

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDEO NUNES DE BARROS-CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

EDYANE ROCHA LIMA SÁ

RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS E SUA INTERFACE PARA A
SEGURANÇA DO PACIENTE

PICOS- PIAUÍ

2015

EDYANE ROCHA LIMA SÁ

RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS E SUA INTERFACE PARA A
SEGURANÇA DO PACIENTE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – UFPI/CSHNB, como parte dos requisitos necessários a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Fernando José Guedes da Silva Júnior

PICOS- PIAUÍ

2015

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S111r Sá, Edyane Rocha Lima.
Risco de quedas em idosos hospitalizados e sua interface
para a segurança do paciente / Edyane Rocha Lima Sá. – 2014.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (52 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2014.

Orientador(A): Prof. Me. Fernando José Guedes da S. Junior

1. Hospitalização. 2. Segurança do Paciente. 3.
Enfermagem. 4. Idoso - Quedas I. Título

CDD 610.736 5

EDYANE ROCHA LIMA SÁ

**RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS E SUA INTERFACE PARA A
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – UFPI/CSHNB, como parte dos requisitos necessários a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Fernando José Guedes da Silva Júnior

Aprovação em: 15 de junho de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Fernando José Guedes da S. Jr

Prof. Ms. Fernando José Guedes da Silva Júnior- Presidente
Universidade Federal do Piauí- UFPI/CSHNB

Francisca Tereza de Galiza

Prof. Ms. Francisca Tereza de Galiza - 1º examinador
Universidade Federal do Piauí- UFPI/CSHNB

Leonor da Rocha Machado Oliveira

Enf. Esp. Leonor da Rocha Machado Oliveira- 2º examinador
Prefeitura Municipal de Picos

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela vida e por todas as bênçãos que tens a mim concedido. Ele “[...] ensina o que é útil e te guia pelo caminho em que deves andar” Isaías 48:17.

Ao meu orientador Professor Ms. **Fernando José Guedes da Silva Júnior**, exemplo de dedicação, pesquisa e pelas pertinentes recomendações. Meu apreço pelo carinho, paciência, dedicada orientação, confiança e empenho durante todo o desenvolvimento deste estudo.

À Professora Ms. **Francisca Tereza de Galiza**, por iluminar os caminhos iniciais do projeto deste estudo, com elevada sabedoria e intelectualidade, prestou valiosa contribuição para a construção deste trabalho.

Aos membros da Banca Examinadora por sua disponibilidade e contribuições.

À minha mãe, **Edina Rocha**, minha primeira professora e exemplo de dedicação. Fez-me acreditar que todos os sonhos são possíveis, pois, só depende do quanto estamos dispostos a nos dedicar para alcançá-los. Pelo amor, empenho e apoio em tudo o que me proponho a fazer. Alicerce inabalável à nossa família.

Ao **Bruno**, meu amor, parceiro na vida e incentivador das minhas conquistas, pela paciência e compreensão nos momentos de ausência, distanciamento e nervosismo. Minha vida não seria a mesma sem você!

Aos meus irmãos **Elian, Eder, Ednard, Edelvan e Elyane**, pelo incentivo, torcida e encorajamento em todos os momentos.

Às amigas **Anne Kalynne, Isadora e Layara**, pela amizade, companheirismo, pelas alegrias, angústias, apoio e risos compartilhados. Vocês significam muito para mim!

Às amigas **Bárbara e Bruna** pela ajuda e empenho na coleta dos dados da pesquisa.

Aos **idosos hospitalizados** que num momento crítico de suas vidas aceitaram realizar as entrevistas e permitiram que este trabalho se realizasse.

E à todos aqueles que de uma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: A população idosa encontra-se mais vulnerável as inúmeras problemáticas de saúde, incluindo-se as quedas. A ocorrência desses eventos são consequências de vários fatores e estão associados a relevantes custos ao setor saúde, bem como implicam em danos irreversíveis ao paciente, comprometendo a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde. Portanto, promover a segurança é essencial para evitar lesões ou danos ao paciente.

Objetivos: Analisar os riscos de quedas entre idosos hospitalizados e sua interface para a segurança do paciente.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa desenvolvido com 148 pacientes idosos internados no Hospital Regional Justino Luz, Picos, Piauí. A coleta de dados ocorreu de setembro a novembro de 2014, por meio de entrevistas e análise dos prontuários, através da aplicação de três instrumentos, o Mini Exame do Estado Mental, um instrumento com dados sociodemográficos e clínicos e a *Morse Fall Scale*. Para a análise estatística, utilizou-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Science*, versão 20.0. A comparação com outras variáveis categóricas foi feita por meio do teste do qui-quadrado de Pearson e a comparação da média das variáveis por meio do teste de Kruskal-Wallis. A significância estatística foi fixada em ($p < 0,05$). O projeto foi submetido ao comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que obteve aprovação por meio da CAAE nº 27561314.7.0000.5534.

Resultados: A amostra estudada é constituída em sua maioria por homens, idosos, casados, analfabetos, aposentados e com renda de até 1 salário mínimo. A maioria dos idosos possuem comorbidades, não fazem uso de polifarmácia e estavam com o tempo de internação entre 1-3 dias. Com relação ao risco para quedas, 51% dos idosos apresentaram alto risco para sofrer quedas. Quanto a distribuição dos pacientes de acordo com os itens da *Morse Fall scale*, 57,4% não possuem histórico de quedas, 75,0% não possuíam diagnóstico secundário, 87,8% não necessitavam de auxílio para deambulação, estavam acamados ou eram auxiliados por um profissional de saúde, 87,8% estavam em terapia endovenosa, dispositivo salinizado ou heparinizado, 37,8% estavam com marcha normal, sem deambulação, acamado ou cadeira de rodas e 100,0% estavam orientados, capazes quanto a sua capacidade e limitação. Houve uma associação estatística do risco para quedas com o tempo de internação ($p\text{-valor}=0,008$) e na comparação das médias do escore do MEEM, idade e tempo de internação com o risco para quedas, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa apenas entre o tempo de internação ($p\text{-valor}=0,018$).

Conclusão: A ocorrência de quedas entre idosos é resultado de um relevante problema de saúde, tendo em vista os danos ocasionados por este evento na terceira idade. É essencial que os profissionais de saúde despertem interesse sobre a segurança do paciente, implementando medidas preventivas com o intuito de diminuir a ocorrência de quedas e conseqüentemente, minimizar os danos decorrentes das mesmas. Destaca-se a importância da responsabilidade individual de todos os profissionais que prestam assistência ao paciente.

Palavras-Chave: Hospitalização. Segurança do paciente. Enfermagem. Quedas. Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The elderly population is more vulnerable to numerous health problems, including falls. The occurrence of these events are consequences of various factors and are associated with significant costs to the health sector and involve irreversible damage to the patient, compromising the quality of care in health services. Therefore promote safety is essential to avoid injury or damage to the patient. **Objectives:** To analyze the risk of falls among elderly hospitalized and its interface to patient safety. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study with quantitative approach developed with 148 elderly patients admitted to the Regional Hospital Justin Light, Picos, Piauí. Data collection occurred from September to November 2014, through interviews and analysis of the records, by applying three instruments, the Mini Mental State Examination, an instrument with sociodemographic and clinical data and the Morse Fall Scale. For statistical analysis, we used the Statistical Package for the Social Sciences application, version 20.0. The comparison with other categorical variables was performed using Pearson's chi-square test and the comparison of the average of the variables with the Kruskal-Wallis test. Statistical significance was set at ($p < 0.05$). The project was submitted to the Ethics Committee in Research of the State University of Ceará, which was approved by CAAE No 27561314.7.0000.5534. **Results:** The sample consists mostly of men, old, married, illiterate, retired and with up to 1 minimum wage. Most seniors have comorbidities, do not use and polypharmacy were with the hospital stay of 1-3 days. Regarding the risk of falls, 51% of older people at high risk to suffer falls. The distribution of patients according to the items in the Morse Fall Scale, 57.4% had no history of falls, 75.0% had no secondary diagnosis, 87.8% did not require assistance to walk, were bedridden or were assisted by a health professional, 87.8% were intravenous therapy, salinized or heparinized device, 37.8% had normal gait without walking, bedridden or wheelchair and 100.0% were oriented, capable as their ability and limitation. There was a significant association between the risk for falls with length of hospital stay ($p = 0.008$) and in the comparison of the mean MMSE score, age and length of stay with the risk for falls, there was a statistically significant difference only between the hospital stay ($p = 0.018$). **Conclusion:** The incidence of falls among the elderly is the result of a major health problem in view of the damage caused by this event in old age. It is essential that health professionals arouse interest in patient safety by implementing preventive measures in order to reduce the incidence of falls and consequently minimize the damage arising therefrom. We emphasize the importance of individual responsibility of all professionals who provide patient care.

Keywords: Hospitalization. Patient safety. Nursing. Falls. Senior Citizens.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos idosos quanto ao risco para quedas. Picos-PI, 2014.
(n=148)

27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos hospitalizados. Picos-PI, 2014. (n=148)	26
Tabela 2 - Distribuição dos idosos hospitalizados quanto as variáveis clínicas. Picos-PI, 2014. (n=148)	27
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes de acordo com os itens da <i>Morse Fall Scale</i> . Picos-PI, 2014. (n=148)	28
Tabela 4 - Associação do risco para quedas com tempo de internação. Picos-PI, 2014. (n=148)	29
Tabela 5 - Comparação das médias do escore do mini exame do estado mental, idade e tempo de internação com o risco para quedas. Picos-PI, 2014. (n=148)	29

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DP - Desvio Padrão

EA - Eventos Adversos

HRJL - Hospital Regional Justino Luz

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICPS - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

MS - Ministério da Saúde

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SM - Salário Mínimo

SPSS - *Statistical Package for the Social Scienses*

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Geral.....	14
2.2 Específicos.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 Risco de queda e sua interface com o processo de envelhecimento.....	15
3.2 O risco de quedas sobre a ótica da segurança do paciente.....	17
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 Tipos de estudo.....	21
4.2 Local e período da pesquisa.....	21
4.3 População/Amostra.....	22
4.4 Coleta de dados.....	23
4.5 Análise e interpretação dos dados.....	24
4.6 Aspectos Éticos e Legais.....	24
5 RESULTADOS.....	26
6 DISCUSSÃO.....	30
7 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICES.....	43
APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados.....	44
APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	45
ANEXOS.....	47
ANEXO A- <i>Morse Fall Scale</i>	48
ANEXO B- Definições operacionais da <i>Morse Fall Scale</i>	49
ANEXO C- Mini Exame do Estado Mental-MEEM.....	50
ANEXO D- Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	51

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança do paciente hospitalizado tornou-se assunto bastante discutido na área da saúde. Pois, a ocorrência de eventos adversos tem aumentado, trazendo graves consequências à saúde de pacientes, principalmente idosos, sendo nas quedas a ocorrência mais importante na quebra da sua segurança. Com o avanço da idade, esse episódio se torna mais frequente devido à magnitude dos fatores de risco associados. Dentre eles: a mudança do ambiente familiar para um ambiente estranho, predispondo a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais. Nesta perspectiva, intervenções adequadas por parte dos profissionais de saúde são importantes para avaliar o risco de quedas e proporcionar melhores condições para uma boa qualidade de vida e evitar o aumento das incapacidades.

Em todo o mundo, o número de pessoas com mais de 60 anos cresce com rapidez maior do que outro grupo etário. Essa parcela populacional está mais vulnerável aos inúmeros redutores de saúde, incluindo-se, a frequência de quedas. Esse tipo de acidente pode alterar a capacidade funcional e interferir na autonomia e independência do paciente (FREITAS *et al.*, 2011).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010b).

A mudança na transição demográfica, aumento da população idosa, reflete na saúde por meio de mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população, evidenciando uma necessidade de reorganização dos modelos assistenciais. Dessa forma, o atendimento adequado à saúde do idoso volta-se em prevenir e identificar os sinais e sintomas característicos do envelhecimento com fragilidade, um processo envolvendo a interação de múltiplos fatores (como biológicos e sociais), resultando num estado favorável à ocorrência de condições que geram dependência e institucionalização, como alterações cognitivas, instabilidade da marcha e quedas (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

As lesões decorrentes das quedas geram significativas limitações físicas e psicológicas em idosos. Contribuem para prolongar o tempo de permanência hospitalar, bem como aumento dos custos assistenciais. Além de ser uma importante causa de mortalidade entre eles, reflete em consequências imediatas, como também em efeitos incapacitantes que vão desde fraturas até declínio da capacidade funcional, como limitações e perda de autonomia (SÁ; BACHION; MENEZES, 2012).

O processo de envelhecimento favorece o acometimento de situações que podem comprometer a integridade física do mesmo, como a queda. Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por diversas circunstâncias, ações ou influências que resultam na origem de um incidente ou no aumento do risco de um incidente, resultando ou não em dano, quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão (BRASIL, 2013a).

As quedas sofridas por pacientes hospitalizados, durante o internamento, são uma das ocorrências mais importantes no rompimento da sua segurança. A segurança de pacientes internados em serviços de saúde é uma das preocupações prioritárias nos sistemas de controle de qualidade. A maior incidência ocorre durante a movimentação dentro do quarto, resultando quase sempre em lesões. A ocorrência desses eventos são consequências de vários fatores, vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico. Dentre eles, a diferença entre o ambiente doméstico e o hospitalar e a disposição do mobiliário no quarto. Deste modo, esse tem sido um tema de discussão nas instituições de saúde (ABREU *et al.*, 2012).

A segurança do paciente caracteriza-se em preocupar-se com a proporção da ocorrência de eventos adversos, é um ato de minimizar ou evitar lesões ou danos ao paciente. Em 2013 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para o monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde, com o intuito de contribuir para a qualificação do cuidado nos diferentes cenários, através da implementação de seis protocolos de segurança, onde inclui-se, devido à sua grande incidência, a queda. Pois a ocorrência desses erros leva-se a custos e implica-se danos irreversíveis a quem sofre, à sua família e, em consequência, compromete a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde.

Partindo-se dessas reflexões, surge como questionamento: qual o risco de quedas entre os idosos hospitalizados? Assim, acredita-se que é relevante e de fundamental importância entender até que ponto a qualidade da assistência prestada interfere na segurança do paciente e conseqüentemente a ocorrência de eventos adversos durante o período de

internamento, uma vez que a questão das quedas deve ser tratada como um grande problema de saúde pública, devido a sua frequência e altos custos econômicos e sociais para o paciente/família e para os serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Analisar os riscos de quedas entre idosos hospitalizados e sua interface para a segurança do paciente.

2.2 Específicos:

- Traçar o perfil sociodemográfico e econômico dos idosos hospitalizados;
- Investigar associação entre risco para quedas entre idosos hospitalizados e as variáveis sociodemográficas e econômicas.
- Aplicar a *Morse Fall Scale* e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Risco de queda e sua interface com o processo de envelhecimento

O aumento do número de idosos é um fenômeno mundial. Atualmente, no Brasil, o percentual de pessoas com mais de 60 anos aumentou de 8,6%, em 2000, para 10,8% em 2010, de acordo com dados do BRASIL (2010a). Assim, torna-se evidente que estas modificações se dão de forma radical e bastante acelerada. O aumento desta população tem posto em evidência um importante problema de saúde pública: aumento na frequência de quedas.

Acredita-se, também, que as quedas podem ser manifestações de patologias existentes, resultantes da interação entre múltiplos fatores que comprometem a estabilidade do indivíduo, tais como: ambientais, fisiológicos, psicossociais e biomédicos. Nesse sentido, o risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, pois o envelhecimento traz várias alterações anatômicas e fisiológicas, tornando o idoso mais frágil e mais propenso a sofrer quedas. Estas têm sido causa frequente de perda funcional, prolongamento no tempo de permanência nas instituições para tratamentos clínicos e, conseqüentemente, o aumento da morbidade e mortalidade em idosos (ANTES; D'ORSI; BENEDETTI, 2013).

As quedas possuem um significado muito relevante para os idosos, pois podem levá-los à incapacidade e à morte. Seu custo social é enorme e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e independência. Além disso, provocam conseqüências psicológicas e sociais, como: depressão, medo de cair, mudanças de comportamento e atitudes que levam à diminuição das atividades físicas e sociais. É válido ressaltar também, quanto aos custos assistenciais que são incalculáveis, devido às complicações para a saúde que as quedas em idosos provocam, sendo consideradas como um dos principais problemas de saúde pública (SILVA *et al.*, 2013).

Os principais fatores de risco delas encontrados na literatura são: idade igual ou superior a 75 anos, sexo feminino, presença de declínio cognitivo, inatividade, fraqueza muscular e distúrbios do equilíbrio corporal, marcha ou mobilidade, quedas anteriores com ou sem fraturas, comprometimento para realizar atividades de vida diária e o uso de medicamentos (SILVA *et al.*, 2013).

Esta faixa etária desperta particular interesse e preocupação devido aos fatores de risco que apresentam. Os idosos estão em maior risco de morte ou lesão grave de quedas e,

dessa forma, aumenta-se com o avançar da idade. Nos Estados Unidos da América, de 20-30% das pessoas mais velhas que caem sofrem alguma lesão moderada ou grave, como contusões, fraturas de quadril ou lesões traumáticas na cabeça. É evidente que as quedas são um problema importante em qualquer meio, principalmente no hospitalar. Assim, as consequências deste tipo de acidente nestas faixas etárias assumem repercussões mais acentuadas (OMS, 2012).

Pacientes hospitalizados são particularmente vulneráveis, devido ao ambiente desconhecido e à situação clínica desfavorável em que se encontram; como a presença de fatores preditores do evento, devido às doenças neurológicas, doenças cardiovasculares, incontinência urinária e/ou intestinal, problemas de equilíbrio, força e visão, alteração na marcha e reações adversas a medicamentos (LUZIA; VICTOR; LUCENA, 2014).

A presença de quedas no local de pertencimento familiar do idoso é preocupante, mas é ainda muito mais quando elas ocorrem em ambiente hospitalar. O idoso internado já se encontra fragilizado pela doença e hospitalização, e o evento de queda vem acrescentar mais fragilidade e conseqüentemente problemas de saúde, que muitas vezes se adicionam aos já existentes (VACCARI, 2013).

Entre os idosos que sofreram queda, dois terços terão outra no ano seguinte, uma de suas complicações mais frequentes é o medo de cair novamente, o que, muitas vezes, impede-os de deambular normalmente, deixando-os mais tempo restrito ao leito ou à cadeira, aumentando a falta de condicionamento físico (MORAES, 2010).

A avaliação do risco de queda deve ser feita logo no momento da admissão do paciente utilizando-se uma escala que seja adequada ao perfil dos pacientes da instituição. Esta deverá ser repetida diariamente até o momento de sua alta. Assim, contribuirá para identificação dos fatores que possam colaborar para o agravamento do dano em caso de queda, principalmente o risco aumentado de fratura e sangramento. Algumas condições podem agravar o referido quadro, como por exemplo, a osteoporose, uso de anticoagulantes e fraturas anteriores (BRASIL, 2013b).

Os pacientes com alto risco de sofrerem quedas em ambiente hospitalar são: os independentes, que se locomovem e realizam suas atividades sem ajuda de terceiros; dependentes de ajuda de terceiros para realizar suas atividades; andam com auxílio ou se locomovem em cadeira de rodas e acomodados em maca, com ou sem a presença de fatores de risco. Já os que possuem baixo risco de queda são aqueles pacientes acamados, restritos ao leito, completamente dependentes da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco e indivíduos independentes e sem nenhum fator de risco (BRASIL, 2013a).

Conhecendo-se esses dados, percebe-se nas quedas o comprometimento na qualidade de vida dos idosos; custam caro aos serviços de saúde, pois exigem o aumento no tempo de internação hospitalar; faz-se necessário identificar suas causas, despertando o olhar dos profissionais da saúde para a prevenção das mesmas.

Destaca-se que, para uma diminuição na ocorrência de quedas e lesões decorrentes, faz-se necessária uma assistência de enfermagem segura e de qualidade para os pacientes hospitalizados. Pois, torna-se possível realizar um adequado julgamento clínico e o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem apropriado e, em consequência, desencadear medidas preventivas.

3.2 O risco de quedas sobre a ótica da segurança do paciente

Nos últimos anos, a preocupação com a segurança do paciente tornou-se um assunto prioritário na área da saúde. Ainda que seu cuidado traga enormes benefícios a todos os envolvidos, no entanto a ocorrência de erros é possível e os pacientes podem sofrer graves consequências. Dessa maneira, a opção estratégica pela segurança tem sido incluída nas agendas das instituições e sistemas de saúde (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao elaborar a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), desenvolvida para facilitar a interpretação de informações em melhorar o cuidado, define-se segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, os mesmos conhecidos como eventos adversos. Estes, por sua vez, são danos inesperados que resultam de uma ação ou tratamento justificado em que o processo correto, para o contexto no qual o evento ocorreu, foi implementado e que na maioria das vezes acarretam em lesões mensuráveis nos pacientes afetados, óbito ou prolongamento do tempo de internação (OMS, 2009).

Em 2013, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, ou seja, reduzir a incidência de EA, tornando obrigatório que os hospitais do país montem um Núcleo de Segurança do paciente (NSP). O intuito desses núcleos é aplicar e fiscalizar regras sanitárias e protocolos de atendimento que previnam quanto a falhas de assistência (BRASIL, 2013).

Nesse sentido pode-se afirmar que se vive um momento significativo na saúde brasileira. Os objetivos do PNSP evidenciam que a perspectiva sistemática e processual está caracterizando o empenho nacional pela segurança do paciente. Deste modo, o foco na segurança do paciente é marcado pela preocupação com a magnitude da ocorrência de EA. Os principais fatores responsáveis por essa mobilização estão diretamente relacionados aos custos sociais e econômicos, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes. (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

No contexto da enfermagem destaca-se que existe a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP, 2013) constituída em 2008. Surgiu a partir da Rede Internacional de Segurança do Paciente em 2005 e trata-se de uma estratégia de vinculação entre pessoas, instituições, organizações e programas interessados no desenvolvimento dos cuidados de saúde, com a finalidade de contribuir para a promoção e proteção da saúde, melhoria permanente da qualidade dos serviços e promover o acesso universal e equitativo dos cuidados de saúde no Brasil.

Em meio às 12 estratégias da REBRAENSP, que visam à prevenção de danos e promoção da segurança do paciente, destaca-se a prevenção de queda. Esta deve ser abordada por meio da realização de uma avaliação multifatorial do risco de queda, que se baseia na identificação de fatores predisponentes intrínsecos (história prévia de quedas, idade, sexo feminino, medicamentos, condição clínica, distúrbio de marcha e equilíbrio, sedentarismo, estado psicológico, estado nutricional deficiente, declínio cognitivo, diminuição da acuidade visual, condições ortopédicas, estado funcional), extrínsecos (iluminação insuficiente, superfícies molhadas/escorregadias, tapetes, degraus inadequados, obstáculos, ausência de barras de apoio em corredores e banheiros, prateleiras de altura inadequada, roupas e sapatos inadequados, via pública com irregularidades, órteses inadequadas) e comportamentais (o grau de atividade está associado ao risco de queda, seja pela fragilidade de pessoas menos ativas, seja pela maior exposição de pessoas mais ativas) (REBRAENSP, 2013).

Cumprir referir que a ocorrência de quedas vincula-se diretamente a questões de segurança e qualidade do cuidado prestado ao paciente, sendo indicativos dos processos assistenciais. As falhas na assistência, quebras das técnicas profissionais e a negligência das medidas de proteção preconizadas, estabelecidas pelas Boas Práticas de Funcionamento de serviços de saúde, possibilitam a materialização do dano ao paciente, pelo surgimento de eventos adversos (BRASIL, 2013).

Em termos mais objetivos, incluem-se como estratégias essenciais para a prevenção de quedas, o estabelecimento de um programa de avaliação de seu risco, a individualização do

paciente com base nesse risco e integralização do paciente e acompanhante na participação desse processo, a fim de identificar as condutas mais apropriadas para cada paciente, ajudando na prevenção de tais eventos (REBRAENSP, 2013).

Como já citado anteriormente, a existência dos EA que comprometem a segurança do paciente, como as quedas, constituem atualmente um amplo desafio para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência na área da saúde. Desse modo, os serviços prestados pelas equipes de saúde, visando promover a segurança do paciente no ambiente hospitalar e estabelecer mecanismos para prevenção de EA, devem promover meios que facilitem a comunicação desses eventos e a compreensão das informações necessárias.

Caso ocorra um EA, é importante que este seja notificado pelos profissionais e posteriormente analisado, a fim de minimizar a ocorrência dos mesmos. É válido ressaltar a grande importância da inserção de práticas seguras neste cenário, como por exemplo, a utilização de protocolos de segurança pela equipe multiprofissional, realização contínua de treinamentos e presença de comitês de segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

A concepção de Silva (2010) demonstra que as investigações sobre a segurança do paciente devem auxiliar as tomadas de decisão e as intervenções da gestão modificando a prática do cuidado, uma vez que as ações adotadas precisam gerar resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança do paciente e requeiram a qualidade da assistência.

No modelo atual da assistência à saúde, o movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem é necessário, a fim de que seja garantida ao usuário, uma assistência livre de riscos e danos (ROTHBARTH, 2011).

No contexto da qualidade do cuidado de enfermagem, a queda do paciente consiste em um dos principais indicadores de resultado. Pois, o cuidado de enfermagem pode subsidiar ações de melhorias que previnem danos e prejuízos aos pacientes, trabalhadores e à sociedade. Para Pedreira (2009), a enfermagem é definida como um agente de interligação entre o sistema e o paciente, portanto, encontra-se em posição única para a promoção de sua segurança, desde que direcione seu valor e poder para o cuidado do paciente, e não para correção de falhas de prestação de assistência.

Dentre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros, a realização do Processo de Enfermagem, com a identificação dos diagnósticos, surge como uma extraordinária ferramenta, pois orientam o planejamento e a implementação das intervenções. Obtendo, dessa forma, melhores resultados em saúde, contribuindo para o cuidado individualizado e considerando as necessidades e a segurança dos pacientes. Assim, é indispensável o

desenvolvimento de pesquisas que resultem em intervenções e produtos capazes de estimular a enfermagem a mobilizar-se e buscar de modo articulado a realizar ações que transformem o sistema de saúde.

Desse modo, torna-se evidente que os EA, como a ocorrência de quedas, podem ser modificáveis, através de ações relativamente simples e que não exijam o uso de tecnologias complexas. É importante conhecer os EA, para que seja possível a adoção de intervenções que minimizem o risco. Métodos simples podem ser utilizados para evitar a ocorrência de incidentes que provocam prejuízos físicos, emocionais e financeiros.

É possível notar que ainda existem múltiplas barreiras e desafios que precisam ser enfrentados na concepção da adoção de novas técnicas para a identificação do risco e resolução dos problemas. Assim, é importante que se conheça o clima de segurança nos diversos setores de saúde, principalmente no setor hospitalar, propor novas ações para a discussão da temática e buscar, assim, a melhor qualidade no cuidado em saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipos de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, pois segundo FIGUEIREDO (2009) a pesquisa descritiva define-se como sendo um estudo que tem como meta traçar as características de uma população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre as variantes adquiridas através da aplicação de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionário e observação sistemática.

Os estudos transversais são mais econômicos, de fácil controle e envolvem a coleta de dados em um determinado ponto temporal, isto é, todos os fenômenos da pesquisa dentro da coleta de dados são observados em um único período. São adequados para descrever ou relacionar fenômenos (POLIT; BECK, 2011).

Ainda segundo POLIT e BECK (2011) abordagem quantitativa é uma investigação de fenômenos que se prestam a medição e quantificação precisas, frequentemente envolvendo um modelo rigoroso e controlado.

4.2 Local e Período da pesquisa

Realizou-se o estudo em um hospital público da cidade de Picos-PI. Escolheu-se este local por acolher cotidianamente acadêmicos dos diversos cursos da saúde, além de agregar uma quantidade satisfatória de idosos sob os cuidados da equipe de enfermagem, os quais recebem acompanhamento de enfermeiros, médicos, nutricionistas e assistência farmacêutica.

O referido município, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010b), possui população de aproximadamente 73.414 habitantes, com 534,715 Km² e 137,30 de densidade demográfica (Habitação por Km²). A coleta dos dados envolveu apenas o setor de Clínica Médica que conta com nove enfermarias, sendo quatro com seis leitos, quatro com três leitos e um de isolamento. A pesquisa foi realizada no período de abril a dezembro de 2014.

4.3 População/Amostra

A população do estudo foi constituída por pacientes idosos, pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Considerou-se para critérios de inclusão idosos hospitalizados no período de coleta de dados, com o cognitivo preservado, verificado através do Mini Exame do Estado mental e que permitiram realizar a pesquisa de forma voluntária. E como critério de exclusão, idosos sem capacidade de verbalizar as informações da pesquisa.

A amostra foi selecionada por conveniência. Pois, segundo (POLIT; BECK, 2011), são métodos os quais, nos casos escolhidos, o investigador tem à sua disposição como participantes de um estudo.

Por se tratar de uma amostra finita, foi calculada por meio da fórmula para população finita (POCOCK, 1989), conforme se verificar abaixo:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 * P * Q * N}{e^2 (N - 1) + t_{5\%}^2 * P * Q}$$

Na fórmula indicada, os símbolos/letras correspondem a: **n** é o quantitativo da amostra procurada, **t_{5%}** é o valor tabelado da distribuição *t* de *Student* para o qual considerou-se 1,96, **P** é a prevalência do evento, que foi de 50% em virtude do desconhecimento da real prevalência do evento, **Q** = 100 – P, **e** é o erro amostral fixado, que foi de 6% e **N** é a população considerada no estudo que é de 333 pacientes, número equivalente ao índice de idosos hospitalizados na Ala B do hospital nos meses de setembro, outubro e novembro de 2013.

$$N = (1,96^2 * 50 * 50 * 333) / (6^2 * 332 + 1,96^2 * 50 * 50)$$

$$n = (9 604 * 333) / (11 952 + 9 604)$$

$$n = 3 198 132 / 21 556$$

$$n = 148,36... = 148 \text{ pacientes}$$

A amostra da pesquisa foi constituída por 148 pacientes idosos identificados com risco de quedas internados no hospital público no período da coleta de dados.

4.4 Coleta de Dados

A amostra foi constituída no período amostral de três meses, compreendendo setembro a novembro de 2014. Os dados primários foram obtidos a partir da aplicação do teste do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) em todos os idosos participantes da pesquisa para estabelecer o desempenho de cada um deles, conforme as pontuações obtidas, sendo excluídos do estudo os participantes que não atingiram a nota de corte mínima conforme a classificação estabelecida pelo ministério da saúde (ANEXO C).

O MEEM constitui-se em um dos instrumentos de avaliação e rastreio de comprometimento cognitivo mais utilizados pelos profissionais de saúde no mundo. É composto por questões agrupadas em sete categorias cada uma delas com o objetivo de avaliar um grupo de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação total no MEEM pode variar de zero até o máximo de 30 pontos. Os pontos de corte sugeridos são: Analfabetos: 19 pontos; 01 a 03 anos de escolaridade: 23 pontos; 04 a 07 anos de escolaridade: 24 pontos e mais de 07 anos de escolaridade: 28 pontos (BRASIL, 2006).

Em seguida foi aplicado um formulário com dados sociodemográficos e clínicos dos participantes da pesquisa (APÊNDICE A). E por fim, aplicou-se a *Morse Fall Scale* (ANEXO A). A *Morse Fall Escala* foi publicada, em 1989, por Janice M. Morse, Doutora em enfermagem, professora lotada na cadeira presidencial da Universidade de Utah, Escola de Enfermagem e Professora Emérita da Universidade de Alberta, no Canadá. Seus programas de pesquisa estão nas áreas de sofrimento e prevenção de quedas de pacientes, e em desenvolvimento de métodos qualitativos, reconfortantes. Ela é a autora de 460 artigos e capítulos e 19 livros sobre métodos de pesquisa qualitativa, sofrimento, quedas e paciente.

A *Morse Fall Scale* é composta por seis critérios para a avaliação do risco de quedas: histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, marcha e estado mental. Cada critério avaliado recebe uma pontuação que varia de zero a 30 pontos, totalizando-se um escore de risco, cuja classificação é: risco baixo, de 0-24; risco médio, de 25-44 e risco alto, \geq 45. Seguem as definições operacionais de cada item no (ANEXO B).

No período amostral de coleta de dados, foram abordados 166 idosos e, desses, 08 não atingiram os pontos de corte do MEEM, 04 referiram não estar em boas condições físicas para realizar a entrevista (a maioria dependente de oxigênio – O2), 04 foram reinternações e

02 não aceitaram participar da pesquisa. A amostra final foi constituída por 148 idosos de 60 anos ou mais.

Realizou-se a coleta de dados em horários previamente estabelecidos e pertinentes para o pesquisador e a instituição.

4.5 Análise e Interpretação dos Dados

Os dados foram codificados e organizados no programa computacional Excel 2010. Para análise estatística utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences- IBM (SPSS)* versão 20.0. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva: cálculo de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e de dispersão e percentagens. É importante destacar que algumas variáveis foram recodificadas em relação às opções originais para facilitar as análises. A associação entre as variáveis fez-se por meio de tabelas de contingência, empregando-se o teste qui-quadrado de Pearson. O nível de significância estatística estabelecido foi de 5%. Assim, quando o valor de p correspondente a esse teste for menor ou igual a esse valor, a hipótese nula foi rejeitada.

Realizou-se também uma avaliação da normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Utilizou-se o teste estatístico Kruskal-Wallis para comparação da média das variáveis estado mental, idade e tempo de internação com as três categorias de risco para quedas (baixo, médio e alto risco), conforme determina a escala de *Morse*. A escolha do teste partiu em verificar a distribuição não normal das variáveis numéricas.

Ao final do tratamento dos dados, estes foram apresentados em tabelas e gráficos cuja consolidação servirá para realizar inferências com base na literatura científica sobre a temática em estudo.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

Nesta pesquisa respeitaram-se os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que rege pesquisa em seres humanos e vigente no período de realização deste presente trabalho.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que obteve aprovação por meio da CAAE nº

27561314.7.0000.5534. A coleta de dados na unidade de internação hospitalar foi autorizada pela Coordenação da equipe de Enfermagem.

O convite à participação neste estudo foi efetivado subsequentemente às explicações sobre os objetivos e procedimentos. Incluindo os benefícios como um maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para o participante e os cuidados para a redução de potenciais desconfortos como um leve constrangimento em expor o paciente ao pesquisador.

Os participantes também receberam orientações sobre o sigilo das informações, anonimato garantindo a preservação da identidade. Ressaltou-se que a participação era voluntária e que recusa ou desistência como participantes da pesquisa não necessitaria de justificativas, não interferindo nos seus direitos como paciente durante o atendimento, assistência e tratamento na instituição.

A coleta de dados para a pesquisa foi precedida da leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), em duas vias, de acordo com as Normas e Diretrizes das pesquisas em seres humanos.

5 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 148 idosos hospitalizados, com idade entre 60 e 99 anos (Média= 75,32 anos e DP= 9,56) sendo 51,4% do sexo masculino. Quanto a situação conjugal, a maioria dos idosos são casados (50,7%), seguidos de viúvos (35,1%), solteiros (8,1%), divorciados (5,4%) e união estável 0,7% (Tabela 1).

Referente à escolaridade 68,9% deles são analfabetos. Quanto a ocupação, quase a totalidade dos participantes da pesquisa são aposentados correspondendo 93,2%. No que se refere a renda mensal individual, verifica-se que esta varia de 0,00 a 1.448,00 reais. A grande maioria dos participantes com (82,4%) possuem renda de 1 salário mínimo (Média= 812,39 reais e DP= 247,39).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e econômico dos idosos hospitalizados. Picos (PI), 2014. (n=148)

Variáveis	N	%
Idade (Média= 75,32 anos e DP= 9,56)		
60 a 70 anos	53	35,8
71 a 80 anos	48	32,4
81 a 90 anos	36	24,3
91 a 99 anos	11	7,4
Sexo		
Masculino	76	51,4
Feminino	72	48,6
Situação conjugal		
Solteiro	12	8,1
Casado	75	50,7
Viúvo	52	35,1
Divorciado	8	5,4
União Estável	1	0,7
Escolaridade		
Analfabeto	102	68,9
Ensino fundamental incompleto	41	27,7
Ensino médio completo	1	0,7
Ensino superior completo	4	2,7
Ocupação		
Desempregado	8	5,4
Aposentado	138	93,2
Trabalhador assalariado	1	0,7
Trabalhador autônomo	1	0,7
Renda pessoal (Média= 812,39 reais e DP= 247,39)		
Sem renda	6	4,1
< 1 SM*	1	0,7
1 SM	122	82,4
Entre 1 e 2 SM	19	12,8
Total	148	100

Legenda: SM=salário mínimo (Valor de referência=724,00)

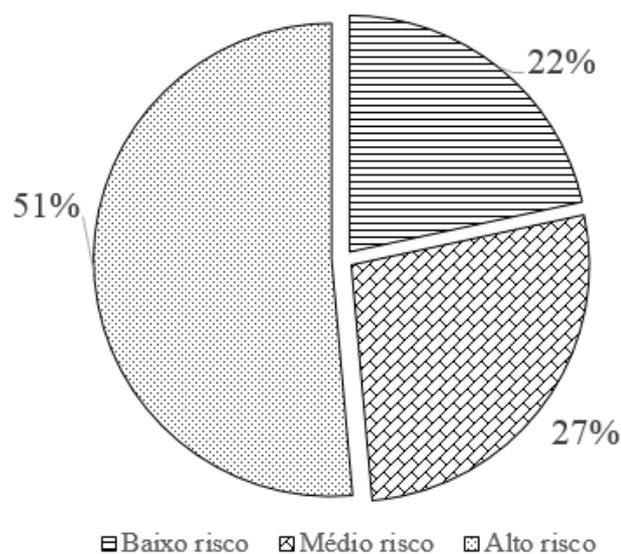
A tabela 2 refere-se a distribuição dos idosos hospitalizados quanto as variáveis clínicas. Verificou-se que 77,7% apresentam comorbidades associadas à causa básica de sua internação. Referente ao uso de medicações, 89,2% não fazem polifarmácia. Quanto ao tempo de internação 82,4% dos participantes que compuseram a amostra ficaram de 1 a 3 dias internados.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos hospitalizados quanto as variáveis clínicas. Picos (PI), 2014. (n=148)

Variáveis	N	%
Presença de comorbidades		
Sim	115	77,7
Não	33	22,3
Polifarmácia		
Sim	16	10,8
Não	132	89,2
Tempo de internação		
1-3 dias	122	82,4
4-6 dias	24	16,2
7-10 dias	2	2,6
Total	148	100

O gráfico 1 representa a distribuição dos idosos quanto ao risco para quedas segundo a escala de *Morse*. Verificou-se que 51% dos idosos apresentaram alto risco para sofrer quedas em ambiente hospitalar; 27% com médio risco e 22% com baixo risco.

Gráfico 1 – Distribuição dos idosos quanto ao risco para quedas. Picos (PI), 2014. (n=148)



Observa-se na tabela 3, que segundo os critérios de avaliação de quedas da *Morse Fall Scale*, 57,4% dos idosos internados não possuem histórico de quedas; 75,0% não possuíam diagnóstico secundário; 87,8% não necessitavam de auxílio para deambulação, estavam acamados ou eram auxiliados por um profissional de saúde; 87,8% estavam em terapia endovenosa, dispositivo salinizado ou heparinizado; 37,8% estavam com marcha normal, sem deambulação, acamado ou cadeira de rodas e 100,0% estavam orientados, capazes quanto a sua capacidade e limitação.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes de acordo com os itens da *Morse Fall Scale*. Picos (PI), 2014. (n=148)

Variáveis	N	%
Histórico de quedas		
Não	85	57,4
Sim	63	42,6
Diagnóstico secundário		
Não	111	75,0
Sim	37	25,0
Auxílio na deambulação		
Nenhum/Acamado/Auxílio por profissional da Saúde	130	87,8
Muletas/Bengala/Andador	12	8,1
Mobiliário/Parede	6	4,1
Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado		
Não	18	12,2
Sim	130	87,8
Marcha		
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de rodas	56	37,8
Fraca	54	36,5
Comprometida/Cambaleante	38	25,7
Estado Mental		
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	148	100,0
Total	148	100

A associação entre o risco para quedas com o tempo de internação apresentados na tabela 4, evidenciou que os pacientes que estavam com até 48 horas internados apresentaram predominância de alto risco para sofrerem quedas (54%).

Verificou-se, portanto, a existência de uma associação estatisticamente significativa entre risco para quedas e tempo de internação. O teste do qui-quadrado obteve um p-valor = 0,008.

Tabela 4 – Associação do risco para quedas com tempo de internação. Picos (PI), 2014. (n=148)

Tempo de Internação	Risco para quedas						p-valor*
	Baixo		Médio		Alto		
	N	%	N	%	N	%	
Até 48 horas	24	27,6	16	18,4	47	54	0,008
> 48 horas	8	13,1	24	39,3	29	47,5	

*Qui-quadrado

A tabela 5 mostra uma comparação das médias do escore do MEEM, idade e tempo de internação com o risco para quedas. Verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa de risco para quedas quando comparados as médias do escore do MEEM ($p=0,126$) e nem da idade ($p=0,163$). No entanto, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o tempo de internação. De modo que quanto menor o tempo que o idoso fica internado maior risco para quedas ($p=0,018$)

Tabela 5 – Comparação das médias do escore do mini exame do estado mental, idade e tempo de internação com o risco para quedas. Picos (PI), 2014. (n=148)

Variáveis	Risco para quedas									p-valor*
	Baixo			Médio			Alto			
	N	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão	
Estado mental	32	22,88	3,27	40	21,98	2,41	76	21,67	2,65	0,126
Idade	32	71,56	6,91	40	71,97	9,07	76	74,74	9,37	0,163
Tempo de internação	32	2,56	1,88	40	2,93	1,14	76	2,47	1,16	0018

*Teste Kruskal-Wallis

6 DISCUSSÃO

O estudo contou com uma amostra de 148 pacientes, idosos, internados no HRJL. Na caracterização sociodemográfica destaca-se prevalência do sexo masculino, idosos entre 60 a 70 anos de idade (média= 75,32% e DP= 9,56), casados, analfabetos, aposentados e com renda de 01 salário mínimo.

Verifica-se que houve um predomínio do sexo masculino, o que difere dos estudos apresentados por Alves *et al.* (2011), Paula *et al.* (2010) e Rabelo *et al.* (2010) sobre o perfil de idosos internados em hospitais públicos, os quais apontam que a maior incidência de internação é do gênero feminino.

Quanto à escolaridade, constata-se que 68,9% da amostra desse estudo são analfabetos. Esses dados apresentam uma elevada semelhança quando analisou-se a baixa escolaridade evidenciada segundo dados do IBGE (2013c), a maior incidência de analfabetismo ocorre entre homens (9,0%), de cor preta ou parda (11,8%) e aqueles com idade acima dos 65 anos (27,2%). A taxa de analfabetismo também é maior entre os pertencentes ao quinto mais pobre (15,0%), os residentes na Região Nordeste (17,4%) e os que estavam nas áreas rurais (21,1%).

O estudo realizado por Rabelo *et al.* (2010), com 276 idosos internados em um hospital universitário de Minas Gerais, revelou considerado índice de baixa escolaridade. Sendo que 52,9% dos idosos internados não havia concluído o ensino fundamental, 41,3 não eram alfabetizados e somente 0,7% possuíam ensino superior. Taxas expressivas de analfabetismo com 63,2% também foram encontrados em estudos de Paula (2010) em três hospitais públicos no Rio de Janeiro.

O resultado da distribuição, por grupos de idade do contingente de analfabetos do IBGE, aponta que mais da metade dos indivíduos tem idade acima de 55 anos (56%), quando, em 2002, do total de analfabetos, 45% tinham essa faixa etária (IBGE, 2013).

É fundamental para a promoção e manutenção da saúde o nível educacional dos pacientes. Pois, alguns procedimentos realizados por profissionais de saúde exigem um certo estado de compreensão, principalmente quando se tratam de atividades relativas às orientações de cuidados básicos e também contribuem para aumentar a independência e autocontrole, possibilitando assim maior colaboração do paciente quanto a sua saúde. É válido ressaltar que o mundo atual é globalizado e informatizado, e o nível de escolaridade é um auxílio indispensável para a melhoria na condição de vida do idoso.

Embora incluído no estatuto do idoso (Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003, capítulo V, Art. 21) a criação, por parte do poder público, de oportunidades para acesso do idoso) à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais (BRASIL, 2003), essa é uma realidade muito distante da situação à qual se deparam em seu cotidiano.

Referindo-se à renda, Borges, Benedetti e Mazo (2007) ao estudar 121 pessoas idosas de Florianópolis, encontrou que 41,1% dos indivíduos recebiam de 2 a 3,9 salários mínimos. Victor *et al.* (2009), ao avaliar 214 idosos de Fortaleza, revelaram que possuem baixos salários em que a maioria (48,6%) recebia entre 0,7 e 1 salário mínimo. Neste estudo, a maioria dos entrevistados tinha renda de 1 salário mínimo (82,4%) corroborando com a pesquisa de Pilger, Menon e Mathias (2011). Esta realidade limita o acesso a bens de consumo e de serviços, como moradia adequadas, alimentação, e se agrava quando pesquisas constatarem que grande parte dos idosos é provedora de suas famílias (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Nesta pesquisa, evidenciou-se entre os idosos um número elevado de co morbididades, o que também pode estar relacionado ao local de realização do estudo, pois é o principal serviço de saúde da região que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dos 148 idosos entrevistados, 77,7% apresentam mais de uma co morbididade.

Por outro lado, há que se considerar que o Brasil hoje é um dos países com mais rápido crescimento populacional de idosos no mundo e, apesar da longevidade, a expectativa de vida saudável dos brasileiros ao nascimento é de 59,8 anos, 12 anos a menos que a expectativa de vida total (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Para Geib (2012), os comportamentos e estilos de vida são considerados como determinantes que geram influências sobre a saúde dos idosos, dentre eles, dieta pouco saudável, falta de atividade física e abuso de álcool. Esses fatores de risco explicam parcialmente o perfil epidemiológico de doenças não transmissíveis como diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias. É evidente que tais fatores estão diretamente relacionados, principalmente, com as condições econômicas, demográficas e culturais que os idosos vivem.

Está bem documentado na literatura que o processo de incapacidade que acomete as pessoas idosas, diferentemente daquele dos mais jovens, é causado por doenças crônicas que usualmente começam na meia-idade e acompanham o envelhecimento, conforme demonstrado por Giacomini *et al.* (2008) e por Alves *et al.* (2007), no desenvolvimento do Projeto SABE, no município de São Paulo.

Referente ao uso de medicações verificou-se que 10,8% dos participantes da pesquisa fazem uso de polifarmácia. Dados um pouco mais relevantes foram verificados nas pesquisas sobre uso de medicamentos entre idosos de Pizzol *et al.*, (2012) que em uma amostra composta por 811 idosos, 13,9% fazem polifarmácia e de Santos *et al.*, (2013) em que a prevalência da prática de polifarmácia foi de 26,4% do total de 934 idosos de Goiânia. Nesse estudo, a prevalência da prática da polifarmácia foi baixa, em comparação aos citados anteriormente. Porém, verifica-se um crescimento contínuo do consumo de medicamentos entre os idosos e isso pode ser justificado pelo aumento da prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária. A polifarmácia e a associação de medicamentos são comuns entre o público estudado e isso pode trazer consequências como: interações medicamentosas e excesso de medicamentos, contribuindo para a ocorrência de EA.

Ao avaliar o risco para quedas dos pacientes conforme a classificação da *Morse Fall Scale* observa-se que em maior percentual eles estavam classificados com risco alto para quedas (51%) como mostra o gráfico 1. Corroborando com os achados de Rocha *et al.* (2013), que avaliou pacientes hospitalizados, através da *Morse Fall Scale* e constatou que estes possuem elevado risco para quedas com 45,2%.

Os itens avaliados pela *Morse Fall Scale*, traduzidos e adaptados para a língua portuguesa, constataram que os pacientes entrevistados tiveram maior percentual nas variáveis que não estão relacionadas ao risco para quedas (não tinha histórico recente de quedas; não tinham diagnóstico secundário; não utilizavam auxílio para deambular/eram acamados/deambulavam auxiliados por profissionais de saúde; tinham marcha normal/não deambulavam/ eram totalmente acamados/ utilizavam cadeira de rodas; e eram orientados quanto à sua capacidade/limitação). A exceção, ou seja, o item em que o maior percentual de pacientes pontuou risco para quedas foi: uso de dispositivo intravenoso salinizado ou heparinizado.

O estudo de Rocha *et al.* (2013) encontrou um resultado semelhante a este, no qual os pacientes entrevistados tiveram maior prevalência associada ao risco de quedas apenas no item uso de dispositivo intravenoso salinizado ou heparinizado, correspondendo 83,3%. Atenta-se, para a importância desse item, a sua relação com a utilização de medicações, direcionando para a necessidade de estratégias de prevenção de quedas relacionadas ao uso de medicações, uma vez que esse item está diretamente ligado ao uso de medicação e polifarmácia.

É importante destacar o item marcha, em que, quando somados aos percentuais de pacientes com marcha fraca e marcha comprometida/cambaleante, se obtém um percentual de

62,2% dos idosos entrevistados com alguma alteração na deambulação. Referente a esse dado, o Ministério da Saúde (2013) orienta que pacientes com mobilidade prejudicada necessitam de auxílio dos profissionais de saúde, e que estes devem avaliar a sua autonomia e independência quanto à necessidade do uso de dispositivos de marcha. Assim, os resultados apontam que maioria dos pacientes necessitava uma maior atenção da equipe. De certa forma ocasiona uma sobrecarga de trabalho, principalmente à equipe de enfermagem e conseqüentemente provoca um prejuízo na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Referindo-se ao item auxílio na deambulação o maior percentual foi 87,8% para pacientes que não necessitavam de auxílio/ acamados ou eram auxiliados por profissionais de saúde. Urbanetto *et al.* (2013) sugerem a inclusão do item auxílio por acompanhante/ familiar, uma vez que na realidade brasileira o familiar encontra-se cada vez mais presente junto ao paciente.

Relativo a isso, o Protocolo de Prevenção de quedas classifica o paciente que necessita de auxílio de terceiros com alto risco de queda (BRASIL, 2013a). É importante a presença de um acompanhante no hospital, principalmente quando o paciente é idoso e apresenta alguma dificuldade de deambulação e marcha prejudicada. Neste sentido, os estudos de Albuquerque *et al.* (2013), Costa *et al.* (2010) e Morais *et al.* (2012) mostram que a dificuldade de marcha e a mobilidade física prejudicada estão entre os principais fatores de risco para quedas. Conforme aponta o estudo de Rodrigues e Ciosak (2012) com idosos que possuíam acompanhantes e tiveram quedas, a companhia pode ser um fator protetor, mas não totalmente preventivo. Assim, torna-se evidente a importância de uma intensificação de orientações para a equipe de enfermagem, paciente e familiares sobre a necessidade do acompanhante, bem como, sobre os riscos de quedas.

Foi encontrada uma associação entre o tempo de internação com o risco de quedas. Verificou-se que pacientes que estavam nas primeiras 48 horas de internação representaram o maior percentual de risco alto para sofrerem quedas (54%). Contrariando a literatura, pois, estudos de Cunha *et al.* (2009) evidenciam que o período prolongado de internação pode ter interferência sobre vários aspectos dos pacientes, ocasionando em declínio funcional principalmente àqueles de idade mais avançada. E para Santos (2007), os riscos e complicações advindas de um longo período de internação podem ocasionar o surgimento de úlceras de decúbito, piora das condições respiratórias, infecções hospitalares, afastamento familiar e provocando uma piora do quadro clínico dos idosos.

Assim, torna-se evidente que a hospitalização pode ser vista por si só como uma causa de défices adicionais. Onde no decorrer dos dias de internação, o envelhecimento

associado ao cuidado hospitalar desencadeiam uma série de acontecimentos que resultam frequentemente em incapacidade e dependência como, por exemplo, a ocorrência de quedas.

Conferiu-se também no estudo de Siqueira *et al.* (2004) que a hospitalização é seguida, em geral, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, onde muitas vezes é irreversível e para Martin *et al.* (2006) devem-se evitar as internações sempre que possível, pois a capacidade em realizar atividades básicas de vida diária diminui, imediatamente, logo após a internação de idosos.

Neste sentido, é importante que durante a hospitalização os cuidados sejam intensificados por parte da equipe que assiste o paciente. Com intervenções clínicas e ambientais, beneficiando o idoso no período de hospitalização com o intuito de minimizar a ocorrência de danos e melhorar a qualidade da assistência prestada.

Analisando a tabela 5 que faz uma comparação das médias do escore do MEEM, idade e o tempo de internação com o risco de quedas pode-se verificar que não existe uma diferença estatisticamente significativa na média da idade e o risco de queda, embora, seja possível identificar que os pacientes com maior idade apresentaram maior percentual com alto risco para sofrerem quedas.

Verificou-se, portanto, que houve uma diferença estatisticamente significativa com o risco de quedas apenas no tempo de internação ($p=0,018$), pois, quanto menor o tempo que o idoso fica internado, maior o risco para quedas. Em um estudo realizado por Paiva *et al.* (2010) verificou que em 61,7% dos casos estudados, as frequência de quedas, em sua maioria, ocorreram nos primeiros cinco dias de internação hospitalar. Os resultados do estudo realizado por Dias, Martins e Araújo (2014), também apontam que a maior ocorrência de quedas ocorre nos primeiros seis dias de internação, com percentual de 57%. Tais informações podem ser sugestivas de que os eventos podem estar relacionados a fatores como início de novas medicações, falta de familiaridade com a organização espacial do ambiente, ansiedade pela nova condição e a fragilidade que o idoso apresenta pelo motivo da internação.

Esses dados indicam a importância em realizar uma avaliação clínica do paciente no momento da sua admissão hospitalar. Possibilitando ao enfermeiro identificar de forma precoce a existência de fatores de risco predisponentes às quedas durante o período de hospitalização. Identificando os pacientes com maior risco, os profissionais podem adotar medidas específicas de segurança e prevenção, com o objetivo de preservar a integridade do mesmo e a qualidade do serviço prestado. É importante realizar esta avaliação periodicamente, pois os fatores de risco modificam-se durante o período de internação.

7 CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados obtidos neste estudo, pode-se constatar quanto aos aspectos sociodemográficos e econômicos, comorbidades e risco para quedas do grupo de idosos entrevistados, a idade média foi de 75,32 anos, com predomínio de homens, casados, aposentados, analfabetos e com baixa renda.

A maioria dos idosos possuem comorbidades, não fazem uso de polifarmácia e estavam com o tempo de internação entre 1-3 dias. Quanto ao risco para quedas, 51% dos idosos entrevistados apresentaram alto risco para sofrer quedas. Relacionado a distribuição dos pacientes de acordo com os itens da *Morse Fall scale*, 57,4% não possuem histórico de quedas, 75,0% não possuíam diagnóstico secundário, 87,8% não necessitavam de auxílio para deambulação, estavam acamados ou eram auxiliados por um profissional de saúde, 87,8% estavam em terapia endovenosa, dispositivo salinizado ou heparinizado, 37,8% estavam com marcha normal, sem deambulação, acamado ou cadeira de rodas e 100,0% estavam orientados, capazes quanto a sua capacidade e limitação. Houve uma associação estatística do risco para quedas com o tempo de internação ($p\text{-valor}=0,008$) e na comparação das médias do escore do MEEM, idade e tempo de internação com o risco para quedas, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa apenas entre o tempo de internação ($p\text{-valor}=0,018$). Assim, verifica-se que o avançar da idade e o uso de medicações por via endovenosa de acordo com o item da *Morse Fall Scale* foram os principais fatores de risco para quedas.

A avaliação do risco de quedas dos pacientes hospitalizados foi realizada por meio da *Morse Fall Scale*, uma ferramenta específica para predição de quedas e traduzida e adaptada para a língua portuguesa. A partir desse acompanhamento realizado, foi possível verificar os principais fatores de risco para quedas na população estudada.

Embora seja uma ferramenta bastante utilizada, observou-se uma moderada capacidade de identificar o risco de quedas em pacientes. A avaliação desse risco é uma demanda comum a todas as instituições de saúde, portanto, é importante a cada uma delas adaptar a *Morse Fall Scale* à sua realidade e às características dos pacientes que são atendidos no serviço, tornando-se fundamental para subsidiar e planejar estratégias de promoção da segurança dos mesmos.

Um dos fatores limitantes para esse estudo foram registros deficientes e incompletos dos profissionais nos prontuários dos pacientes, prejudicando a amostra. A grafia pouco legível foi outro aspecto que, muitas vezes, tornou incompreensível o entendimento das informações.

Espera-se que os resultados alcançados possam contribuir para subsidiar ações de adequação dos serviços prestados no cenário da pesquisa, informando aos profissionais que ali atuam as características de uma parcela significativa de sua clientela, podendo favorecer a tomada de decisões coerentes às necessidades de saúde da pessoa idosa.

Conclui-se que a ocorrência de quedas dos idosos, é resultado de um relevante problema de saúde, tendo em vista os danos ocasionados por este evento na terceira idade. Portanto, espera-se que a realização deste estudo estimule o interesse dessa temática por profissionais de saúde, principalmente os atuantes em ambiente hospitalar. De forma que a contribuição de todos possa diminuir a ocorrência e implicações de quedas, implementando medidas com intuito de prevenir de fatores de risco, a fim de manter a independência ou minimizar os danos da sua capacidade funcional.

Este estudo contribui para o conhecimento da realidade acerca dos riscos de quedas em pacientes idosos internados no Hospital pesquisado. Ressalta-se que a enfermagem atua como uma base dos programas de prevenção de quedas. Contudo, o sucesso do mesmo depende da responsabilidade individual, em aderir à cultura de segurança institucional de todos os profissionais prestadores de assistência ao paciente.

Por fim, a realização da pesquisa mostrou-se satisfatória. Na medida em que os objetivos propostos foram alcançados. Espera-se que os resultados deste estudo possam ser utilizados, auxiliando profissionais que prestam assistência ao paciente idoso hospitalizado em aderir à cultura de segurança. Além disso, pode servir como base para identificar fatores de risco e planejar melhores estratégias para prevenção de quedas.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. *et al.* Falls in hospital settings: a longitudinal study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.3, 2012.

ALBUQUERQUE, N. L. S. *et al.* Fatores de risco para quedas em pacientes hospitalizados com cardiopatia isquêmica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, 2013.

ALVES, L.C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2007.

ALVES, I. A. L. *et al.* Idosos em um hospital universitário e em um hospital geriátrico. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**. v. 56, n.1 2011.

ANTES, D. L.; D'ORSI, E.; BENEDETTI, T. R. B. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. *EpiFloripa Idoso* 2009. **Rev Bras Epidemiol**. v.16, n.2, 2013.

BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 56, n.4, 2007.

BRASIL; Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**. Brasília DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 02/06/2014.

_____, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do idoso**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 15/12/2014.

_____, Ministério da saúde/ANVISA/Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo prevenção de quedas**, 2013a.

_____, Ministério da saúde/ANVISA. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. Trecho 5, 2013b.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013**. Rio de Janeiro, 2013c.

_____, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília, 2010a.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro RJ, 2010b.

_____, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília DF, 2003. Disponível em: <http://www.comprev.org.br>. Acesso em: 14 de julho, 2013.

_____, Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília DF, 2006.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico Piauí do município de Picos**. Brasília DF, 2010c. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 03 de junho, 2014.

_____, Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 09 de novembro, 2014.

COSTA, A. G. S. *et al.* Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (Impressa)**. v. 14, n. 4, 2010.

CUNHA, F. C. *et al.* Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12 n. 3, 2009.

DIAS, M. J. M. C.; MARTINS, T.; ARAÚJO, F. Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). **Revista de Enfermagem Referência – IV**. n. 1, 2014.

FERREIRA, D. C. O.; YOSHITOME, A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, 2010.

FREITAS, R. et al. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia da pesquisa científica**. 3ª ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, p. 239, 2009.

GEIB, L. T. C. Determinantes Sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2012.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Estudo de Base populacional dos Fatores Associados à incapacidade funcional Entre Idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2008.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n.2, 2005.

LUZIA, M. F.; VICTOR, M. A. G.; LUCENA, A. F. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n. 2, 2014.

MARTIN, G. B. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Londrina-PR, 2006.

MORAES, E.N. *et al.* Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, 2010.

MORAIS, H. C. C. *et al.* Identificação do diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, Porto Alegre, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrutura conceitual da Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente**. Direção-Geral da Saúde, versão 1.1. Janeiro, 2009.

_____, **Quedas**, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/#>. Acesso em: 13/12/2014.

PAIVA, M. C. M. S. *et al.* Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n. 1, 2010.

PAULA, F. L. *et al.* Perfil de idosos com internação por quedas em hospitais públicos de Niterói (RJ). **Rev Bras Epidemiol**. v.13 n.4, 2010.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n.4, 2009.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino- Americana Enfermagem**. v.19, n.5, 2011.

PIZZOL, T. S. D. *et al.* Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 669, 2011.

POCOCK, S. J. **Clinical trials-a practical approach**. New York: John Wiley & Sons; 1989.

RABELO, L. P. O. *et al.* Perfil de idosos internados em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm.** v. 14, n. 3, 2010.

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Edipucrs, p. 132. Porto Alegre, 2013.

RIGOBELLO, M. C. G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.25, n.5, 2012 .

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, 2013.

ROCHA, H. B. *et al.* Avaliação do risco de quedas em adultos hospitalizados conforme a Morse Fall Scale traduzida para a língua portuguesa. **Revista da Graduação**, v. 6, n. 1, 2013.

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012.

ROTHBARTH, S. **Gestão da qualidade: um processo de acreditação hospitalar**. 192p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2011.

SA, A. C. A. M.; BACHION, M. M.; MENEZES, R. L. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, 2012.

SANTOS, T. R. A. *et al.* Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 47, n. 1, 2013.

SANTOS, M. I. P. O. Perfil de idosos internados no hospital geral em Belém (Pará). **Esc Anna Nery R Enferm.** 2007.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, 2010.

SILVA, J. M. N. *et al.* Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2013.

SIQUEIRA, A. B. *et al.* Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, 2004.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Saúde no Brasil 4. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** The Lancet, 2011.

URBANETTO, J. S. *et al.*, Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, 2013.

VACCARI, E. **O evento queda em idosos hospitalizados.** 139 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2013.

VICTOR, J. F. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em unidade básica de saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 22, n.1, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

1-	Idade:	
2-	Sexo:	1. Feminino 2. Masculino
3-	Estado civil:	1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Divorciado 5. União estável 6. Não oficializada 7. Outros: _____
4-	Reside com:	1. Esposo(a) 2. Filho(a) 3. Neto(a) 4. Companheira 5. Sozinha 6. Outros: _____
5-	Grau de escolaridade:	1. Sem escolaridade/analfabeto 2. Sem escolaridade/alfabetizado 3. Ensino fundamental incompleto 4. Ensino fundamental completo 5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Superior incompleto 8. Superior completo
6-	Renda familiar:	Reais
7-	Ocupação:	1. Desempregado 2. Aposentado 3. Trabalhador assalariado 4. Trabalhador autônomo
8-	Diagnóstico clínico:	_____
9-	Co-morbidades presentes	
10-	Toma alguma medicação?	1. Sim 2. Não Quais? 1. Antihipertensivos 2. Diuréticos 3. Psicotrópicos 4. Fármacos hipoglicemiantes orais 5. Antitrombóticos 6. Inibidores da enzima conversora de angiotensina 7. Outros: _____
11-	Internação nos últimos 12 meses?	1. 0 2. 1-2 3. >2
12-	Tempo de internação	_____ dias

APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Risco de Quedas em Idosos hospitalizados e sua interface para a segurança do paciente.

Pesquisador (a) responsável: Ms. Francisca Tereza de Galiza, docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (085) 9686-5357

Prezado Senhor:

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

♦**Objetivo do estudo:** Avaliar fatores de riscos para quedas em idosos hospitalizados como parâmetro para a segurança do paciente.

♦**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá no fornecimento de dados para preenchimento de formulário respondendo às perguntas formuladas que abordam os fatores de riscos de quedas em idosos hospitalizados.

♦**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

♦**Riscos:** O preenchimento deste formulário poderá representar risco de constrangimento com a sua exposição ao pesquisador.

♦Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

♦ **Sigilo:** Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo. Eu discuti com o(a) pesquisador(a) responsável sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

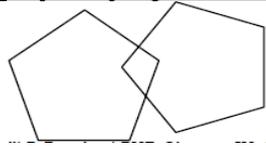
ANEXO A – *Morse fall Scale* em inglês e na versão traduzida para o português do Brasil (URBANETTO et al., 2012).

<i>Morse Fall Scale</i> - Versão original ¹³	<i>Morse Fall Scale</i> Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
<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	
No	Não	0
Yes	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

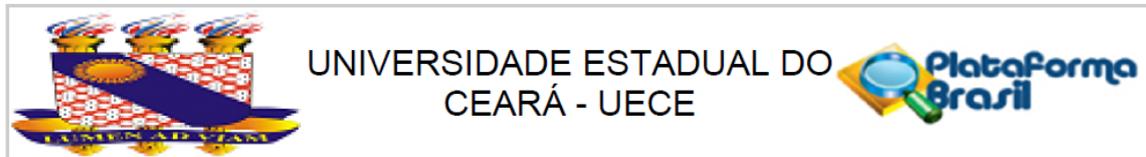
ANEXO B- Definições operacionais de cada item da *Morse Fall Scale*, traduzida e adaptada para a língua portuguesa do Brasil (URBANETTO et al., 2012).

Item	Definição Operacional
1. Histórico de quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou Se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde , ou ainda Se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.
Muletas/Bengala/Andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
Comprometida/Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente <i>realmente</i> se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.
6. Estado mental	
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade/ Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

ANEXO C- Mini exame do estado mental- MEEM (BRASIL, 2006).

1.Orientação temporal (0-5) pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2.Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3.Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo (0-5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5.Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6.Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7.Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ.	1
8.Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9.Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10.Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa		1
11.Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

ANEXO D- Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará- UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SEGURANÇA NO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS A PESSOA IDOSA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM: fundamentos para o cuidado clínico

Pesquisador: Maria Célia de Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27561314.7.0000.5534

Instituição Proponente: Curso de Nutrição

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 679.888

Data da Relatoria: 26/05/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa do tipo interventiva, tendo como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais. Adotar-se-á, ainda, no momento da atividade interventiva e o método da pesquisa convergente assistencial(PCA). Será realizada com 139 profissionais da equipe de enfermagem de duas instituições, uma Instituição de longa permanência para idosos e uma UTI, ambas de Fortaleza.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar intervenções educativas com à equipe de enfermagem sobre segurança e preparo de medicamento para os idosos a partir das representações sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos serão mínimos e os envolvidos na investigação terão condições de minimizar ou sanar os possíveis riscos. Em caso de constrangimento, no momento da entrevista e atividade em grupo, os investigadores encerrarão as atividades e, somente, retornará quando acordado com o(s) participante(s).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa atende aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 679.888

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido corrigido, porém pesquisadora não se identificou.

Recomendações:

Apresentar nome, telefone e endereço da pesquisadora no TCLE para que os participantes da pesquisa saibam a quem procurar caso tenham alguma dúvida sobre a pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, porém pesquisadora deve identificar-se no TCLE.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 09 de Junho de 2014

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Edyone Rêha Lima Sá,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Risco de quedas em idosos hospitalizados e sua
interface para a segurança do paciente.
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 16 de Março de 20 15

Edyone Rêha Lima Sá
 Assinatura

Edyone Rêha Lima Sá
 Assinatura