703243-50>.

GALEAO, P.A.B.A.; SANTANA, H.T.; COSTA, M.M.M. Qualidade e segurança do paciente em serviços de saúde: noções gerais. In: AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA. Introdução à Segurança do Paciente e Qualidade. Brasília, p. 9-36, 2019. Disponível em: <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/236>.

GANS, D. et al. Preventing falls in the hospitals: a toolkit for improving quality of care. Rockville: **Agency for Healthcare Research and Quality**, 2013, 222p.

GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 201-9, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/rbpg/v17n1/1809-9823-rbpg-17-01-00201.pdf>. Acesso em 08 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1809-9823201400100019>.

GHISLENI, A.P. et al. Dor crônica, equilíbrio e quedas de idosos em instituições de longa permanência. **Revista do Hospital Universitario Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 320-327, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/31609/23266>. Acesso em 24 mar. 2021. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2016.31609>.

GUETTENS, S. et al. The patient's perspective of sustaining a fall in hospital: a qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 3-4, p. 743-752, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28926152/>. Acesso em 20 set. 2020. DOI: 10.1111/jocn.14075.

GUIMARAES, R. M.; ANDRADE, F.C.D. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 37, e0117, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982020000100451&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.20947/s0102-3098a0117>.

HALM, M. A.; QUIGLEY, P. A. Reducing falls and fall-related injuries in acutely and critically ill patients. **American Journal of Critical Care**, v. 20, n. 6, p. 480-84, 2011. Disponível em: <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/20/6/480/2985>. Acesso em 02 abr. 2020. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011606>.

HEALEY, f. et al. Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. **The BMJ**, v. 342, p. 329-342, 2011. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d329.full?eaf>. Acesso em 25 mar. 2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.d329>.

INOUE, K. C. et al. Riesgo de caída de la cama. El desafío de la enfermeira para la seguridad del paciente. **Investigación y Educación em Enfermería**, Medellín, v. 29, n. 3, p. 459-466, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120. Acesso em 15 mai. 2020.

ISHIKURO, M. et al. Exploring risk factors of patient falls: a retrospective hospital record study in Japan. **The Tohoku Journal of Experimental Medicine**, v. 243, ed.3, p. 195-203, 2017. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/243/3/243_195/_html/-char/en. Acesso em 14 out. 2020. <https://doi.org/10.1620/tjem.243.195>.

ISOMI, M. et al. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 5, p. 390-96, 2013. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005>. Acesso em 22 set. 2020. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005>.

JHA, A. K. et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality Safety**, v. 22, n. 10, p. 809-15, 2013. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/10/809>. Acesso em 20 abr. 2020. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>.

JOHNSON, K.; STINSON, K.; RAZO, S. Patient fall risk and prevention strategies among acute care hospitals. **Applied Nursing Research**, n. 51, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0897189719303222>. Acesso em 07 jul. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151188>.

KIEL, S. K. E.; SULLIVAN, D. J. Falls in older persons: risk factors an patient evaluation. [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-riskfactors-and-patient-evaluation?source=contentShare&si=65f64b7b-f077-4fb6-9fca-8ac1d22be58e>. Acesso em 17 mar. 2021.

KIM, K. et al. Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea. **Korean Journal Internacional Medicine**, v. 32, n. 1, p. 199-210, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5214733>. Acesso em 20 fev. 2020. 10.3904/kjim.2016.218.

LEMOS. G.C. et al. A Cultura de Segurança do Paciente no Âmbito da Enfermagem: Reflexão Teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, e2600, 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>. Acesso em 28 mar. 2020. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2600>

LLOYD-SHERLOCK, P.; MSKEE, M.; EBRAHIM, S. WHO washes its hands us older people. **Lancet**, v. 391, n. 10115, p. 25-6, 2018. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2933313-5>. Acesso em 08 abr. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33313-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33313-5).

LORCA, L. A. et al. Incidência e risco de quedas em pacientes tratados por neoplasias hematológicas na unidade de hematologia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3145, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100332&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2953-3145>.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BAO, A. C. P. Segurança do Paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 121-7, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121. Acesso em 22 ago. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.44370>.

LUZIA, M. F. et al. Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. esp., p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v40nspe/1983-1447-rngenf-40-spe-e20180307.pdf>. Acesso em 30 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180307>.

LUZIA, M. F. et al. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 52, 5, e03308, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/0080-6234-reeusp-S1980-220X2017024203308.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017024203308>

MAIA, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Revista Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017320, 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v27n2/2237-9622-ess-27-02-e2017320.pdf>. Acesso em 08 de abr. 2020. 10.5123/S1679-49742018000200004.

MARIN, H.F.; BOURIE, P.; SAFRAN, C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 27-32, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12396.pdf>. Acesso em 20 jun. 2019.

MARINHO, R. C. et al. Estratégias para promover a segurança. In: VIANA, R. A. P. P.; TORRE, M. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas integrativas**. São Paulo: editora Manole, 2017, p. 94-115.

MARQUET, K. et al. One fourth of unplanned transfers to a higher level of care are associated with a highly preventable adverse event: a patient record review in six belgian hospitals. **Critical Care Medicine**, v. 46, n. 5, p. 1053-61, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403974/>. Acesso em 08 abr. 2020. DOI: 10.1097/CCM.0000000000000932.

MATEUS, M.R. et al. Risco de quedas de pacientes em pronto socorro. EVINCI, Curitiba, 2018. **Anais do EVINCI**. Curitiba, v. 4, n. 1, 2018.

McERLEAN, D.R.; HUGHES, J.A. Who falls in an adult emergency department and why – a retrospective review. **Australian Emergency Nursing Journal**, v. 20, p. 12-16, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034556/>. Acesso em: 24 abr. 2020. DOI: 10.1016/j.aenj.2016.11.001

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 mar. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.002>.

MENEGUIN, S.; AYRES, J. A.; BUENO, G. H. Caracterização de quedas de pacientes em um hospital especializado em cardiologia. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p. 784-91, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13554/pdf>. Acesso em 14 abr. 2020. 10.5902/2179769213554.

MINAYO, M. C. S. O imperativo de cuidar da pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 247-52, 2019. Disponível em:

<https://scielosp.org/pdf/csc/2019.v24n1/247-252/pt>. Acesso em 08 abr. 2020.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29912018>.

MION, L.C. et al. Is it possible to identify risks for injurious falls in hospitalized patients? **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 38, n. 9, p. 408-413, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23002493/>. Acesso em 19 mai. 2020. 10.1016 / s1553-7250 (12) 38052-5.

MOE, K. et al. Major predictors of inpatient falls: a multisite study. **Journal of Nursing Administration**, v. 45, n. 10, p. 498-502, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26425974>. Acesso em 29 mar. 2021. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000241>.

MORRIS, R.; RIORDAN, S. Prevention of falls in hospital. **Clinical Medicine**, v.17, n. 4, p. 360-362, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6297656/>. Acesso em 21 set. 2020. 10.7861/clinmedicine.17-4-360.

MORSE, J.M. **Preventing patient falls** – establishing a fall intervention program. 2 ed., 169 p.

MORSE, J. M.; MORSE, R.M.; TYLKO, S.J. Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Canadian Journal on Aging, La Revue Canadienne du Vieillessement**, Cambridge, v. 8, n. 4, p. 366-77, 1989. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/abs/development-of-a-scale-to-identify-the-fallprone-patient/A0CDFA5381DEC8DA4D7E7A1B1A74692E>. Acesso em 31 mai. 2019. <https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>.

MOTOKI, M.H.C.; CARVALHO, K. C.; VENDRAMIN, F. S. Perfil de pacientes vítimas de trauma em membros inferiores atendidos por equipe reparadora do Hospital Metropolitano de urgência e emergência. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 2, p. 276-281, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n2/v28n2a18>. Acesso em 29 mar. 2021.

NETO, C.J.B.F. et al. Avaliação dos riscos de queda de pacientes em uso de medicamentos prescritos em hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 305-10, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200305&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680217i>.

NORONHA, M.F. et al. O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 198-208, 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101991000300007>.

OLIVEIRA, A. C.; GARCIA, P. C.; NOGUEIRA, L. S. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 679-89, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400683. Acesso em 21 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201600005000204>.

OLIVEIRA, J. S. et al. Fatores extrínsecos para risco de quedas de idosos hospitalizados. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1835-40, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231271/29434> Acesso em 29 mai. 2020. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231271p1835-1840-2018>.

OLIVER, D.G. et al. A systematic review and meta-analysis of studies using the STRATIFY tool for prediction of falls in hospital patients: how well does it work? **Age and Ageing**, Oxford, v. 37, n. 6, p. 621-627, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18829693>. Acesso em 01 jul. 2019. <http://doi:10.1093/ageing/afn203>.

OLIVER, D.; HEALEY, F.; HAINES, T.P. Preventing falls and falls-related injuries in hospitals. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 26, n. 4, p. 645-692, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20934615#>. Acesso em 01 jul. 2019. 10.1016/j.cger.2010.06.005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008**: Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca [Internet]. 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Acesso em 13 jan. 2021.

_____. **Active ageing**: a policy framework. 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/biblioteca/pessoa-idosa/envelhecimento-ativo-uma-politica-de-saude/view>. Acesso em 20 abr. 2020.

_____. **Falls**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>. Acesso em 10 mai. 2020.

_____. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** v1.1. Final. Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acesso em: 02 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820. Acesso em 08 abr. 2020.

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

em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>. Acesso em 21 mar. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200007>.

PAIXAO, D.P.S.S. et al. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl 1, p. 577-84, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700577. Acesso em 15 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0504>.

PARK, S.H. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 30, n. 1, p. 1-16, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-017-0749-0>. Acesso em 19 set. 2020. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0749-0>.

PASA, T. S. et al. Avaliação do risco e incidência de quedas em pacientes adultos hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e. 2862, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2862.pdf. Acesso em 31 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>.

PATTERSON, R. et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. **European Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 9, p. 811-829, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29589226/>. Acesso em 16 ag. 2020. doi: 10.1007/s10654-018-0380-1.

PENSTONE, E. KROUSKOS, K.; MORGAN, B. **Canadian Journal of Critical Care Nursing**, v. 28, n. 2, p. 58, 2017. ISSN: 2368-8653

PRATES, C. G. et al. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 74-81, 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20728>. Acesso em 14 abr. 2020. 10.4025/cienccuidsaude.v13i1.2072.

PROQUALIS. Dia mundial de prevenção de quedas. 2019. Disponível em: <https://proqualis.net/cartaz/24-de-junho-dia-mundial-de-preven%C3%A7%C3%A3o-de-quedas-2>. Acesso em 15 jul. 2020.

REIS, G. A X. et al. Implantação das estratégias de Segurança do Paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e00340016, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200321&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>.

REZENDE, C. P.; CARRILLO, M. R. G.; SEBASTIAO, E. C. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2223-2235, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n12/02.pdf>. Acesso em 25 mar. 2021.

RICHARDSON, A.; CARTER, R. Falls in critical care: a local review to identify incidence and risk. **Nursing in Critical Care**, v. 22, n. 5, p. 270-75, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12151>. Acesso em 31 mai. 2019. <https://doi.org/10.1111/nicc.12151>.

RIGOBELLO, M.C.G et al. Clima de Segurança do Paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>.

ROSA, P.H. et al. Avaliação do Risco de Quedas de Pacientes Internados em Serviço de Emergência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 9, e3246, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3246>. Acesso em 28 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3246>.

ROQUE, K.E.; TONINI, T.; MELO, E.C.P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, e00081815, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/pt_1678-4464-csp-32-10-e00081815.pdf. Acesso em 22 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>

SAKAI, A.M. et al. Risco de queda do leito de pacientes adultos e medidas de prevenção. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, supl. 6, p. 4720-6, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acesso em 31 mai. 2019. <http://0.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201602>.

SANTOS, M. H.S.; MORIGUCHI, E. H.; BLANK, D. Queda em idosos e sua relação com o uso de medicamentos e sedentarismo. **Saberes Plurais: educação na saúde**, v. 2, n. 2, p. 82-109, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/82797/49188>. Acesso em 29 mar. 2021.

SEQUETO, G. et al. Associação entre o consumo de álcool, quedas e internação em idosos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 17, n. 2, p. 45-52, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/40810/29321>. Acesso em 24 mar. 2021.

SEVERO, I. M. **Modelo de predição do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados**: derivação e validação de um escore. 2015. 151p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

SEVERO, I. M. et al. A predictive model for fall risk in hospitalized adults: a case-control study. **Journal for Advanced Nursing**, v. 75, n. 3, p. 1-8, 2018a. Disponível

em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13882>. Acesso 15 mai. 2020. <https://doi.org/10.1111/jan.13882>.

SEVERO, I.M. et al. Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: um estudo caso-controle. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3016, 2018b. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3016.pdf. Acesso em: 11 jun. 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.2460.3016.

SILVA, A.C.A. et al. A Segurança do Paciente no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. esp., p. 01-09, 2016a. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763>. Acesso em 13 abr. 2020. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.37763>.

SILVA, A.K.M.; COSTA, D.C. M.; REIS, A.M.M. Fatores de risco associados à quedas intra-hospitalares notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital de ensino. **Einstein**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v17n1/pt_2317-6385-eins-17-01-eAO4432.pdf. Acesso em 12 nov. 2019. 10.31744/einstein_journal/2019AO443.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0292.pdf>. Acesso em 28 mar. 2020. 10.1590/0103-1104201611123.

SILVA, F. G. et al. Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 202-209, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2015/v20n4/a5298.pdf>. Acesso em 11 nov. 2019. 10.5327/Z1414-4425201500040004.

SIMAN, A.G; CUNHA, S.G.S.; BRITO, M.J.M. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, e03243, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03243.pdf. Acesso em 28 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>.

SLADE, S.C. et al. Effects of falls prevention interventions on falls outcomes for hospitalised adults: protocol for a systematic review with meta analysis. **BMJ Open**, v. 7, e017864, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e017864>. Acesso em 07 ago. 2020. 10.1136/bmjopen-2017-017864.

SMITH, A.A. et al. Assessment of risk of falls in elderly living at home. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2754, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2754. Acesso em 15 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **OMS divulga metas para 2019 - desafios impactam a vida dos idosos**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>. Acesso em 27 mai. 2020.

SOUSA, K.A.S. **Quedas de pacientes adultos em um Hospital Público de Ensino**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

SOUSA, P. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Service Research**, v. 14, n. 311, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25034870>. Acesso em 20 abr. 2020. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-311>.

SOUZA, L. M.S. **Contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal**. 2018. 71f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense., Rio de Janeiro, 2018.

SOUZA, L. P. et al. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 1, p. 127-133, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-20240>. Acesso em 20 mar. 2020.

SOUSA, L. A. O. et al. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00040017, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00040017>.

SPECHT, A.M.; SOUSA, G.P.; BEGHETTO, M.G. Incidência de quedas em uma coorte de adultos críticos: motivos de preocupação? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, e20190167, p. 1-7, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v41nspe/pt_1983-1447-rgenf-41-spe-e20190167.pdf. Acesso em 10 dez. 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190167>

STEPHENSON, M. et al. Prevention of falls in acute hospital settings: a multi-site audit and best practice implementation project. **International Journal Quality Health Care**, v. 28, n. 1, p. 92-98, 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/28/1/92/2363764>. Acesso em 14 abr. 2020. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv113>.

STOECKLE, A. et al. Catching Quality Before It Falls: Preventing Falls and Injuries in the Adult Emergency Department. **Journal of Emergency Nursing**, v. 45, n. 3, p. 257-264, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30268339/>. Acesso em 25 mar. 2021. doi: 10.1016/j.jen.2018.08.001.

STOLT, L.R.O.G. Quedas acidentais em mulheres de meia-idade. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 141, 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100314&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002579>.

- TANAKA, M. et al. Relationship between the risk of falling and drugs in an academic hospital. **Yakugaku Zasshi**, v. 128, n. 9, p. 1355-61, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18758151>. Acesso em 28 jun. 2019. 10.1248/yakushi.128.1355.
- TERRELL, K. et al. ED patient falls and resulting injuries. **Journal of Emergency Nursing**, v. 35, n. 2, p. 89-92, 2009. Disponível em: [enonline.org/article/S0099-1767\(08\)00034-2/fulltext](http://enonline.org/article/S0099-1767(08)00034-2/fulltext). Acesso em 24 mar. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.01.004>.
- THOMAS, A. N.; BALMFORTH, J. E. Patient Safety Incidents Describing Patient Falls in Critical Care in North West England Between 2009 and 2017. **Journal Of Patient Safety**, v. 17, n. 2, p.1-5, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30747859/>. Acesso em 05 fev. 2020. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000574.
- TIENSOLI, S.D. et al. Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180285, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180285.pdf>. Acesso em 10 set. 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285>.
- TOMAZ, S.A.G. et al. Prevalência de queda em idosos devido ao uso de benzodiazepínicos e diuréticos. **Revista Uningá**, v. 52, n.1, p. 34-39, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1386/1002>. Acesso em 24 mar. 2021.
- TRUMBLE, D. et al. Incidence, correlates and outcomes associated with falls in the intensive care unit: a retrospective cohort study. **Critical Care and Resuscitation**, v. 19, n. 4, p. 290-295, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29202254>. Acesso em 31 mai. 2019.
- TYNDALL, A.; BAILEY, R. ELLIOTT, R. Pragmatic development of an evidence-based intensive care unit-specific falls risk assessment tool: The Tyndall Bailey Falls Risk Assessment Tool. **Australian Critical Care**, v. 33, n. 1, p. 65-70, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31000481/>. Acesso em 03 fev. 2021. doi: 10.1016/j.aucc.2019.02.003.
- URBANETTO, J.S. et al. Morse Falls Score: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-75, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342013000300569&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300007>.
- URBANETTO, J.S.; GERARDHT, L. M. Segurança do Paciente na tríade assistência, ensino e pesquisa. Editorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p.8-9, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43294>. Acesso em 12 mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.62200>.

URBANETTO, J.S. et al. Análise da capacidade de predição de risco e validade da Morse Fall Scale versão brasileira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e62200, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400414&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.62200>.

VITORINO, L.M et al. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 51, e03215, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/130914/127374>. Acesso em 29 mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016011803215>.

VIVEIRO, L.A.P.; FERREIRA, A.F.L.; POMPEU, J.E. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the St. Thomas's Falls Risk Assessment Tool in Older Adults (STRATIFY). **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, v. 32, e003227, 2019.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502019000100225&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 mar. 2021.
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.032.ao27>.

WALSHE, A.; ROSEN, H. A study of patient falls from bed. **The Journal of Nursing Administration**, v. 9, n. 5, p. 31-35, 1979. Disponível em:
<https://europepmc.org/article/med/255143#impact>. Acesso em 30 abr. 2020.

WEIGAND, J.V.; GERSON, L.W. Preventive Care in the Emergency Department: should emergency department institute a fall prevention program for Elder patients? A Systemtic Review. **Academic Emergency Medicine**, v. 8, n. 8, p. 823-826. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11483459/>. Acesso em 22 mar. 2021. doi: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb00214.x.

XIMENES, M.A.M. et al. Risco de queda de pacientes hospitalizados: fatores de risco e atuação da enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, n. 32, 9003, 2019. Disponível em:
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9003>. Acesso em: 08 mar. 2021. DOI: 10.5020/18061230.2019.9003.

ZAMBON, L. S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. **Medicina Net**, Porto Alegre, 2009. Disponível em:
 <http://assinantes.medicinanet.com.br/conteudos/biblioteca/901/introducao__primum_non_nocere.htm>. Acesso em 31 mar. 2019.

APENDICE A – Instrumento de coleta de dados

Identificador: _____ Data da coleta: ___/___/___ Coletado por: _____			
Instituição: _____ Registro: _____			
Dados da notificação junto ao NSP			
Sexo:	<input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> feminino	
	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação	
Idade (em anos): _____	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação	
Raça/cor:	<input type="checkbox"/> amarela	<input type="checkbox"/> branca	<input type="checkbox"/> indígena
	<input type="checkbox"/> parda	<input type="checkbox"/> preta	
	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação	
Data da internação/atendimento: ___/___/___			
	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação	
Data que ocorreu a queda: ___/___/___			
	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação	
Período em que ocorreu a queda:	<input type="checkbox"/> madrugada	<input type="checkbox"/> matutino	
Horário: _____:	<input type="checkbox"/> vespertino	<input type="checkbox"/> noturno	
	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação	
Unidade em que ocorreu a queda do paciente: <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI			
Tipo de queda:	<input type="checkbox"/> tropeço	<input type="checkbox"/> escorrego	
	<input type="checkbox"/> desmaio	<input type="checkbox"/> perda de equilíbrio	
	<input type="checkbox"/> queda da própria altura	<input type="checkbox"/> outros _____	
	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação	
Queda envolvendo:			
<input type="checkbox"/> proc. diagnóstico: <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> EEG			
<input type="checkbox"/> exame laboratorial <input type="checkbox"/> outros			
<input type="checkbox"/> cadeira comum	<input type="checkbox"/> cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> cama/leito <input type="checkbox"/> mesa cirúrgica	
<input type="checkbox"/> maca	<input type="checkbox"/> no banheiro	<input type="checkbox"/> enquanto transportado	
<input type="checkbox"/> enquanto estava apoiado por outro indivíduo	<input type="checkbox"/> outros		
<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação		
Fase da assistência em que ocorreu a queda: <input type="checkbox"/> na admissão <input type="checkbox"/> na alta			
<input type="checkbox"/> durante a prestação do cuidado <input type="checkbox"/> na transferência p/ outra unidade do hospital			
<input type="checkbox"/> não registrado <input type="checkbox"/> não descrito na notificação			
Grau de dano*:	<input type="checkbox"/> nenhum	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado
	<input type="checkbox"/> grave	<input type="checkbox"/> óbito	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação
	<input type="checkbox"/> não registrado		
Perdas advindas da queda: _____			
<small>LEVE: Paciente apresentou sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida e apenas intervenções mínimas sendo necessárias;</small>			
<small>MODERADO: Paciente sintomático, que necessita de intervenção (por ex. procedimento suplementar ou terapêutica adicional), com aumento da hospitalização, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo;</small>			
<small>GRAVE: Paciente sintomático, que exige intervenção para suporte de vida ou intervenção clínico/cirúrgico de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo;</small>			
<small>OBITO: Dentro das possibilidades, em curto espaço de tempo, o evento causou ou acelerou a morte.</small>			
Ação após a queda:			
equipe médica: _____			
equipe enfermagem: _____			
Quem notificou o evento:	<input type="checkbox"/> próprio paciente	<input type="checkbox"/> outro paciente	<input type="checkbox"/> familiar
	<input type="checkbox"/> cuidador	<input type="checkbox"/> voluntário	<input type="checkbox"/> amigo/visitante
	<input type="checkbox"/> profissional de saúde _____	<input type="checkbox"/> pessoa de assistência espiritual	<input type="checkbox"/> outro profissional do hospital
	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito na notificação	

Dados do prontuário do paciente			
Dados sociodemográficos			
Sexo:	<input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> feminino	<input type="checkbox"/> não registrado
			<input type="checkbox"/> não descrito no prontuário
Idade (em anos):	_____		
Raça/cor:	<input type="checkbox"/> amarela	<input type="checkbox"/> branca	<input type="checkbox"/> indígena
	<input type="checkbox"/> parda	<input type="checkbox"/> preta	
	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito no prontuário	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> solteiro(a)	<input type="checkbox"/> casado(a)	
	<input type="checkbox"/> separado(a)/divorciado(a)	<input type="checkbox"/> união estável	
	<input type="checkbox"/> viúvo(a)	<input type="checkbox"/> não registrado	
	<input type="checkbox"/> não descrito no prontuário		
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> analfabeto	<input type="checkbox"/> fundamental	
	<input type="checkbox"/> médio	<input type="checkbox"/> superior	
	<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito no prontuário	
Dados clínicos			
Diagnóstico médico na admissão no hospital: _____			

Diagnóstico médico na admissão no setor/ queda: _____			

Data da admissão na instituição:	____/____/____	Horário da admissão:	____:____
Data da admissão no setor/queda:	____/____/____	Horario:	____:____
Data da alta no setor/queda:	____/____/____	Horaro:	____:____
Data da alta na instituição:	____/____/____	Horário da alta:	____:____
Desfechos:			
<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> encaminhamento ambulatorial	<input type="checkbox"/> transferência para outra instituição	
<input type="checkbox"/> evasão	<input type="checkbox"/> óbito: <input type="checkbox"/> pela queda	<input type="checkbox"/> outro	
	<input type="checkbox"/> pela complicação advinda da queda		
	<input type="checkbox"/> pela complicação do quadro clínico		
Na admissão no hospital , o paciente foi avaliado quanto ao risco de quedas?			
<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: <input type="checkbox"/> <i>Morse Fall Scale</i>	<input type="checkbox"/> STRATIFY	<input type="checkbox"/> outra: _____
<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito no prontuário		
No dia em que ocorreu a queda , o paciente foi avaliado quanto ao risco de quedas?			
<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: <input type="checkbox"/> <i>Morse Fall Scale</i>	<input type="checkbox"/> STRATIFY	<input type="checkbox"/> outra: _____
<input type="checkbox"/> não registrado	<input type="checkbox"/> não descrito no prontuário		
Hábitos de vida:	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Sedentarismo
	<input type="checkbox"/> Dependente p/ AVD	<input type="checkbox"/> Independente p/ AVD	
	<input type="checkbox"/> outros _____		
Dados vitais antes da queda:			
FC: _____ bpm	FR: _____ irpm	T: _____ °C	ECG: _____
PA: _____ x _____ mmHg	PAM: _____ mmHg		
Fatores de risco:			
- histórico:	<input type="checkbox"/> idade ≥ 60 anos	<input type="checkbox"/> histórico de quedas	<input type="checkbox"/> depressão
	<input type="checkbox"/> ansiedade	<input type="checkbox"/> drogadicção	<input type="checkbox"/> dor intensa

- neurológico:			
<input type="checkbox"/> agitação/confusão	<input type="checkbox"/> alt. cognitiva	<input type="checkbox"/> demência	
<input type="checkbox"/> convulsão	<input type="checkbox"/> insônia		
<input type="checkbox"/> AVE: <input type="checkbox"/> isquêmico	<input type="checkbox"/> hemorrágico		
<input type="checkbox"/> comprometimento:	<input type="checkbox"/> auditivo	<input type="checkbox"/> visual	<input type="checkbox"/> tátil
- musculoesquelético:			
<input type="checkbox"/> alteração de marcha	<input type="checkbox"/> dist. equilíbrio	<input type="checkbox"/> fraqueza	
<input type="checkbox"/> amputação de MMII	<input type="checkbox"/> deformidade de MMII	<input type="checkbox"/> artrite	
<input type="checkbox"/> artrose	<input type="checkbox"/> osteoporose		
- cardiovascular:			
<input type="checkbox"/> hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> hipotensão postural	<input type="checkbox"/> síncope	
<input type="checkbox"/> cardiopatia _____			
- metabólico:			
<input type="checkbox"/> obesidade	<input type="checkbox"/> baixo índice de massa corporal	<input type="checkbox"/> DM	
<input type="checkbox"/> hipoglicemia	<input type="checkbox"/> hiperglicemia	<input type="checkbox"/> anemia	
- geniturinário:			
<input type="checkbox"/> incontinência urinária	<input type="checkbox"/> urgência miccional		
<input type="checkbox"/> obstipação intestinal	<input type="checkbox"/> urgência p/ evacuar		
- outros:			
<input type="checkbox"/> contenção física	<input type="checkbox"/> contenção química: _____		
<input type="checkbox"/> dispositivos de auxílio:	<input type="checkbox"/> cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> muletas	<input type="checkbox"/> andador
<input type="checkbox"/> bengala	<input type="checkbox"/> outros: _____		
Dispositivos assistenciais:			
<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> TQT	<input type="checkbox"/> CVC	<input type="checkbox"/> AVP
<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE
<input type="checkbox"/> DVE	<input type="checkbox"/> DVP	<input type="checkbox"/> dreno	_____
Monitorização invasiva:			
<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> PIC	<input type="checkbox"/> PIA/PIV
<input type="checkbox"/> outro:	_____		
Monitorização não invasiva:			
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> SpO2	<input type="checkbox"/> capnógrafo	<input type="checkbox"/> BIS
<input type="checkbox"/> ECG			
Complicações para o paciente:			
<input type="checkbox"/> sem complicações			
<input type="checkbox"/> escoriação	<input type="checkbox"/> hematomas	<input type="checkbox"/> ferimento corticocontuso	
<input type="checkbox"/> contusão	<input type="checkbox"/> deiscência de sutura	<input type="checkbox"/> laceração	
<input type="checkbox"/> fraturas _____			
<input type="checkbox"/> perda da consciência	<input type="checkbox"/> TCE: <input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> grave
<input type="checkbox"/> hematoma: <input type="checkbox"/> subdural	<input type="checkbox"/> subaracnóide	<input type="checkbox"/> intraparenquimatoso	
<input type="checkbox"/> AVE: <input type="checkbox"/> isquêmico	<input type="checkbox"/> hemorrágico		
<input type="checkbox"/> óbito	<input type="checkbox"/> outro _____		
O evento queda foi registrado no prontuário?			
<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim: enfermeiro	<input type="checkbox"/> técnico de enfermagem	<input type="checkbox"/> médico

APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Bárbara Cristina Dias Giaquinto, mestranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG), junto com a minha orientadora, Dr^a. Allana dos Reis Corrêa, docente da EE/UFMG, viemos por meio deste lhe convidar a participar da pesquisa de mestrado intitulada “Análise das ocorrências de quedas em pacientes admitidos em unidades de cuidados críticos”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 32309020.9.0000.5149 // parecer n. 4.268.548).

Este estudo tem como objetivo analisar as ocorrências de quedas de pacientes adultos admitidos em unidades de cuidados críticos, além de reforçar práticas de segurança no cuidados ao paciente gravemente enfermo presente no contexto intra-hospitalar.

Ele foi proposto por não haver no Brasil, até o momento, estudos que explorem os fatores de risco de quedas inerentes neste perfil de pacientes. Para tal iremos primeiramente fazer um levantamento junto ao setor “Núcleo de Segurança do Paciente” do hospital ao qual o (a) senhor (a) sofreu a queda. Neste, iremos buscar a ficha de notificação onde um profissional de saúde do hospital registrou a sua queda para coletar dados como data, horário, local que ocorreu o evento, tipo de queda, consequências da queda e tipo de dano. Em seguida, buscaremos seu prontuário para coletar as seguintes informações: data e horário de sua entrada no hospital, diagnóstico médico na admissão, tempo de internação/alocação, patologias prévias, hábitos de vida, fatores de risco para quedas.

Para isso pedimos a sua autorização para realizar tais buscas, ou seja, a consulta de seu prontuário disponibilizado pelo sistema de informação do hospital e de sua notificação de quedas. Sua permissão torna-se relevante para que o estudo possa ser executado em prol da melhoria da qualidade e da segurança da assistência em saúde com possível redução de quedas de pacientes gravemente enfermo no contexto intra-hospitalar.

Importante frisar que a sua autorização é de forma voluntária. Você pode recusar a autorização ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalização ou prejuízo ao tratamento, se porventura, está sendo submetido nesta instituição.

Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e palestras sem revelar sua identidade. Os dados obtidos durante a pesquisa são confidenciais e não serão usados para outros fins.

Os riscos que este estudo te expõe são mínimos e estão relacionados ao potencial constrangimento por exposição e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Como estratégia de minimização, os dados serão transcritos num formulário previamente produzidos por nós, autores do estudo, e utilizaremos acrônimos referentes à sua identificação como também a do hospital.

Ainda, não haverá gasto financeiro, ou seja, não haverá necessidade de ressarcimento de despesas nem benefícios. Em caso de algum problema decorrente da pesquisa, você terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de qualquer dano eventualmente produzido durante a realização do estudo.

Com o seu consentimento, será enviado ao seu e-mail, ou se preferir seu número de *Whatsapp*, uma via deste termo assinada por mim e pela minha orientadora, responsável pelo projeto, para que tenha como respaldo e fonte de informações.

Em caso de dúvidas, comunicar o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Desde já agradecemos a sua colaboração e solicitamos a declaração do seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Eu, _____, concordo de livre e espontânea vontade participar como voluntário (a) do estudo “Análise das ocorrências de quedas em pacientes admitidos em unidades de cuidados críticos”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

_____, _____ de _____ de 2020.

Responsável pelo Projeto:

Profa. Dra. Allana dos Reis Correa

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Avenida Alfredo Balena, 190, 2o andar SL 202.

Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-9857 / E-mail: allanareiscorrea@gmail.com

Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00h

Mestranda em Enfermagem

Enf. Bárbara Cristina Dias Giaquinto

Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Avenida Alfredo Balena, 190, 2o andar SL 202.

Bairro: Santa Efigênia. CEP: 30130-100 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-9857 / E-mail: barbaragiaquinto@gmail.com

Dúvidas éticas podem ser avaliadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, 2o andar, SL 2005. Bairro: Unidade Administrativa II. CEP: 31.270.901 – Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Horário de atendimento: 09:00 às 11:00h / 14:00 às 16:00h

ANEXO A - MORSE FALL SCALE

<i>Morse Fall Scale - Versão original¹⁾</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
<i>None/Bed read/Nurse assist</i>	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
<i>Crutches/Cane/Walker</i>	Muletas/Bengala/Andador	15
<i>Furniture</i>	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
<i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i>	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
<i>Weak</i>	Fraca	10
<i>Impaired</i>	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
<i>Oriented to own ability</i>	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
<i>Overestimates/forgets limitations</i>	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte: URBANETTO et al., 2013, p. 571.

ANEXO B – St. Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)

STRATIFY - Instrumento de avaliação do risco de queda

Este instrumento de avaliação foi desenvolvido para a identificação de fatores de risco de quedas em pacientes hospitalizados. A pontuação total pode ser usada para ajudar a identificar o risco de quedas em idosos. Este instrumento de avaliação depende da **OBSERVAÇÃO DO AVALIADOR** em relação ao paciente. Para cada item, considere as instruções e orientações para a pontuação deste instrumento.

	Sim	Não
--	-----	-----

1) O paciente deu entrada no Hospital devido a uma queda ou caiu durante a internação?

	1	0
--	---	---

Instruções para o avaliador: Analise o histórico do paciente ao ser admitido na unidade hospitalar. Ele deu entrada no Hospital devido a uma queda? Se sim, assinale a opção "sim". Se não, verifique se o paciente apresentou alguma queda durante todo o período de internação até o momento. Se sim, assinale a opção "sim". Caso contrário, assinale "não".

Você acha que o paciente (questões 2-5):

	1	0
--	---	---

2) Está agitado?

Instruções para o avaliador: Analise, por meio da sua experiência clínica, se o paciente se encontra agitado no momento da avaliação.

3) Apresenta comprometimento visual, a ponto de afetar as atividades diárias?

	1	0
--	---	---

Instruções para o avaliador: Observe, de acordo com a sua experiência clínica, se o paciente apresenta comprometimento visual. Por conta desse comprometimento, ele apresenta alguma dificuldade para realizar suas atividades de vida diárias?

4) Necessita de idas frequentes ao banheiro?

	1	0
--	---	---

Instruções para o avaliador: Analise, de acordo com a sua experiência clínica, se o paciente necessita de idas frequentes ao banheiro.

5) Tem pontuações 3 ou 4 para transferência e mobilidade?

Instruções para o avaliador: Neste item você deverá verificar se o paciente tem pontuações 3 ou 4 para a SOMA da pontuação de transferência com a pontuação de mobilidade.

Para isso, avalie primeiramente a pontuação de transferência e mobilidade separadamente, para depois somá-las e assinalar "sim" ou "não" para o item 5.

Para avaliar a TRANSFERÊNCIA, peça para ele se levantar da cama ou de uma cadeira, observe e pontue de acordo com as opções abaixo:

0 = incapaz
 1 = precisa de muita ajuda (uma ou duas pessoas, uso de dispositivo auxiliar)
 2 = pouca ajuda (verbal ou física)
 3 = independente

Para avaliar a MOBILIDADE, verifique como o paciente deambula. Ele anda sozinho? Necessita do auxílio de uma pessoa ou dispositivo auxiliar? Utiliza cadeira de rodas sozinho? É acamado? Pontue de acordo com as opções abaixo:

0 = imóvel
 1 = independente com auxílio de cadeira de rodas
 2 = anda com auxílio de uma pessoa ou dispositivo auxiliar
 3 = independente

Agora SOME as pontuações de transferência e mobilidade. Se a SOMA for 3 ou 4, pontue 1 para o item 5, caso contrário a pontuação para o item 5 é 0.

PONTUAÇÃO TOTAL DA STRATIFY: _____

Instruções para o avaliador: Para realizar a pontuação total do STRATIFY, some todas as respostas "sim" e assinala no local indicado acima. A pontuação final do paciente deve ser entre 0 e 5. O risco de queda do paciente será classificado da seguinte forma:

0 = sem risco/risco baixo
 1 = risco moderado
 2 ou mais = risco alto

Fonte: VIVEIRO; FERREIRA; POMPEU, 2019, p. 9.

ANEXO C – MEDICATION FALL RISK SCORE

Valor do ponto (nível de risco)	Classe de serviço do American Hospital Formulary	Comentários
3 (alto)	Analgésicos, * antipsicóticos, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos †	Sedação, tontura, distúrbios posturais, marcha e equilíbrio alterados, cognição prejudicada
2 (médio)	Anti-hipertensivos, medicamentos cardíacos, antiarrítmicos, antidepressivos	Ortostase induzida, perfusão cerebral prejudicada, mau estado de saúde
1 (baixo)	Diuréticos	Aumento da deambulação, ortostase induzida
Pontuação ≥ 6		Maior risco de queda; avaliar paciente

Fonte: Agency for Healthcare Research and Quality, 2020.

ANEXO D - Parecer da Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA
Av. Prof. Alfredo Balena - 190 - 2o andar - Santa Elizabete
CEP: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais-Brasil
Tel: 3409.9853 Fax: 3409.9853
E-mail: emb@enf.ufmg.br

PARECER N. 45/2019-ENB

INTERESSADA: Prof.^a Allana dos Reis Correa

RELATORA: Prof.^a Silmar Maria da Silva

ASSUNTO: PROJETO DE PESQUISA

HISTÓRICO:

Recebi em 10/12/2019 do Sr. Adalberto Simeão de Oliveira, secretário do Departamento de Enfermagem Básica, o projeto de pesquisa intitulado: "Epidemiologia da ocorrência de quedas de pacientes internados em unidades de cuidados críticos: um estudo transversal". Projeto de pesquisa a ser desenvolvido pela mestranda Bárbara Cristina Dias Giaquinto, sob orientação da Prof.^a Dra. Allana dos Reis Corrêa, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

MÉRITO:

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa, que tem como objetivo geral: analisar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos. E objetivos específicos: caracterizar a população estudada quanto aos dados sócio-demográficos e clínicos; estimar a prevalência dos fatores associados a quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos; descrever as complicações decorrentes da queda de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.

O estudo será realizado nas unidades de cuidados críticos (centro cirúrgico, pronto socorro e unidade de terapia intensiva) em hospitais de grande porte e referência no atendimento de urgências e emergências do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

A população do estudo será composta por prontuários eletrônicos de pacientes adultos, com idade maior ou igual a 18 anos, alocados nos setores pronto socorro, centro cirúrgico ou unidade terapia intensiva que sofreram quedas e cujo evento tenha sido notificado junto ao Núcleo de Segurança do Paciente, no período de janeiro de 2013 a

dezembro de 2019. Serão excluídos os prontuários que não tenham dados completos ou que foram admitidos com relato de queda ocorrida fora da instituição hospitalar. Em situações em que tenha ocorrido mais de uma queda no mesmo paciente, independente do setor, será considerado o primeiro evento. A amostra será por conveniência. A coleta de dados será por meio de instrumento criado pelas pesquisadoras.

Para a análise serão realizadas estatísticas descritivas e analíticas, sendo queda a variável dependente.

Os gastos decorrentes da pesquisa estão pormenorizados no orçamento, e os custos serão de responsabilidade das pesquisadoras. O cronograma do projeto é compatível com a proposta do estudo.

As referências estão atualizadas e pertinentes.

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, além da assinatura de Carta de Anuência das instituições participantes. O estudo apresenta documento de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o projeto segue as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

O presente projeto evidencia que a identificação dos fatores de risco, bem como suas taxas de prevalência, pode contribuir na elaboração de estratégias para a prevenção do evento, ao trazer maior respaldo técnico e científico aos profissionais que avaliam e prestam cuidados diretos a esses pacientes.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, considero projeto de pesquisa relevante para a formação de profissionais de enfermagem e está em consonância com a área de interesse do Departamento de Enfermagem Básica. Neste sentido, sou de parecer favorável à sua aprovação, SMJ dos membros da Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2019.

Silmar Maria da Silva

Silmar Maria da Silva

Relatora

Documento Aprovado em
Câmara Departamental em 11/12/19
Silmar Maria da Silva
Chefe do Depto de Enfermagem Básica EE/UFMG

Prof.ª Silmara Maria de Pádua Silveira
Chefe do Depto de Enfermagem Básica
Inscrição na UFMG Nº 136803

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EPIDEMIOLOGIA DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Pesquisador: Allana dos Reis Corrêa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32309020.9.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.268.548

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa que visa analisar aspectos epidemiológicos das quedas apresentados por pacientes adultos inseridos em Centro Cirúrgico (CC), Pronto Socorro (PS) e Unidade de terapia intensiva (UTI) para contribuir na melhoria da qualidade da assistência, redução de complicações advindas de quedas e a garantia da segurança do paciente internado nestes contextos. O estudo será realizado em cinco instituições hospitalares localizadas na capital mineira que possuem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) bem como estratégias de notificação de quedas ocorridas em suas dependências. A população da pesquisa será composta por prontuários eletrônicos referentes a pacientes adultos, com idade maior ou igual a 18 anos, alocados nos setores PA, CC e UTI adulto que sofreram quedas e cujo evento tenha sido notificado junto ao NSP, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2019. Os prontuários serão selecionados a partir das notificações de quedas levantadas. Após anuência das instituições hospitalares bem como a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, será realizado junto aos NSP das instituições o levantamento das notificações de quedas ocorridas no período e setores supracitados para o estudo. Posteriormente serão acessados os prontuários destes pacientes para a coleta dos dados sociodemográficos, clínicos e os aspectos epidemiológicos para queda.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.268.548

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo esta susceptível a riscos minimos como constrangimento por exposicao e quebra de sigilo das informacoes adquiridas na pesquisa. Como estrategia de minimizacao, durante a coleta, serao utilizados acronimos referente ao nome do paciente e das instituicoes hospitalares nos formularios de coleta de dados.

Benefícios:

Analisar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos contribuira para a identificacao dos fatores de risco relacionados a este evento adverso grave possibilitando estabelecer estrategias para uma assistencia mais segura aos pacientes internados nestes ambientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

esta é uma resposta a diligencias:

1- Metodo

- item 3.6 Coleta de dados: ajustado a descricao do percurso a ser realizado quanto o contato junto aos paciente/responsaveis que sofreram quedas nas instituicoes alvo. Foram descritas as formas de envio e recebimento do TCLE e as estrategias nas situacoes de obito ou fracasso no contato com o paciente.

- item 3.8 Aspectos eticos: acrescentado a utilizacao do TCLE e do termo de dispensa do TCLE e o uso do TCUD nas situacoes de obitos de pacientes ou nao exito no contato com o mesmo.

2 – Apendices:

- apendice A: acrescentado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

carta anuencia - HRTN, IPSEMG, FELUMA, Joao XXIII, HMDCC Projeto

TCUD

TCLE

Orcamento

Camara departamental Cronograma

resposta as diligencias

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 4.268.548

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na condição de se atender as recomendações solicitadas, sou, S.M.J. favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1492393.pdf	03/08/2020 15:17:28		Aceito
Outros	cartarespostaCOEP.pdf	03/08/2020 15:16:56	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCOEPUFG1307.docx	13/07/2020 14:46:15	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	13/07/2020 14:37:28	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	TCUDfinalHRTNPB.pdf	13/05/2020 15:40:01	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLEPB.pdf	13/05/2020 15:38:27	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	ParecerfinalHRTNPB.pdf	13/05/2020 15:21:58	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	anuencialPSEMG.pdf	29/04/2020 20:06:07	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	anuenciafeluma.pdf	29/04/2020 20:05:33	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Cronograma	cronogramaPB.pdf	29/04/2020 19:50:25	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.268.548

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocompletoPB.pdf	29/04/2020 19:49:35	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoPBassinada.pdf	24/01/2020 14:46:32	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	cartaanuenciaTIHRTN.pdf	14/01/2020 19:46:41	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	cartaanuenciaNSPHRTN.pdf	14/01/2020 19:45:57	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	AnuenciaHPJXXIII.pdf	14/01/2020 19:45:32	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	cartaanuenciaHMDCC.pdf	14/01/2020 19:44:43	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados.pdf	14/01/2020 19:43:40	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	ParecercamaradepartamentalEEUFMG2 019.pdf	14/01/2020 19:43:12	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Orçamento	orcamentoPB.pdf	14/01/2020 19:41:51	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Setembro de 2020

Assinado por:

Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO F – Pareceres dos Comitê de Ética e Pesquisa das instituições coparticipantes

* anexados em ordem aleatória para preservar o sigilo das instituições pesquisadas



RQU ACO Ver. 05/2019

Risoleta
Hospital Risoleta Tolentino Neves

Parecer de Projeto de Pesquisa

Belo Horizonte, 13 de maio de 2020.

Processo Nº 04/2020

Título do Projeto: EPIDEMIOLOGIA DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

Equipe de pesquisadores: Profª. Allana dos Reis Correa (EE/UFMG), Bárbara Cristina Dias Giaquinto (Enfermeira CTI/HRTN, mestranda do curso Pós Graduação EE/UFMG).

Instituições envolvidas: Hospital Risoleta Tolentino Neves, IPSEMG, Hospital João XXIII, Hospital Universitário Ciências Médicas e Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

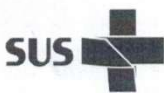
PARECER: A Coordenação do NEPE posiciona-se **FAVORÁVEL** à realização da pesquisa no Hospital Risoleta Tolentino Neves. A pesquisa poderá ser iniciada após aprovação do CEP/UFMG ou outro Comitê de Ética em Pesquisa credenciado junto ao CONEP.

VIGÊNCIA DO PARECER: Este Parecer tem validade de 05 (cinco) anos a partir da data de sua emissão. O Relatório final das atividades com as publicações e produções científicas geradas a partir deste estudo deverá ser encaminhado ao NEPE após a conclusão do mesmo.

Rafael Calvão Barbuto

Coordenador do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão
HRTN/FUNDEP/UFMG

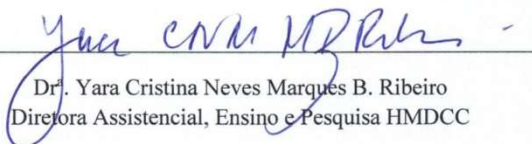




CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, **Yara Cristina Neves Marques B. Ribeiro**, na qualidade de Diretora Assistencial, Ensino e Pesquisa do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro (HMDCC), autorizo a realização do projeto de monitorização de indicadores de qualidade intitulado: "*Epidemiologia da ocorrência de quedas de pacientes adultos internados em unidades críticas: um estudo transversal*", sob a autoria de Bárbara Cristina Dias Giaquinto e orientação de Allana dos Reis Corrêa do parecer 14/2019 em anexo. Esta instituição está ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados neste projeto e concorda em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado: o cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS nº 466/2012, a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa e a inexistência de qualquer ônus para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa.

Belo Horizonte, 17 de dezembro de 2019.



Dr. Yara Cristina Neves Marques B. Ribeiro
Diretora Assistencial, Ensino e Pesquisa HMDCC

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DO HOSPITAL DA
POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS (COEP-HPM / MG)**

PARECER CONSUBSTANCIADO SOBRE PROJETO DE PESQUISA

Belo Horizonte, 04 de Agosto de 2020

PARECER Nº 03-B/2020

Título do Projeto: Epidemiologia da ocorrência de quedas de pacientes internados em unidades de cuidados críticos: um estudo transversal.

Pesquisadora: Bárbara Cristina Dias Giaquinto (Mestranda do programa de pós graduação da enfermagem da UFMG).

Orientadora: Dra. Allana dos Reis Corrêa (Professora do programa de pós graduação da enfermagem da UFMG).

Mês de recebimento do projeto pelo relator: junho/2020, reenviado com alterações em 03 de agosto de 2020.

Apresentação do Projeto de Pesquisa

1- Panorama geral

Trata-se de uma pesquisa transversal, retrospectiva com abordagem quantitativa que objetiva analisar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos: centro cirúrgico, pronto socorro e unidade de terapia intensiva; de 06 instituições hospitalares de Belo Horizonte, que possuam Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) bem como estratégias de notificação de quedas ocorridas em suas dependências.

Os dados serão coletados nos prontuários dos pacientes que sofreram quedas no período determinado e conforme critérios de inclusão e exclusão.

2- Título: claro e explicativo.

3- Introdução

A autora apresenta os conceitos de Segurança do Paciente, Eventos adversos, Queda, descreve dados estatísticos sobre a queda em instituições hospitalares no mundo, em outros países e no Brasil. Aponta a problemática representativa do evento queda em relação à segurança e qualidade da assistência em saúde, além de apresentar dados de estudos científicos sobre o tema.

É apresentado as conseqüências negativas da queda para as instituições hospitalares: o aumento do tempo de internação, dos custos com cuidados de saúde; e para os pacientes: resulta em alterações físicas (abrasão e lesões de pele distensão, lacerações, contusões, fraturas, perda da consciência), psicológicas (medo de cair novamente, estresse emocional), socioeconômicas (maior tempo de internação), retirada não programada de artefatos terapêuticos como cateteres vasculares, drenos e sondas, piora do quadro clínico e até mesmo a morte.

A pergunta problema da pesquisa: qual a prevalência, as complicações e os fatores associados a ocorrência de quedas em pacientes adultos gravemente enfermos internados em unidades de cuidados críticos: PS, CC e UTI?

O estudo foi bem justificado e apresenta como hipótese que o conhecimento da epidemiologia de quedas em pacientes críticos alocados em PS, BC e UTI adulto é capaz de subsidiar estratégias para a prevenção do evento.

4- Objetivos

Geral:

- Analisar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.

Específicos:

- Caracterizar a população estudada quanto aos dados sócio-demográficos e clínicos.
- Estimar a prevalência dos fatores associados a quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.
- Descrever as complicações decorrentes da queda de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.

5- População-alvo

A população do estudo será composta por pacientes adultos, com idade maior ou igual a 18 anos, alocados nos setores pronto socorro, centro cirúrgico ou unidade terapia intensiva que sofreram quedas e cujo evento tenha sido notificado junto ao NSP, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2019.

Crítérios de inclusão:

- Pacientes com idade maior ou igual a 18 anos.
- Alocados em algum dos setores: Pronto Socorro, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva.
- Pacientes que sofreram quedas, entre janeiro de 2013 a dezembro de 2019, que foram notificadas no Núcleo de Segurança do Paciente.

Crítérios de Exclusão: serão excluídos pacientes cujos prontuários estejam com dados incompletos ou que foram admitidos com relato de queda ocorrida fora da instituição hospitalar.

6- Aspectos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa transversal, retrospectiva com abordagem quantitativa, em que será realizado um levantamento das notificações de quedas ocorridas no período estudado e nos setores determinados para o estudo, junto aos Núcleos de Segurança dos Pacientes das instituições hospitalares estudadas, posteriormente serão acessados os prontuários destes pacientes para a coleta dos dados sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos para queda, utilizando um formulário previamente elaborados pelas autoras para a transcrição dos dados.

Análise estatística: dados coletados serão quantificados e armazenados no programa *EpiData® - versão 3.0*, será realizada a análise estatística descritiva, a associação entre o desfecho e as variáveis independentes através do teste quiquadrado, as análises brutas e multivariadas mediante a regressão de Poisson e será estimado a razão de prevalência ajustada, o intervalo de confiança será considerado de 95% e valor de $p < 0,05$.

7- Garantias éticas

É relatado que todos os dados serão manejados e armazenados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes da pesquisa, como estratégia dessa omissão serão utilizados o número de prontuário e acrônimos, respectivamente, nos instrumentos de coleta de dados. A pesquisadora garante que a identificação da instituição hospitalar será mantida em sigilo.

A pesquisadora justifica no corpo do texto a ausência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): "por se tratar de um estudo retrospectivo é impraticável a obtenção o consenso de cada participante, pois provavelmente estes não estarão internados na instituição ou mesmo poderão ter evoluído à óbito. Assim o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) torna se inviável."

Foi apresentando um apêndice no final do projeto em que apresenta a justificativa de ausência de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentando 4 possíveis justificativas:

- 1- por ser um estudo de natureza quantitativa e delineamento descritivo, que fará uso de informações advindas das notificações e de prontuários do paciente;
- 2- porque todos os dados serão manejados e armazenados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes da pesquisa;
- 3- porque os resultados decorrentes deste estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes;
- 4- porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenção clínica) e sem alterações/influências na rotina/terapêutica dos participantes da pesquisa e sem adição de riscos ou prejuízos ao bem estar dos mesmos.

8- Cronograma

Apresentado de forma plausível.

9- Orçamento

Detalhado adequadamente, sendo que a pesquisadora garante que a instituição coparticipante não terá despesas pessoais e tampouco benefícios financeiros relativos à sua realização da pesquisa.

10- Riscos e benefícios

A autora garante que os resultados advindos do estudo serão publicados em trabalhos e eventos científicos e será mantido o anonimato do participante da pesquisa a identificação da instituição hospitalar.

11- Resultado final da análise do projeto de pesquisa:

- É um projeto relevante que propõe analisar os aspectos epidemiológicos da queda, que é um problema que compromete a segurança do paciente, apresentando consequências danosas para esses e para as instituições hospitalares. Os achados desse estudo podem ser utilizados pelas instituições como fonte de informações para melhorar as estratégias preventivas em relação a quedas de pacientes.
- Não há evidências de conflitos de interesse.
- As adequações propostas pelo COEP foram realizadas no projeto de pesquisa.

Parecer Final: aprovado.



Vinicius Ferreira Moreira, Ten Cel PM QOS – Coordenador COEP - HPM



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EPIDEMIOLOGIA DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Pesquisador: Allana dos Reis Corrêa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32309020.9.3003.5119

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.313.211

Apresentação do Projeto:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1492393:

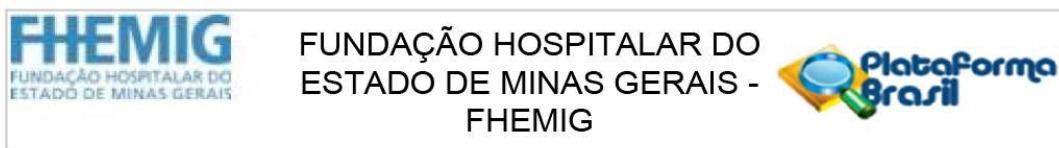
Introdução: A queda é um dos eventos adversos mais frequentes na atenção terciária e sua ocorrência ocasiona ônus tanto para as instituições de saúde quanto para o paciente e seus familiares. Pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos como centro cirúrgico (CC), pronto socorro (PS) e em unidade de terapia intensiva (UTI) apresentam diversos fatores que potencializam a ocorrência deste evento. A identificação destes bem como suas taxas de prevalência são dados essenciais para a prevenção do evento. Objetivo: Analisar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de quedas de quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos. Método: Trata-se de um estudo transversal a ser realizado em um hospital de ensino do município de Belo Horizonte. Para a coleta de dados será realizada uma busca junto aos Núcleos de Segurança do Paciente sobre as notificações de quedas ocorridas no CC, PS e UTI da instituição no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2019. Posteriormente, será procedida consulta aos prontuários dos pacientes apontados nas notificações para coletar dados sociodemográficos e clínicos e posteriormente determinar os fatores de risco presentes no dia do evento. Os dados serão submetidos à análise estatística descritiva para as características sociodemográficas e clínicas. O teste de associação entre o desfecho e as variáveis independentes será realizado pelo teste quiquadrado, análises brutas e multivariadas mediante a regressão de Poisson sendo estimada a razão de prevalência ajustada dos fatores. Para todos os dados será

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100

Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 4.313.211

considerado intervalo de confiança de 95% e valor de $p < 0,05$. Identificar os fatores de risco de quedas para pacientes internados em unidades de cuidados críticos pode contribuir para uma avaliação mais efetiva e consistente, corroborando para uma assistência mais segura aos pacientes internados nestes ambientes.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1492393:

Objetivo Primário:

Analisar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a população estudada quanto aos dados sociodemográficos e clínicos;
- Estimar a prevalência dos fatores associados a quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.
- Descrever as complicações decorrentes da queda de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1492393:

Riscos:

O estudo está susceptível a riscos mínimos como constrangimento por exposição e quebra de sigilo das informações adquiridas na pesquisa. Como estratégia de minimização, durante a coleta, serão utilizados acrônimos referente ao nome do paciente e das instituições hospitalares nos formulários de coleta de dados.

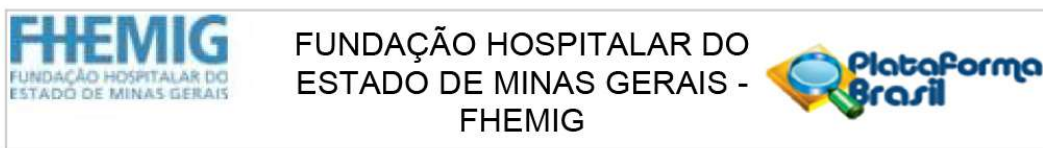
Benefícios:

Analisar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos contribuirá para a identificação dos fatores de risco relacionados a este evento adverso grave possibilitando estabelecer estratégias para uma assistência mais segura aos pacientes internados nestes ambientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 4.313.211

- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito.
- TCLE: justificada a dispensa do termo.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Orçamento: adequado e de responsabilidade dos autores.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/2012), o CEP-FHEMIG recomenda aos Pesquisadores:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da Pesquisa;
3. Apresentar na forma de NOTIFICAÇÃO relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (RELATÓRIO FINAL).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Parecernap169b.docx	28/09/2020 08:23:23	Jacqueline Soares Pereira	Aceito
Outros	cartarespostaCOEP.pdf	03/08/2020 15:16:56	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@themig.mg.gov.br

Continuação do Parecer: 4.313.211

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCOEPUFG1307.docx	13/07/2020 14:46:15	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	13/07/2020 14:37:28	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	TCUDfinalHRTNPB.pdf	13/05/2020 15:40:01	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLEPB.pdf	13/05/2020 15:38:27	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	ParecerfinalHRTNPB.pdf	13/05/2020 15:21:58	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	anuencialPSEMG.pdf	29/04/2020 20:06:07	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	anuenciafeluma.pdf	29/04/2020 20:05:33	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompletoPB.pdf	29/04/2020 19:49:35	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	cartaanuenciaTIHRTN.pdf	14/01/2020 19:46:41	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	cartaanuenciaNSPHRTN.pdf	14/01/2020 19:45:57	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	AnuenciaHPJXXIII.pdf	14/01/2020 19:45:32	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	cartaanuenciaHMDCC.pdf	14/01/2020 19:44:43	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados.pdf	14/01/2020 19:43:40	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	ParecercamaradepartamentalEEUFMG2 019.pdf	14/01/2020 19:43:12	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100

Bairro: Bairro Santa Efigênia

CEP: 30.150-260

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3239-9552

Fax: (31)3239-9552

E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG

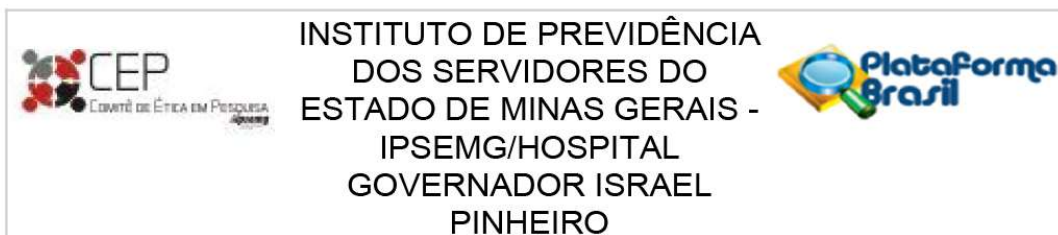


Continuação do Parecer: 4.313.211

BELO HORIZONTE, 01 de Outubro de 2020

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EPIDEMIOLOGIA DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Pesquisador: Allana dos Reis Corrêa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32309020.9.3001.5136

Instituição Proponente: Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

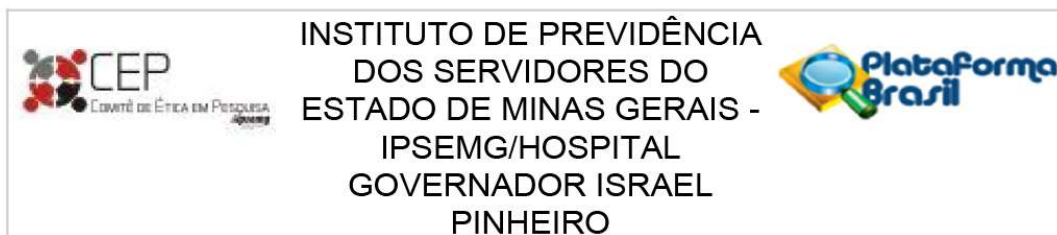
Número do Parecer: 4.370.434

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado "Epidemiologia da ocorrência de quedas de pacientes internados em unidades de cuidados críticos". O estudo será realizado em cinco instituições hospitalares localizados na capital mineira e que contam com as atividades de seus Núcleos de Segurança do Paciente. A coleta de dados será realizada por meio de consulta aos prontuários eletrônicos de pacientes adultos que tiveram notificação de queda nos setores que alocam pacientes críticos adultos (pronto atendimento, centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo) no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2019. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados (APENDICE B) onde serão transcritas informações referentes ao paciente e ao evento adverso queda, tais como: data da queda, turno em que ocorreu a queda, setor, tipo de queda, grau do dano; diagnóstico médico de admissão, turno da admissão, tempo de internação, comorbidades, hábitos de vida, fatores de risco para queda.

O projeto de pesquisa está bem escrito de maneira clara, objetiva, congruente e o referencial teórico está atualizado, permitindo evidenciar a relevância do mesmo.

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 225, 11º andar
Bairro: Santa Efigênia **CEP:** 30.130-110
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3237-2813 **Fax:** (31)3237-2273 **E-mail:** cep.hgip@ipsemg.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 4.370.434

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos da pesquisa estão bem definidos, coerentes e exequíveis, conforme a propositura do projeto.
 Objetivo geral: analisar os aspectos epidemiológicos da ocorrência de quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.
 Objetivos específicos: caracterizar a população estudada quanto aos dados sociodemográficos e clínicos; estimar a prevalência dos fatores associados a quedas de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos; descrever as complicações decorrentes da queda de pacientes adultos alocados em unidades de cuidados críticos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pode-se considerar como benefício da realização da pesquisa a não existência de estudos brasileiros que retratem a prevalência de queda em Unidades de Terapia Intensiva adulto. Além disso, será importante identificar, no contexto de hospitais brasileiros, os fatores de risco de quedas para pacientes internados em unidades de cuidados críticos, podendo contribuir para uma avaliação mais efetiva e consistente, corroborando para uma assistência mais segura aos pacientes internados nestes ambientes.

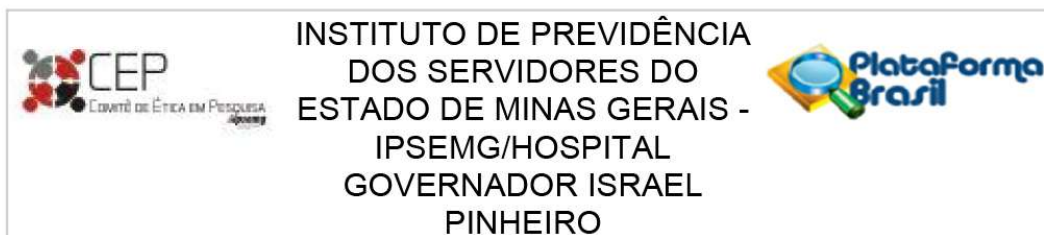
Os riscos de execução do projeto estão bem descritos no projeto.

O estudo está susceptível a riscos mínimos como constrangimento por exposição e quebra de sigilo das informações adquiridas na pesquisa. Como estratégia de minimização durante a coleta serão utilizados acrônimos referente ao nome do paciente e dos hospitais nos formulários de coleta de dados. Os resultados advindos do estudo serão publicados em trabalhos e eventos científicos e a identificação será mantida em sigilo. As instituições coparticipantes não terão despesas e tampouco benefícios financeiros relativos a participação no estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e se está adequado ao tempo de tramitação do projeto. O Termo de Anuência Institucional (TAI); Folha de rosto; Projeto de pesquisa completo e detalhado; Orçamento - adequados e compatíveis ao projeto proposto.

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 225, 11º andar
Bairro: Santa Efigênia **CEP:** 30.130-110
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3237-2813 **Fax:** (31)3237-2273 **E-mail:** cep.hgip@ipsemg.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 4.370.434

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente projeto obedece as recomendações da Resolução n. 466/2012. O estudo não fará uso do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para a coleta de dados, pelo fato que o mesmo utilizará somente dados a partir da investigação das notificações de quedas e de prontuários com as informações referentes aos pacientes que estiveram internados no período de 2013 a 2019. Para tal foi elaborado o termo de dispensa de TCLE (APENDICE A) que apresenta como fundamentação o fato do estudo possuir natureza quantitativa e delineamento descritivo, a partir das notificações de queda acompanhadas pelos NSP das instituições. Os dados dos prontuários do paciente; serão manejados e armazenados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes da pesquisa, não permitindo a identificação individual dos participantes. A solicitação de dispensa do TCLE também embasa-se o fato do estudo ter caráter não intervencionista (sem intervenção clínica)

Recomendações:

Sugere-se acrescentar no instrumento de coleta de dados: sexo e idade dos pacientes que sofrem queda, para contemplar caracterização dos dados sócio-demográficos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto exequível, considerando tempo, recursos, metodologia e objetivos no contexto da Segurança do Paciente com foco no evento adverso queda.

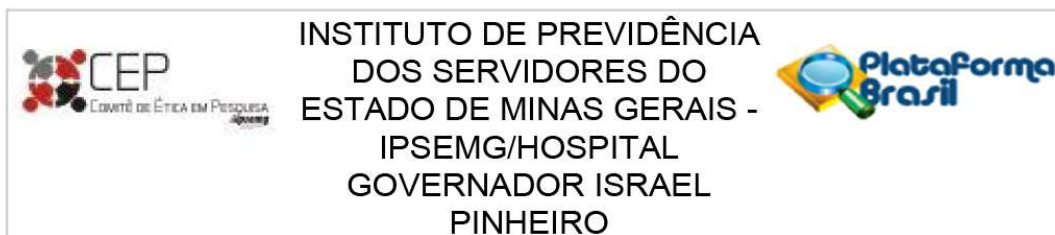
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto exequível, considerando tempo, recursos, metodologia e objetivos no contexto da Segurança do Paciente com foco no evento adverso queda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1628844.pdf	29/09/2020 11:56:49		Aceito
Outros	declaracaoIPSEMG.pdf	29/09/2020 11:56:01	Allana dos Reis Corrêa	Aceito
Outros	cartarespostaCOEP.pdf	03/08/2020	Bárbara Cristina	Aceito

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 225, 11º andar
Bairro: Santa Efigênia **CEP:** 30.130-110
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3237-2813 **Fax:** (31)3237-2273 **E-mail:** cep.hgip@ipsemg.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 4.370.434

Outros	cartarespostaCOEP.pdf	15:16:56	Dias Giaquinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCOEPUFG1307.docx	13/07/2020 14:46:15	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	13/07/2020 14:37:28	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	TCUDfinalHRTNPB.pdf	13/05/2020 15:40:01	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensaTCLEPB.pdf	13/05/2020 15:38:27	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	ParecerfinalHRTNPB.pdf	13/05/2020 15:21:58	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	anuencialPSEMG.pdf	29/04/2020 20:06:07	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	anuenciafeluma.pdf	29/04/2020 20:05:33	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompletoPB.pdf	29/04/2020 19:49:35	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	cartaanuenciaTIHRTN.pdf	14/01/2020 19:46:41	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	cartaanuenciaNSPHRTN.pdf	14/01/2020 19:45:57	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	AnuenciaHPJXXIII.pdf	14/01/2020 19:45:32	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	cartaanuenciaHMDCC.pdf	14/01/2020 19:44:43	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	instrumentodecoletadedados.pdf	14/01/2020 19:43:40	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito
Outros	ParecercamaradepartamentalEEUFG2019.pdf	14/01/2020 19:43:12	Bárbara Cristina Dias Giaquinto	Aceito

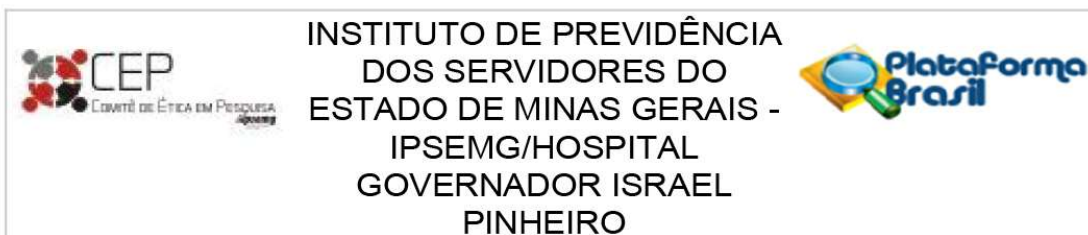
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 225, 11º andar
Bairro: Santa Efigênia **CEP:** 30.130-110
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3237-2813 **Fax:** (31)3237-2273 **E-mail:** cep.hgip@ipsemg.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 4.370.434

BELO HORIZONTE, 29 de Outubro de 2020

Assinado por:
ADIRSON MONTEIRO DE CASTRO
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 225, 11º andar
Bairro: Santa Efigênia **CEP:** 30.130-110
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3237-2813 **Fax:** (31)3237-2273 **E-mail:** cep.hgip@ipsemg.mg.gov.br