

## Percepção dos residentes sobre prevenção de quedas no programa de residência multiprofissional em saúde

*Perception of the residents about prevention of falls in the health multidisciplinary residency program*

*Percepción de los residentes sobre la prevención de caídas en la residencia de varios profesionales en programa de salud*

Marília Fernandes Morroni de Paiva<sup>1</sup>, Clécio de Oliveira Godeiro Júnior<sup>2</sup>, Karla Vanessa Rodrigues Soares Menezes<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mestrado em Ensino na Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN - Natal-Rio Grande do Norte

<sup>2</sup> Pós-doutorado em Neurociências- Universidade de Grenoble-Alpes - França - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN - Natal-Rio Grande do Norte

<sup>3</sup> Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN - Natal - Rio Grande do Norte

### RESUMO

O estudo teve como objetivo desvelar a percepção dos residentes sobre prevenção de quedas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde para estabelecer melhoria de processos

---

#### Autor de Correspondência:

\*Marília Fernandes Morroni de Paiva . E-mail: mariliafisio@yahoo.com.br

assistenciais em um Hospital Universitário. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, com os residentes do primeiro ano dos programas de cardiologia e terapia intensiva do adulto. Para a coleta de informações, optou-se pela técnica de grupo focal, onde as conversas foram gravadas e transcritas na íntegra, e a análise de conteúdo por BARDIN. Evidenciou-se com os relatos dos participantes, o conhecimento sobre as estratégias de prevenção de quedas, a integração dos profissionais de saúde e a construção de propostas de ações de mudanças na incorporação de atividades multiprofissionais. Concluiu-se com a percepção dos residentes, a necessidade de educação permanente em saúde, o trabalho em equipe no cuidado integral ao usuário e a revisão periódica de protocolos para promover a redução de quedas.

**Palavras-chave:** Acidentes. Prevenção de Acidentes. Equipe de assistência ao paciente. Internato e Residência.

#### **ABSTRACT**

---

The study is aimed to unveil the resident's perception on fall prevention, in the health multidisciplinary residency program, to establish assistance process improvement in a University Hospital. A qualitative, descriptive-exploratory research was conducted with the first-year residents of the cardiology and adult intensive care programs. The focal group technique was selected for information collection, where the conversations were recorded and transcribed in full. Content analysis was performed by the BARDIN method. Knowledge about strategies for fall prevention, the integration of health professionals, and the construction of proposed actions for change in incorporation of multidisciplinary activities were evidenced with the participants reports. The residents' perception led to the conclusion that there is a need for permanent education in health, teamwork in the integral care to the user, and periodic review of protocols to promote the reduction of falls.

**Keywords:** Accidents. Accidents Prevention. Patient Care Team. Internship and Residency.

#### **RESUMEN**

---

El estudio pretende conocer la percepción de los residentes sobre la prevención de caídas en la residencia de varios profesionales en programa de salud para establecer la mejora de procesos de asistencia en un Hospital Universitario. Una investigación cualitativa, descriptiva exploratoria, con los residentes del primer año de Cardiología y cuidados intensivos. Para la recolección de información, optamos por el grupo focal, donde las conversaciones fueron grabadas y transcritas en su totalidad; y el análisis del contenido del BARDIN. Se evidenció con las cuentas de los participantes, conocimiento sobre estrategias de prevención de la caída, la integración de profesionales de la salud y la construcción de acciones propuestas para el cambio

en la incorporación de actividades multiprofesionales. Se concluyó con la percepción de los residentes, la necesidad de educación permanente en salud, trabajo en equipo en la atención integral y a la revisión periódica de protocolos la reducción de caídas.

**Palabras clave:** Accidentes por Caídas. Grupo de Atención al Paciente. Internado y Residencia.

## INTRODUÇÃO

A queda é considerada um problema de saúde pública mundial, sendo um evento adverso multifatorial dos mais frequentes no ambiente hospitalar, causando incapacidades e dependência em pessoas acima de 60 anos<sup>1</sup>. Para a *American Geriatrics Society* (AGS) e a *British Geriatrics Society* (BGS), as quedas podem ser definidas como um evento não intencional com a superfície de apoio que resulta da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem fator intrínseco determinante e sem perda de consciência<sup>2</sup>.

Nos pacientes hospitalizados, a queda é o incidente de segurança mais notificado na Inglaterra e no País de Gales com registros anuais de 250.000<sup>3</sup>. Estudos apontam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 e 5 quedas por 1.000 pacientes-dia, Segundo alguns autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais evidentes nas unidades de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) para cada 10 pessoas que necessitam de cuidados durante a sua assistência hospitalar, pelo menos uma sofrerá um evento adverso (EA), sendo que 40 a 50% destes eventos são considerados evitáveis<sup>1</sup>. A queda

é o terceiro evento adverso mais notificado pelo Sistema Notivisa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no ambiente hospitalar. Os dados notificados de março de 2014 a março de 2017 registram um número de mais de 12 mil quedas que na sua maioria são por falta de equilíbrio. Entretanto, no Brasil existem poucos trabalhos que investiguem a incidência desse evento no ambiente hospitalar, bem como da avaliação de risco em instrumentos validados<sup>6</sup>.

Os melhores preditores de quedas futuras são o histórico de queda no ano anterior e a presença de dificuldade de deambulação ou equilíbrio. São descritos outros fatores de risco de quedas para pacientes em ambiente hospitalar tais como: idade avançada (> 85 anos), sexo masculino, queda recente, prejuízo da mobilidade e marcha instável, fraqueza muscular, hipotensão postural, deficiência visual, déficit cognitivo, agitação, aumento da frequência urinária, uso de medicamentos (psicotrópicos, antiarrítmicos classe Ia e diuréticos), o medo de cair de novo, e os fatores ambientais.

As notificações de quedas podem ser registradas, por qualquer profissional, no banco de dados do Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente da Unidade Hospitalar onde se desenvolveu o estudo.

No período de janeiro a dezembro de 2017, ocorreu um total de 73 quedas em adultos internados, e de janeiro a julho de 2018, houve um total de 32 quedas, com uma média de 5,53 quedas por mês.

Por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no qual foram descritos seis protocolos e, dentre eles, o de prevenção de quedas contempla diversas ações para fortalecer as estratégias de prevenção. De outro lado, o guia curricular da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra a importância de promover o conhecimento e habilidades em segurança do paciente e a integração do conteúdo aos programas curriculares, para melhor preparar os alunos para a prática clínica, como também a equipe de profissionais de saúde do serviço hospitalar.

As exigências relacionadas à qualidade e segurança assistenciais vêm crescendo e se propagando para o desenvolvimento de melhores práticas baseadas em evidências dentro da Residência Multiprofissional em Saúde (RMPS). Considerada um curso de Pós-graduação lato sensu, tem como objetivo capacitar o profissional para o cuidado integral da saúde, caracterizado por treinamento em serviço, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto da residência contempla três áreas de concentração na unidade hospitalar pesquisada: atenção em terapia intensiva do adulto; atenção em cardiologia e atenção à saúde da criança, nas quais integram sete profissões da área de saúde: enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição, psicologia, serviço social e odontologia<sup>1</sup>.

O modelo de ensino-aprendizagem atual não contempla apenas a aquisição de conhecimentos e habilidades profissionais de forma passiva, mas também reforça a importância do professor focar na aprendizagem do aluno, contemplando a área de conhecimento, a multidisciplinaridade, fatores afetivo-emocionais, as habilidades e atitudes e os valores que se deseja que o aluno adquira<sup>11-12</sup>. A

formação do residente é permeada por limitações, envolvendo a necessidade de integração desde a residência médica e provavelmente a presença de lacunas no Ensino em segurança do paciente dentro do programa pedagógico da graduação em saúde<sup>12</sup>.

O esboço deste contexto mostra a relevância da temática para a segurança do paciente, no legado deixado para a melhoria de processos assistenciais na instituição, uma vez que a questão de prevenção de quedas, no ambiente hospitalar, deve ser tratada como um problema de saúde pública, em virtude de sua frequência, morbidade e dos altos custos assistenciais e de mortalidade<sup>1</sup>. Diante da importância desta problemática, na lacuna existente no ensino dos residentes da RMPS e na promoção da integração desses profissionais, por serem atores no processo de mudança, surgiu a seguinte questão norteadora: como apreender a percepção dos residentes sobre prevenção de quedas no programa de residência multiprofissional em saúde para estabelecer melhoria de processos assistenciais em um Hospital Universitário?

Este estudo objetiva desvelar a percepção dos residentes da RMPS acerca de prevenção de quedas no ambiente hospitalar. A pesquisa possibilitou maior integração dos residentes no processo de identificação de risco de quedas, assim como destacou elementos que podem viabilizar ações de melhoria na prevenção de quedas.

## MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida em um Hospital Universitário localizado na cidade de Natal/RN, envolvendo os residentes do primeiro ano (R1) dos programas de RMPS em cardiologia e terapia intensiva do adulto, selecionados de forma intencional e voluntária por meio de convite pessoal da pesquisadora. A amostra constituiu-se

de 12 residentes, do sexo feminino, distribuídos em distintas áreas: (3) fisioterapeutas, (4) enfermeiros, (3) farmacêuticos e (2) nutricionistas. Teve como critério de inclusão: ser aluno regular da RMPS; e de exclusão: a não aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ausência no dia do encontro do grupo focal.

A coleta de informações foi realizada no local de trabalho dos participantes, no período de agosto a dezembro de 2018, com a utilização da técnica de Grupo Focal (GF), em uma sala reservada, com horário previamente estabelecido e o auxílio de gravadores de voz (duração de 60 minutos). As transcrições das falas foram feitas, preservando o anonimato dos participantes com o uso da letra “M” relativo a Membro seguido da numeração crescente conforme o desenvolvimento das conversas. O coordenador e o moderador foram identificados por “MOD1” e “MOD2”.

O coordenador fez as orientações iniciais para o grupo, com o apoio do moderador, e utilizou-se de um roteiro de entrevista previamente elaborado com cinco questões abertas sobre a temática do estudo que abordaram: estratégias de prevenção de quedas, capacitação, atuação multiprofissional, propostas de intervenção e desafios encontrados.

Para análise dos dados, empregou-se o software NVIVO 12®, de organização das informações e para a análise do conteúdo pela técnica de Bardin<sup>13</sup> que apresenta três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos: inferência e interpretação dos resultados.

Os aspectos éticos foram tratados em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do protocolo de pesquisa em abril de 2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, sob o Parecer Consubstanciado nº 2.603.432.

## RESULTADOS

Realizou-se a análise do conteúdo das transcrições das falas dos participantes pela exploração do material, por meio de cinco categorias a priori estabelecidas, com base no referencial teórico estudado<sup>13</sup>.

### Categoria 1- Prevenção de quedas

Com os relatos dos participantes, evidenciou-se nessa categoria o conhecimento dos residentes sobre as estratégias de prevenção implantadas no Hospital Universitário, como também, a constatação da falta de envolvimento dos profissionais, sendo bem exemplificada abaixo:

*“[...] existem algumas medidas para prevenir quedas, como sinalização com pulseiras nos pacientes que têm um risco de queda e na plaquinha de identificação do paciente no leito, com uma cor amarela, aplicação de escadas, presença de ações educativas com acompanhantes, com os pacientes e com os profissionais pela segurança do paciente e notificação de quedas pelo VigiHosp.” (M1)*

*“[...] nas nossas prescrições, que traz o diagnóstico de enfermagem de risco de queda. E, a partir da Escala Morse que a gente faz, pode avaliar se o paciente tem baixo, médio ou alto risco de queda, e prescrever os cuidados de acordo com esse grau.” (M2)*

*“[...] mas eu vejo que tem protocolo, tem a notificação, mas falta às vezes o envolvimento de alguns profissionais. [...] É, eu falo da enfermagem, mas também referente a outras profissões poderiam contribuir não dando tanta importância.” (M2 e M4).*

### Categoria 2- Treinamento

Ao analisar essa categoria, foram observados vários depoimentos sobre a carência de capacitação continuada de uma forma geral e, também, na formação específica de prevenção de quedas dentro da instituição hospitalar. Alguns participantes relatam que o treinamento no Núcleo de Segurança

do Paciente do Hospital Universitário, dentro da programação curricular da residência, por um período de uma semana, não era suficiente para o aprendizado e o aprofundamento da temática:

*“[...] acho que o treinamento de risco de queda é para todos os profissionais do Hospital, seja ele da limpeza, profissional de medicina...” (M6)*

*“O único contato que a gente, pelo menos residentes tivemos, foi tópicos de segurança do paciente e só. Em uma semana.” (M3, M4, M5 e M7)*

*“Eu, como farmacêutica, durante o curso, embora saber os efeitos adversos dos medicamentos, não ter esse treinamento e esse olhar mais próximo. Nem sabia que existia uma escala de avaliação de risco.....aí que se começa a pensar em prevenção de quedas que não eram abordadas na graduação.” (M7)*

### **Categoria 3- Atuação Multiprofissional**

Na terceira categoria, os residentes informaram a ausência do trabalho em equipe e comunicação interprofissional no setor de internação. Nesse momento, ocorreu a integração dos participantes das diversas áreas da saúde, expondo individualmente e em seguida, em grupo, o seu papel como profissional dentro desse processo:

*“Não existe um trabalho em equipe...se existisse trabalho em equipe ajudaria...” (M4)*

*“Não é só do enfermeiro essa responsabilidade, né. É interprofissional. Mas tem também o outro profissional para dar o suporte no hospital, como o pessoal da limpeza, hotelaria, maqueiros...todo mundo.” (M1, M4, M7 e M9)*

*“Se não informou a alguém que o medicamento que aumentava o risco de queda, se a equipe não fez a escala de Morse como deveria...Não procurar quem, mas por que*

*está acontecendo e por que esse diagnóstico não está sendo feito? Por que a comunicação não está fluindo?.” (M3)*

### **Categoria 4- Propostas de intervenção**

Nessa categoria foram sugeridas pelos participantes algumas intervenções efetivas, que podem ser utilizadas para avaliação dos pacientes com risco de sofrer queda. Foram relatadas a necessidade da educação continuada e a aplicação diária de protocolos:

*“A educação continuada com profissionais, pacientes... é crucial para que o processo ande. Não existe educação continuada no Hospital escola. É inadmissível. A responsabilidade é muito grande de todos.” (M4).*

*“Eu acho que a gente pode contribuir bastante com o número de quedas, já que é algo evitável. O que a gente puder fazer para criar essa condição que seja evitada, diminuída, deve-se otimizar essas medidas. Mas falhas existem, e nos protocolos também, né, eles tentam cobrir o todo, mas eventualmente não cobrem.” (M1)*

*“Aí, caberia a introdução de outros tipos de escala para complementar, entendeu? Vai começar a aplicação dos protocolos que realmente tornam algo mais palpável, na aplicabilidade. Resolve boa parte dos problemas.” (M3 e M4)*

### **Categoria 5- Desafios**

Na última categoria foram abordados os desafios enfrentados na identificação de risco de queda de pacientes internados no Hospital Universitário. Foram apresentadas as seguintes dificuldades: a falta de adesão dos profissionais e a cultura de segurança do paciente não punitiva. Os participantes da enfermagem relatam que têm a sensação de culpa quando um paciente cai, por ser essa área de cuidado mais próxima e de contato contínuo com o usuário:

*“[...] no geral eu sinto que não há adesão dos profissionais de forma geral e, que muitas vezes, eles não estão preparados para avaliar e muitas vezes avaliam errado.” (M5).*

*“Isso precisa ser desconstruído, essa cultura de punição. Eu acho que o grande desafio... É a desconstrução dessa imagem de... aí chegou a segurança do paciente. O núcleo de segurança não está no serviço para fiscalizar, assim... punir. É saber dentro do processo onde está a falha, porque é um evento prevenível.” (M5, M8 e M11)*

*“Os profissionais pensam muito em se prejudicar... ah se eu fizer isso eles vão saber e vão me prejudicar... Não é isso. O maior prejudicado disso tudo é o paciente, é a assistência que a gente está dando ao paciente aqui.” (M5)*

## DISCUSSÃO

Este estudo observou por meio do grupo focal, a percepção dos residentes da equipe multiprofissional, destacando as fragilidades presentes tanto na sua formação profissional, como também na capacidade de identificação de risco de queda em pacientes internados. A discussão do grupo proporcionou a captação de significados, sentimentos, e reações que poderiam ser difíceis de manifestar por meio da utilização de outros meios. Além disto, promoveu a integração e a troca de experiências entre os membros do grupo<sup>14-15</sup>.

A partir da análise da categoria **Prevenção de quedas**, observou-se a compreensão dos residentes acerca de estratégias de prevenção, recursos humanos e materiais necessários, os fatores de risco e o uso da Escala Morse de avaliação de risco do Protocolo de prevenção de quedas da instituição de acordo com o que preconiza a literatura. Porém, mencionam algumas falhas na identificação no leito e o uso de pulseiras no paciente, presentes apenas em alguns andares do setor de internação, e problemas na estrutura física como a cama do paciente que não

permite mobilidade nas grades e mudança de altura do leito.

Os participantes retratam a falta de interesse de alguns profissionais do serviço com um olhar mais atento para esse cuidado, pois mesmo avaliando o risco de queda e fazendo todas as orientações necessárias, a colaboração do paciente e também do familiar são fundamentais nesse processo. Os depoimentos corroboram para a atuação preconizada pela RMPS, que resulta na otimização do cuidado em saúde por meio do trabalho interacional da equipe<sup>16</sup>.

Dirigindo-se para a categoria **Treinamento**, notou-se que o rodízio vivenciado por uma semana desses residentes no Núcleo de segurança do paciente do Hospital Universitário, como parte do programa curricular da residência, carece de um maior aprofundamento na temática proposta e no desenvolvimento de habilidades práticas na identificação de risco de queda, com uma visão mais ampliada desse evento adverso. No programa pedagógico de alguns cursos de graduação da área de saúde, o ensino na segurança do paciente surge como disciplina obrigatória, permanecendo para outras áreas essa lacuna no processo ensino-aprendizagem desses profissionais<sup>12</sup>. O grupo de participantes também referiu o despreparo e a desmotivação de alguns profissionais da equipe assistencial de orientá-los na rotina diária e na utilização no serviço da Escala Morse (utilizada no protocolo institucional da unidade hospitalar objeto deste estudo) para avaliação de risco de queda.

A Residência Multiprofissional em Saúde constitui-se em um momento de reconstrução do conhecimento e transformações de práticas, de forma articulada às demandas do SUS, sendo necessário dispor de profissionais preparados que atendam aos problemas de saúde dos usuários, para além das dimensões biológicas<sup>1</sup>.

Na terceira categoria **Atuação Multiprofissional**

foi possível apreender o papel de cada profissional dentro do processo de prevenção de quedas. Como visto na literatura, a queda é um evento multifatorial e, portanto, há a necessidade de sensibilização de todos, da comunicação eficaz, do trabalho em equipe e da promoção do cuidado integral e humanizado ao paciente. A participação de todos os profissionais da equipe assistencial é fundamental no processo de prevenção de quedas<sup>3</sup>. Cabe a cada um dos profissionais diretamente ou indiretamente refletir sobre o tema, e buscar o desenvolvimento de melhorias da atuação em equipe e comunicação baseadas nas necessidades locais<sup>3</sup>.

Com isso, os residentes das áreas de enfermagem, fisioterapia, nutrição e farmácia contribuíram com o relato de suas ações frente à prevenção de quedas no ambiente hospitalar envolvendo pacientes adultos internados. O enfermeiro tem como plano de ação, avaliar e identificar todos os pacientes quanto ao risco de queda, preencher diariamente a escala Morse, e identificar os pacientes de alto risco de queda com pulseiras ou sinalização nos leitos; cabe ao fisioterapeuta, identificar os fatores de risco de queda, avaliar força muscular, equilíbrio estático e dinâmico, avaliar marcha e a necessidade de dispositivo auxiliar e avaliar a presença de alterações osteomioarticulares; ao profissional da nutrição, compete as ações de orientar os pacientes sobre o risco de queda (obesos, desnutridos, idosos, desidratados, com poliúria, com diarreia e jejum prolongado) e o acompanhamento da adesão e tolerância terapêutica do paciente; e por fim, o profissional da farmácia, realizar a revisão de medicamentos nas prescrições médicas dos pacientes com risco de queda e dar suporte técnico à equipe na identificação das interações medicamentosas que levam à queda.

Na quarta categoria **Propostas de intervenção**, foram sugeridas a educação permanente e a aplicação diária de protocolos. A inquietação dos residentes mostrou-se como elemento marcante na onda de anseio por Educação Permanente (EP) no Hospital escola.

Os relatos também revelam que para as ações de educação continuada serem efetivas, há necessidade de um tempo e espaço físico de reserva, dentro do Programa curricular da residência, para a construção de um momento de compartilhamento do saber, de forma interprofissional, com todos os implicados no cuidado integral prestado ao usuário. A EP ou em serviço de processo contínuo tem como base os problemas existentes no cotidiano dos processos de trabalho do serviço de saúde<sup>1</sup>.

As ferramentas que podem auxiliar na efetivação da EP permeiam as metodologias ativas de ensino, como estratégias, fazendo do processo ensino-aprendizagem algo prazeroso, estimulante e potencializador da prática crítico-reflexiva<sup>1</sup>. Segundo as premissas de Freire (1996) a aprendizagem significativa tem seu lugar de destaque, porque o aprendizado nasce dos problemas identificados no seu cotidiano e nele será aplicado<sup>1</sup>. É a prática formativa em que as pessoas participam da construção do seu conhecimento de forma coletiva.

Em relação à aplicação de protocolos já existe na instituição um Protocolo de prevenção de quedas, implantado no ano de 2015, baseado na publicação do MS, mas, na maioria de suas ações, como relatado pelos residentes, é realizada apenas pela equipe de enfermagem. Portanto, os profissionais das demais áreas relatam a necessidade de avaliação contínua por cada profissional da equipe multiprofissional e a disponibilização dessas informações em um formulário único para prevenção de risco de quedas.

Na última categoria sobre **Desafios**, revelou-se a falta de adesão dos profissionais na prevenção de quedas e a presença da cultura de punição. A integração ativa dos preceptores do serviço ainda é um desafio, pela extenuante jornada de trabalho e o acúmulo de funções, levando a um prejuízo no processo de formação dos residentes. O preceptor é o facilitador da constante construção do conhecimento, mediando-o por meio do diálogo com o residente<sup>1</sup>. A imagem da cultura de punição entre



os profissionais da equipe assistencial faz com que os eventos adversos ocorridos não sejam notificados, levando à omissão de falhas que poderiam ser corrigidas. É importante quebrar o clima de medo da punição. Um dos elementos indispensáveis à cultura de segurança de qualquer instituição de saúde, é a cultura justa que diferencia os dois tipos de erro: o erro que foi negligente ou imprudente. É preciso investigar realmente quem cometeu o erro, se tinha à sua disposição todos os recursos necessários e adequados ou se foi levado ao erro pelo contexto<sup>1</sup>.

Conquistar melhorias sustentadas na cultura de segurança é difícil, pois é fundamental o apoio da alta gestão e das lideranças na área. Há necessidade de investimentos em capacitação e treinamentos, visando o aprendizado contínuo; valorização de todos os profissionais que compõem a equipe de trabalho; comunicação aberta e eficaz; como também, a notificação de incidentes deve ser encorajada e sistematizada, promovendo uma cultura não punitiva.

As limitações do estudo foram o recrutamento dos residentes para a participação da pesquisa, por motivo de sobrecarga de trabalho da residência e a dificuldade de liberação pela coordenação dentro da carga horária estabelecida pelo programa pedagógico; o não envolvimento de docentes ou preceptores da instituição; a ausência da participação de outras áreas da RMPS e residentes médicos; e um período curto disponível para testar em longo prazo as mudanças propostas pelos participantes e a retenção do conhecimento aprendido.

## CONCLUSÕES

O desenvolvimento da pesquisa possibilitou desvelar a percepção dos residentes da RMPS na prevenção de quedas e da ação integradora e motivadora multiprofissional ao tema abordado. A participação

dos residentes no grupo focal foi um meio catalizador na promoção de melhoria dos processos assistenciais da instituição no Protocolo de prevenção de quedas, com propostas de ações e de mudanças na incorporação de atividades multiprofissionais, nas áreas de enfermagem, nutrição, farmácia e fisioterapia, buscando um trabalho interprofissional.

Há uma necessidade de maior aprofundamento dessa temática e a ampliação da capacidade de identificar pacientes, com risco de quedas, por todos os profissionais da equipe assistencial. Além disto, destaca-se a importância da melhoria do trabalho em equipe com comunicação interprofissional. Uma estratégia possível para alcançar estas melhorias seria a implantação de educação permanente em saúde na instituição hospitalar, promovendo, assim, a revisão periódica de protocolos de prevenção de quedas e da realização de adequações físicas do ambiente e do mobiliário hospitalar com vistas à segurança do paciente durante a internação.

Por fim, acredita-se que a divulgação deste trabalho possa estimular pesquisas futuras, com o uso de estratégias semelhantes em outros serviços, para confrontar o problema de identificação de risco de quedas em pacientes internados.

## REFERÊNCIAS

1. Prates CP, Luzia MF, Ortolan MR, Neves CM, Bueno ALM, Guimarães F. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. *Rev Cienc Cuid Saude*. 2014;13(1): 74-81. Disponível em: doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x
2. American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jan; 59(1), 148-157. [cited 2011 Mar 17]. Available from: [http://www.americangeriatrics.org/health\\_care\\_professionals/clinical\\_practice/clinical\\_guidelines\\_recommendations/2010/](http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/)
3. Morris R, & O'Riordan S. Prevention of falls in hospital. *Clin Med*. 2017; 17:360-362. Disponível em: doi:10.7861/clinmedicine.17-4-360.
4. Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. Protocolo Prevenção de quedas. [Internet], 2013. [Acessado em 02 jan 2019]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>.
5. Proqualis: aprimorando as práticas de saúde. Queda é um dos eventos adversos evitáveis mais notificados no país. [Internet], 2015. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Proqualis/Icict/Fiocruz) [Acesso em 27 out 2017]. Disponível em: <https://proqualis.net/noticias/queda-um-dos-eventos-adversos-evitaveis-mais-notificados-no-paciente>
6. Pasa TS, Magnago TSBS, Urbanetto JS, Baratto MAM, Morais BX, Carollo JB. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 [Acessado em 02 jan 2019]; 25:e 2862. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>.
7. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010. 320p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília, DF; 2013. [Acessado em 30 out 2017]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>.
9. Organização Mundial de Saúde. Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS: Edição Multiprofissional. Coordenação de Vera Neves Marra, Maria de Lourdes Sette. — Rio de Janeiro: Autografia, 2016 [acesso 30 out 2017]; 270 p. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf;jsessionid=FFB630C536B2E9EDF9337536D9A7DDE3?sequence=32>
10. Portal Ebserh. Residência Multiprofissional: Programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. [Internet], 2015 [acesso em 30 out 2017]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/huol-ufrn/residencia-multiprofissional>
11. Souza CS, Iglesias AG, Pazin-Filho A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais- aspectos gerais. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2014; 47 (3): 284-92. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/>
12. Mângia CMF, Fioretto JR. Protiped: Melhores práticas do ensino médico. 2013.
13. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
14. Gomes, AA. Apontamentos sobre a pesquisa em educação: usos e possibilidades do grupo focal. *Ecco5- Rev Científica*, São Paulo, v.7, n.2, p. 275-290, jul./dez. 2005, pp. 275-290. Universidade Nove de Julho São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71570203>
15. Leny AB [Trad]. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 19]; 19(3): 777-796. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en) <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
16. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores (Botucatu). 2017;21(62):601-13.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198/2004, de 13 de fev de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF 2004 [Acesso em: 11/01/2019]. Disponível em: [www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)

18. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo. Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura). 25 ed. p. 54.

19. Porque a cultura justa é essencial para a prevenção de erros na saúde. [Internet], IBSP,jun, 2018. [Acesso em: 10/04/2019]. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br>

DATA DE SUBMISSÃO: 17/4/19 | DATA DE ACEITE: 23/5/19