

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO
HOSPITALAR
MESTRADO PROFISSIONAL

**CAIR, um estudo diagnóstico de enfermagem sobre quedas: indicadores de cuidados
dentro e fora do hospital**

TATIANE SANTIAGO SANTOS

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nébia Maria A. de Figueiredo

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª Eva Maria Costa

Rio de Janeiro

2018

TATIANE SANTIAGO SANTOS

CAIR, um estudo diagnóstico de enfermagem sobre quedas: indicadores de cuidados dentro e fora do hospital

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em saúde e tecnologia no Espaço Hospitalar.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nébia Maria A. de Figueiredo

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Eva Maria Costa

Fevereiro

2018

TATIANE SANTIAGO SANTOS

CAIR, um estudo diagnóstico de enfermagem sobre quedas: indicadores de cuidados dentro e fora do hospital

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em saúde e tecnologia no Espaço Hospitalar.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ângela Maria B. Fernandes da Silva

Prof^a. Dr^a. Mônica de Almeida Carreiro

Prof^a. Dr^a. Silvia Teresa C. de Araújo

Prof^a. Dr^a. Eva Maria Costa

Agradecimentos

À Deus que conforme sua vontade guia minha vida da maneira mais bonita e vitoriosa. Por me dar ânimo, coragem e forças nos momentos de cansaço e impotência.

Aos meus pais Sheila e Wilson à quem devo minha vida, profunda admiração e respeito. Por me apoiarem e sempre acreditarem em mim. Sem vocês eu não teria chegado até aqui.

Ao meu irmão Wesclei por estar sempre presente em minha vida e me apoiar em todos os momentos.

Aos meus tios (as), primos(as) e avós (*in memoriam*) por sempre torcerem por mim e se alegrarem com minhas conquistas.

A minha orientadora Prof^ª Dr^ª Nébia Maria de Figueiredo e co – orientadora Prof^ª Dr^ª Eva Maria Costa, pela paciência e imensa contribuição para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus amigos pelo apoio e por compreenderem minha ausência.

As amigas Thaís e Juliana (presentes que o mestrado me deu), por estarem comigo nesses dois anos. Juntas perdemos noites de sono e partilhamos momentos alegres e de desespero. Vocês foram essenciais durante toda essa caminhada.

Aos colegas do HUGG pelo apoio, confiança e contribuição para meu crescimento profissional.

À todos os clientes que participaram desta pesquisa, contribuindo para o crescimento multiprofissional e conhecimento da sociedade.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização desse estudo.

RESUMO

SANTOS, Tatiane Santiago. **CAIR, um estudo diagnóstico de enfermagem sobre quedas: indicadores de cuidados dentro e fora do hospital.** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional)- Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Cair é uma situação que interessa a enfermagem e uma preocupação geral quando se trata principalmente de idosos, cujo os dados estatísticos mostram um aumento significativo no mundo e principalmente no Brasil. **OBJETIVOS:** Fazer um diagnóstico sobre quedas de clientes e que motivos são desencadeadores delas. Identificar os fatores de risco associados à ocorrência de queda dentro e fora do hospital. Propor um jogo educativo de prevenção de quedas de clientes, dentro e fora do hospital. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de abordagem descritiva, qualitativa, de intenção diagnóstica, que foi realizado com clientes internados em um hospital de ensino situado no Rio de Janeiro. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 14 clientes. Quanto a presença de quedas, 43% relataram ter caído fora do ambiente hospitalar, 7% dentro do ambiente hospitalar, 7% dentro e fora do ambiente hospitalar. Durante a pesquisa foi possível observar 4 banheiros reservados para uso dos pacientes, o qual 3 (75%) destes não apresentavam piso antiderrapante e 100% não possuíam barras de apoio. Já em relação ao ambiente fora da unidade hospitalar, podemos observar ruas e calçadas irregulares e com buracos, má iluminação no período noturno, além de outros fatores que podem colaborar para queda de um indivíduo. **CONCLUSÃO:** Ao não determinar a idade do sujeito pudemos fazer um diagnóstico de intenção coletiva e descobrir determinantes na doença e nos espaços, indutores de ação e de educação em saúde na prevenção de quedas. Toda intervenção, orientação ou educação para saúde – não cair – fazem parte das prescrições de cuidados e avaliação das respostas. Toda intervenção na prevenção de quedas na rua ou em casa devem ser articuladas com todos os espaços por onde o cliente anda.

DESCRITORES: Acidentes por queda, Segurança do paciente, Enfermagem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Questões norteadoras	2
1.2 Objeto	2
1.3. Objetivos	2
1.4. Hipotese	2
1.5. Justificativa	3
2. REFERENCIAL TEÓRICO	5
3. METODOLOGIA	10
3.1. Local do estudo	11
3.2 Sujeitos da pesquisa	11
3.3. Produção dos dados	11
3.4. Pré-teste e coleta de dados	12
3.5. Análise dos dados	13
5.6. Questões éticas	14
4. RESULTADOS	15
5. ANÁLISE e DISCUSSÃO	22
6. CONSIDERAÇÕES EM JOGO	29
7. O PRODUTO	32
8. REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE	39
Apêndice 1 - Instrumentos	39
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	42

1. INTRODUÇÃO

Cair é uma situação que interessa a enfermagem e uma preocupação geral quando se trata principalmente de idosos, cujo dados estatísticos mostram um aumento significativo no mundo e principalmente no Brasil. Como responsáveis não só pelos clientes internados, mas também na perspectiva da prevenção, sabemos que as quedas são problemas que devem ser evitáveis pelos danos que provocam e por serem responsáveis por mortes inesperadas.

Sabemos por meio de informações “escondidas” que muitos caem em outros espaços, além das enfermarias, o que não é informado ou percebido pela enfermagem. Se é assim que acontece, podemos estar com uma “falha” na segurança dos clientes sob nossa responsabilidade e esta merece ser investigada.

Isso nos remete ao que diz Lorenzini et al (2014): a segurança do paciente tem sido um dos assuntos mais discutidos nas instituições de saúde mundialmente. Essa discussão refere-se principalmente à busca pela qualidade da assistência em saúde, e por meio dela estamos querendo pensar estas quedas para além do hospital, sendo esta mais um complicador das condições de saúde do ser humano.

Fora do Brasil, os eventos adversos afetam entre 2,9% e 16,6% dos pacientes internados. Diante das evidências e da gama de processos envolvidos a fim de se alcançar um cuidado seguro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a *Joint Commission Internacional (JCI)*, vem incentivando a adoção de metas internacionais de segurança do paciente, objetivando a redução de riscos e eventos adversos, por meio de boas práticas nos serviços de saúde. A prevenção do risco de queda, é apontada como a sexta meta internacional (LORENZINI et al 2014; ANVISA 2013). Trata-se não só de uma enfermagem hospitalar, mas de uma enfermagem de saúde pública, numa articulação com a família, com as unidades básicas nos aspectos que dizem respeito à prevenção ou de reflexão acerca do que fazemos quando temos interesse de cuidar do ser humano.

Essa qualidade pode estar prejudicada, quando não estamos atentos aos riscos que existem em cada leito, em cada banheiro, em cada corredor, em cada rua, em cada esquina, trabalho, praça, como quedas não registradas e que são consideradas um dos principais eventos adversos ocorridos nas instituições hospitalares. Suas consequências podem variar desde escoriações e contusões, fraturas e traumas de crânio, até mesmo levar ao óbito. Essas podem causar limitações e incapacidades físicas, aumentar o tempo de internação, além de

aumentar os custos referentes ao tratamento com implicações éticas e legais para a instituição (LUZIA et al, 2014; DICCINI et al, 2008)

Assim ao iniciar o mestrado profissional – Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh), me surgiu o interesse em pesquisar as quedas não registradas de clientes, não só no ambiente hospitalar. Pensávamos que não havia registro de queda destes clientes porque eles não informavam que caíam, mas se tratando principalmente da população idosa é sabido que eles caem. Isso não quer dizer que nos importamos apenas com o ambiente hospitalar, mas por sermos responsáveis por prepará-los junto com sua família para prevenção.

1.1. Questões norteadoras

- a) Se eles caem, caem por quê?
- b) Existia algum sintoma gerador destas quedas?
- c) Que estratégias seriam orientadoras da prevenção de quedas para eles?

1.2 Objeto

- ✓ As quedas de clientes dentro ou fora do hospital.

1.3. Objetivos

- ✓ Fazer um diagnóstico sobre quedas de clientes e que motivos são desencadeadores delas.
- ✓ Identificar os fatores de risco associados à ocorrência de queda dentro e fora do hospital.
- ✓ Propor um jogo educativo de prevenção de quedas de clientes, dentro e fora do hospital.

1.4. Hipotese

O pressuposto é de que existem riscos de quedas não só nos espaços físicos mas nas situações clínicas decorrentes das condições dos clientes que a enfermagem e a família devem prevenir.

Acreditamos que os riscos existem e nós não estamos atentos preventivamente como responsabilidade natural e legal.

Somos responsáveis pela segurança dos clientes, principalmente na perspectiva de uma enfermagem básica dentro do hospital. Há de estarmos atentos principalmente a demanda

de idosos nos anos que se aproximam e quanto aos riscos que estão nas ruas, nas calçadas e em casa.

1.5. Justificativa

O estudo se justifica pela possibilidade de verificar a história de risco de quedas dos clientes, como uma preocupação constante com a qualidade do cuidado ou rastreando riscos para esses clientes em qualquer lugar que estejam.

A segurança é considerada um requisito básico para essa qualidade e deve ser valorizada, sendo aceita como um direito do cliente, tornando – se fundamental que as instituições hospitalares, unidades básicas de saúde e familiares, deem atenção ao gerenciamento de riscos voltados para a segurança desses, à busca por falhas não só no processo de cuidar, mas na atenção às suas condições, supervisionando espaços nos quais eles se locomovem.

Estudo realizado com 62 idosos integrantes de um grupo de convivência na cidade de João Pessoa/Paraíba, constatou que 70% dos casos de queda dos idosos ocorrem em suas residências. (VIEIRA et al, 2017)

Já outro estudo desenvolvido por meio do banco de dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na cidade de Jequié/BA, também mostrou que os locais mais frequentes de queda foram na residência (74,3%) e em via pública (21,3%). (FRANKLIN et al, 2018)

Ainda sobre os locais onde as quedas ocorrem, um estudo retrospectivo realizado com base de dados secundários sobre mortalidade no período de 2003 a 2013, verificou que o Brasil apresentou 2198 óbitos devido à queda do leito. (BAUSCH et al, 2017)

Assim entendemos que a justificativa principal é de que os discursos de riscos, evento adverso, indicadores de qualidade – queda, não se sustenta, apenas, no plano teórico mas num diagnóstico que considere aspectos diferentes do problema, que envolve rastrear riscos dentro e fora do espaço hospitalar, idade dos clientes, diagnósticos de saúde, sistema de iluminação, de comunicação, observação, pisos, calçadas, ruas e domicílios.

Podemos ampliar as questões que envolvem quedas e também colaborar com a equipe de enfermagem do hospital e das unidades básicas de saúde, fornecendo dados e subsídios referentes ao tema e contribuindo para o conhecimento e crescimento da profissão de enfermagem. O tema é relevante para incentivo da equipe multidisciplinar e da instituição, a fim de diminuir o número de quedas e prestar uma assistência de qualidade aos pacientes e seus familiares, que envolve educação e treinamento de prevenção.

Assim ao sensibilizar os profissionais quanto à prevenção de queda, poderemos eliminar esforços evitáveis com a diminuição dos gastos e cuidados no espaço familiar e ainda desencadear discussões com os estudantes dos cursos de graduação e pós graduação da instituição, além de orientações aos familiares sobre os cuidados na prevenção de quedas.

O conhecimento deste agravo, pode evitar complicações decorrentes desse, além de colaborar para uma melhor condição de saúde e promover a qualidade de vida dos clientes assistidos e seus familiares no hospital ou no domicílio.

Além disso queremos pensar que é possível ter um olhar ampliado não só para uma clínica dos sinais e sintomas, mas dos espaços onde os clientes vivem, principalmente os idosos. Nossa preocupação com eles é de evitar acidentes como fraturas que os colocam muito tempo no leito e aumento das implicações.

Chamar a atenção para esta questão nos parece fundamental para os jovens enfermeiros que se interessam em exercer o ato de cuidar.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Sobre SEGURANÇA para o CORPO e AMBIENTE

Em busca de uma fundamentação para ancorar esta investigação, entendemos que o tema norteador encontra-se no cuidado como segurança e segurança como prevenção, o que implica uma prática cuidadosa, de qualidade e de busca permanente para evitar riscos.

A qualidade do cuidado e a segurança do paciente em unidades hospitalares tem sido um dos principais temas discutidos atualmente no mundo. Aproximadamente 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis, sendo a queda um desses eventos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Porém essa busca não está centrada apenas dentro do hospital, fora dele os clientes, principalmente os idosos, também caem e nós temos muitas informações sobre isso nesse mundo em que envelhecer está em pleno risco quando se anda, quando se sai de casa ou mesmo dentro de casa, e nós ainda não temos controle e conhecimento destas quedas.

Define-se evento adverso como um incidente que resulta em dano ao paciente, isto é, comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Assim entende-se que a ocorrência de evento adverso é considerada um sério problema relacionado à segurança do paciente, que reflete problemas na qualidade do cuidado prestado mundialmente (MENDES et al, 2013). Nos casos de queda especificamente, os clientes podem ficar meses acamados, dependentes, desenvolver lesões por pressão etc. Além disso, devemos considerar o risco que esse cliente corre em não conseguir vaga em um leito hospitalar ou até mesmo não ter quem cuide do mesmo em sua residência.

Sobre a SEGURANÇA para o CORPO:

Atualmente temos entendido que o cuidado com o corpo demanda diversos olhares na prevenção de riscos, que são de ordem macro envolvendo corpo sadio, corpo doente, corpo físico-biológico, corpo sensível, social, espiritual e histórico.

Os vários momentos que o corpo vive doente ou não, é algo que merece ser considerado na prevenção de quedas e que os motivos de cair são diversos a partir da idade, da doença, do uso de medicamentos, chão escorregadio, ambientes com pouca iluminação,

chão molhado, cama alta sem escada, e outros. A não observância destas situações nos levam a falhas no sistema de segurança.

Escolher um conceito de corpo parece ser desafio, embora tenhamos entendido que ele é para o cuidado de enfermagem a um só tempo, como o é na realidade e integralmente biológico, emocional, pessoal, político, espiritual, social, cósmico, psicológico, enfim, um corpo histórico, que se traduz em expressão, liberdade e atenção (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Os mesmos autores ainda afirmam que “os cuidados fundamentais para o corpo com saúde ou com desvios de saúde, é entendido como espaço mínimo de emoção, de política, da história, do bio-físico-mecânico, da subjetividade, da fisiologia, da anatomia da espiritualidade e até da transcendência. Corpos sentidos de inúmeras possibilidades; corpo expressão da arte, das práticas dos saberes, expressão estética no que pensa e faz, como age e atua, inserido numa geografia, antropologia, etnologia e cultura (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009)”.

Sobre o cuidado de enfermagem é entendido como: um conjunto de ações e atos desenvolvidos em situações de cuidados e dirigidos à pessoa sadia ou adoecida, às demais pessoas a elas ligada, às comunidades e aos grupos populacionais com a meta de manter e promover o conforto, bem – estar e segurança, no máximo limite de suas possibilidades profissionais e institucionais; é uma ação incondicional do corpo que cuida e envolve impulsos “estéticos” de amor, de desespero, de energia, porque exige do corpo a disponibilidade para que ele cuide do outro, manipulando humores e odores, um ato libertador que representa a essência da ação humana de cuidar – que previne riscos, que propõe segurança, que está em constante alerta, de dia e de noite a proteger o cliente internado. (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009)

Sobre ESPAÇOS (Hospital, Domicílio, Ruas)

O corpo que cai está localizado num ambiente que lhe é estranho, e provavelmente este estranho pode ser provocador de quedas que ocorrem quando os clientes se movimentam, quando vão ao banheiro, quando se encontram internados, quando caem em casa ou nas ruas, por exemplo.

Cair em qualquer lugar interessa a enfermagem, seja para prevenir ou para restaurar algum dano.

O ambiente é o contexto e o espaço intrínseco (íntimo) e o extrínseco (externo) a que pertencemos do nascimento a morte – nascer, viver, adoecer e morrer. É no espaço da

enfermaria que os clientes convivem experiências de adoecer, mas também configurado como espaço de riscos, político, de ação e de práticas e saberes e onde se encontram as pessoas que cuidam e são cuidadas.

“As quedas ocorridas nos serviços de saúde, causam tanto danos físicos como emocionais e afetam a confiança do paciente e de sua família. Além disso acarretam custos desnecessários às instituições, devido ao aumento do tempo de hospitalização, que conta com intervenções, tratamentos e exames a fim de diminuir os possíveis danos causados aos pacientes (ANVISA, 2013)”

Os principais agravos associados a segurança do cliente, as quedas merecem destaque, pois são consideradas um grande problema relacionado a saúde pública mundial. Isso se dá devido ao aumento da morbidade e mortalidade, além de elevar os custos, decorrentes destas. Entretanto esse agravo é passível de prevenção.

Essa prevenção deve ser considerada uma das prioridades não só da equipe de enfermagem, mas sim de toda comunidade institucional, envolvendo a unidade como um todo, o próprio cliente, seus familiares/acompanhantes e o ambiente como espaço de cair.

Guattari (1990) dá atenção especial ao ambiente quando fala dos perigos mais evidentes que ameaçam o ambiente natural de nossas sociedades, estas, geralmente se contentam em abordar o corpo dos danos industriais, ainda assim, unicamente numa perspectiva tecnocrática, ao passo que só uma articulação ética – política que chama de ecossófia que se preocupa com o ambiente composto de três registros ecológicos (o do meio ambiente, o das relações sociais e o da subjetividade humana).

O ambiente como risco de queda, pode corresponder a um dos princípios nightingalianos que é o cuidado com o ambiente e sua higiene, com os móveis – como uma constante vigilância – para proporcionar segurança dos clientes que se mobilizam nas enfermarias e fora das unidades de saúde.

Para se entender como responsável pela prevenção de riscos de quedas, é fundamental considerar os espaços onde cuidamos, nos quais estão os clientes. A ampliação de um conhecimento sobre espaço é fundamental, ou o ambiente no qual os clientes vivem.

Por isso, não nos preocupa apenas as enfermarias, mas outros locais entendidos como o espaço, não só físico, mas temporal dos clientes, da existência deles e de cada um dos profissionais de enfermagem. É pertinente pensar no que nos diz Morin (1999) quando falamos do ambiente/espaço hospitalar no qual existem ações complexas que constituem o espaço temporal da existência (aqueles que cuidam e que são cuidados) ligando a questão do tempo e espaço interligados por diversos conhecimentos. Diz ainda, várias são as

interpretações e discursos sobre o espaço real, espaço místico, espaço subjetivo, espaço humano onde se vive concretamente.

É nessa mediação do espaço, que os profissionais estão em vigília ao simples movimento dos clientes quando internados. Não podemos perder de vista a abrangência deste discurso corpo – queda – ambiente, que nos implica neste estudo um olhar ampliado para o tema sobre o ambiente (não apenas centrado na queda) mas de como ele interfere nela; queremos fazer funcionar uma outra compreensão que envolva o homem que cai e não apenas a queda, sem pensar o contexto para perceber a necessidade de incentivar a equipe de enfermagem hospitalar ou coletiva a buscar subsídios para realização de intervenções que possibilitem uma assistência mais segura, de qualidade e livre de danos aos pacientes. (LUZIA et al. 2014)

Sobre QUEDAS

As quedas encontram-se entre os principais eventos adversos preveníveis nas instituições de saúde. Diversos fatores de risco são associados às quedas de pacientes, entre eles, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado, uso de medicamentos, aspectos ambientais, dentre outros (ANVISA, 2013). Quando acontecem dentro do hospital, somos responsáveis e marcamos a nossa prática como desqualificada já que cair – queda – é um indicador de qualidade. E quando caem em outros espaços quem se responsabiliza pela qualidade das calçadas, das ruas ou mesmo no domicílio, da saúde da cidade?

Uma pesquisa realizada em uma instituição de grande porte, no sul do Brasil, evidenciou que dos 755 casos notificados de incidentes, os mais frequentes foram nas unidades de internação 487(64,8%). Já em relação ao tipo de incidente, o de maior prevalência foi a queda com 343(45,4%) dos casos (LORENZINI et al 2014).

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIO CRUZ, 2013)

Para a Organização Mundial da Saúde, segurança do paciente equivale à uma redução mínima do risco de dano desnecessário que está associado a qualidade do cuidado em saúde. Nessas circunstâncias, define-se qualidade em saúde como o grau em que os serviços prestados aos pacientes, diminuem a possibilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis. No caso, os resultados desfavoráveis são conhecidos como eventos adversos, que tem sido descritos e estudados há bem mais de um século (ANVISA, 2013; REIS et al, 2013).

Assim, numa pesquisa onde foram coletados dados de 826 boletins de notificação de eventos adversos de um hospital universitário, as quedas foram registradas em 80 destes boletins, num período de 30 meses, implicando numa média de 2,6 quedas por mês (PAIVA et al 2010).

Outro estudo realizado com 1103 pacientes adultos internados em três hospitais Gerais, do Rio de Janeiro em 2003, também mostrou que 56 desses pacientes sofreram eventos adversos evitáveis, onde 6,2% destes foram danos por queda (MENDES et al, 2013).

Os dados acima apontam a necessidade de diminuição desses números à zero, a fim de colaborar com a melhoria da qualidade da assistência e com a segurança desses indivíduos que a todo momento encontram-se vulneráveis aos mais variados eventos adversos existentes principalmente nas instituições hospitalares.

De acordo com ANVISA (2013), ainda são necessárias maiores investigações sobre as questões que envolvem a segurança do paciente e a definição de melhores indicadores de qualidade do cuidado, objetivando o aperfeiçoar a medida dos riscos a que os pacientes estão expostos e com isso realizando uma análise dos serviços de saúde.

Se tratando especificamente de pacientes hospitalizados, estes possuem risco aumentado de quedas devido à situação clínica e também por fatores ambientais, como, por exemplo: a altura imprópria da cama, inadequação das grades do leito, ausência de equipamentos de apoio e o fato de ser um ambiente não familiar. Um estudo realizado em São Paulo, nos mostra que dos 97 pacientes estudados, cinco (41,7%) sofreram queda ao descer da cama, três (25%) na deambulação dentro do quarto, três (25%) ao movimentar-se na cama, sendo que nos três casos, a cama não tinha grades e em 2 casos, as camas eram altas e um (8,3%) queda ao sair do vaso sanitário (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

Sendo assim, entende-se que a identificação dos riscos ambientais, permite que seja realizado o levantamento das necessidades prioritárias e o desenvolvimento de estratégias para a prevenção de quedas (LUZIA et. al., 2014; DICCINI; PINHO; SILVA, 2008).

3.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem descritiva, qualitativa, de intenção diagnóstica, que foi realizado com clientes internados em um hospital de ensino situado no Rio de Janeiro, a partir do rastreamento dos espaços nos quais os clientes estão internados com registros ou não de quedas dentro e fora do hospital.

A opção qualitativa proporciona a compreensão/explicação em profundidade dos valores, práticas lógicas de ação, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre saúde, a doença, as terapêuticas e demais ações protagonizadas pelos serviços de saúde (MINAYO; DESLANDES, 2002). Proporciona também a explicação em extensão, de como esses sujeitos (clientes que caem), agregados num nível populacional, tornam-se expostos/ vulneráveis a eventos adversos que colocam em risco sua saúde.

Já os estudos descritivos têm por objetivo descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009)

Na verdade, afirmamos que a abordagem é descritiva, pois queremos apenas olhar para compreender o fenômeno queda, isto é, isolar uma gama de problemas que nossos clientes sofrem, e saber se caem se já caíram e onde em seus espaços de viver.

No caso em questão, a descrição está voltada para trabalhar o concreto e o subjetivo no rastreamento de riscos no espaço e no corpo que cai. Descrever pode e será associado a interpretações a partir dos conceitos utilizados para queda, corpo, espaço.

Aparentemente, é uma abordagem simples, embora complexa, por que as quedas tem consequências, riscos e custos para as pessoas que caem e compreender como isto acontece pode nos orientar não só como enfermeiros hospitalares, mas também como enfermeiros da família, da assistência básica em saúde e nos lembra o que está dito no Programa Saúde da Família – Ministério da saúde (2001): “prezadas enfermeiras e enfermeiros, a estratégia saúde da família vem se consolidando como a forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde. Nos municípios que adotam essa estratégia, vem ocorrendo, comprovadamente, significativamente melhora nas condições de vida e saúde da população (...)”

Assim descrever para compreender sobre “cair”, não só como um acidente banal, adverso, mas por que o corpo cai.

Essa interação associa análise estatística à investigação dos significados das relações humanas, permitindo uma melhor compreensão do tema e dos dados obtidos no estudo (FIGUEIREDO, 2008)

Segundo Minayo e Deslandes (2002), quando queremos a articulação entre os dois métodos, não podemos esquecer que no campo da pesquisa em saúde, suas bases conceituais, seus princípios de cientificidade e suas múltiplas modalidades de integração (...), e atenção ao rigor não se concretiza em apenas dizer qual é o método, mas as formas como produzimos dados. Para os autores quando pretendemos produzir dados e descrever sobre eles, precisamos saber que a única linha que une os dois métodos é a pretensão de trabalhos com o significado atribuído pelos sujeitos dos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações da prática baseada em conceitos e teorias (...)

3.1. Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital universitário situado no município do rio de janeiro, espaço no qual os clientes puderam responder as questões sobre quedas dentro ou fora do hospital.

A instituição avaliada como de média/alta complexidade e nível ambulatorial, mantém suas ações voltadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente conta com duas enfermarias cirúrgicas, três de clínica médica, obstetrícia, CTI adulto e neonatal, Pediatria, etc.

3.2 Sujeitos da pesquisa

A população do estudo foi constituída por 14 clientes de ambos os sexos, internados em enfermarias de clínica médica e clínica cirúrgica do hospital em estudo, em dias aleatórios no período de maio a julho de 2017, e que responderam sobre as duas situações de cair (dentro e fora do hospital).

Foram incluídos clientes adultos, com idade igual ou maior que 18 anos, que tivessem no mínimo 24 horas de internação hospitalar. Já aqueles que não apresentaram condições físicas e/ou mentais de responder às perguntas, e que estivessem sem acompanhante, e que os que não aceitaram assinar o TCLE, foram excluídos do estudo.

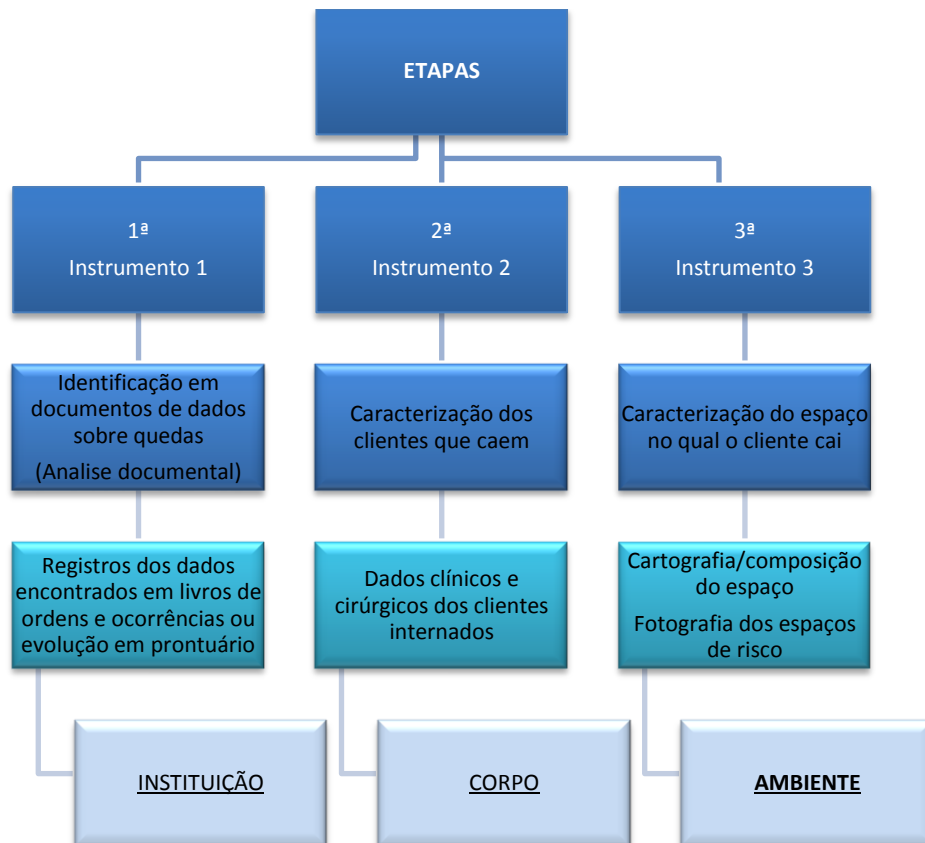
3.3. Produção dos dados

Este momento, traduzido em 3 etapas diz respeito a: construção de instrumentos contendo questões abertas e fechadas para identificação de dados em documentos da

instituição (análise documental), caracterização dos clientes que caem e caracterização do espaço no qual o cliente cai.

Cada instrumento representou uma etapa da produção de dados, relacionada aos objetos de produção voltados para a instituição, corpo e ambiente (Figura 1).

Figura 1: Esquema das etapas de produção dos dados.



Esquema elaborado por: SANTOS, FIGUEIREDO e COSTA, 2017.

3.4. Pré-teste e coleta de dados

O pré-teste objetiva identificar e evitar complexidade nas questões, possíveis constrangimentos para o sujeito do estudo, além de questões desnecessárias e exaustivas. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009)

Para coleta dos dados utilizou-se entrevista semi estruturada, na forma de questionário, onde este apresentava perguntas do tipo fechadas e abertas. As entrevistas foram gravadas e os espaços fotografados.

O hospital onde foi realizado o estudo estava passando por um processo de reorganização e por isso algumas enfermarias encontravam-se fechadas, com isso a amostra não teve a quantidade esperada, totalizando 14 sujeitos.

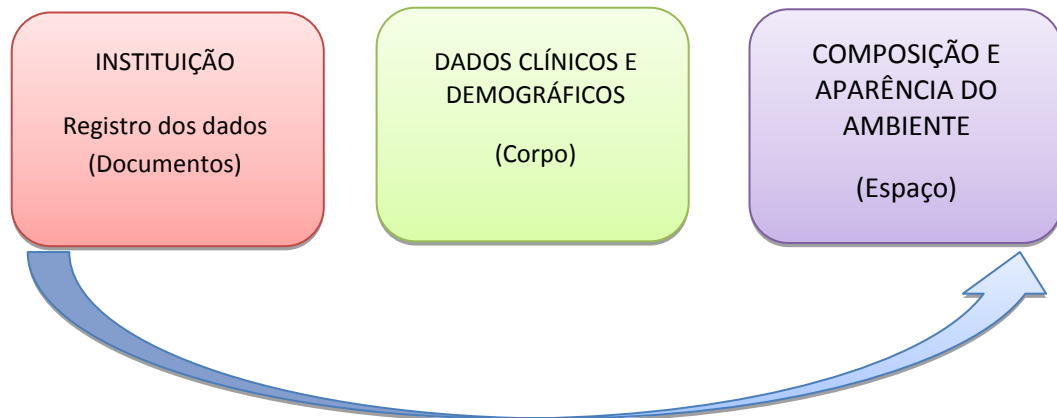
A câmera fotográfica foi utilizada para realização de fotografias do ambiente. Esse instrumento foi escolhido, pois as imagens oferecem um registro restrito, porém expressivo dos acontecimentos reais – concretos e materiais (BAUER; GASKELL, 2017).

3.5. Análise dos dados

Para análise dos dados quantitativos foi construído um banco de dados por meio do programa *excel* do *office* 2016. Posteriormente os dados foram apresentados por estatística descritiva simples, utilizando gráficos, tabelas e medidas descritivas. Já quanto os dados qualitativos, após a leitura minuciosa das respostas dos clientes, foi criada uma matriz para alocar informações dos 14 clientes internados que nos informaram sobre quedas ou não. (APENDICE 3)

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações o qual utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens. Assim, em relação a análise quantitativa, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo e quanto a qualitativa, é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomada em consideração. (BARDIN, 2011)

Figura 2: Esquema dos dados produzidos



Esquema elaborado por: SANTOS, FIGUEIREDO e COSTA, 2017.

Assim produzimos três tipos de dados (Figura 2): documentais, clínicos/corpo e ambientais que compõem itens para o diagnóstico de enfermagem, além dos que já estão estabelecidos, entendido como “julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais (diagnóstico clínico sobre o corpo que cai e seus ambientes de estar), e proporcionam as bases para seleções de

intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro(a) é responsável”...(TANURE; GONÇALVES, 2008)

5.6. Questões éticas

Quando uma pesquisa científica envolve a exposição do paciente, e demais envolvidos, é necessário considerar critérios éticos para a preservação da privacidade e segurança.

Sendo assim é importante que toda pesquisa respeite os princípios bioéticos, que são: o respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Entende-se que toda pesquisa que envolva seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade, não infligindo dano intencional e garantindo que danos previsíveis serão evitados. Além disso, deverá contribuir para seu bem estar, tendo como propósito beneficiar também outras pessoas, implicando num tratamento justo, equitativo e apropriado, tendo relevância social com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e toda população (CASTILHO; KALIL, 2005).

Logo, estudo foi realizado após aprovação do comitê de ética em pesquisa, sob o parecer técnico CAAE 64902817.6.0000.5285 levando em consideração a resolução nº466/2012 e mediante autorização do coordenador da instituição para coleta de dados.

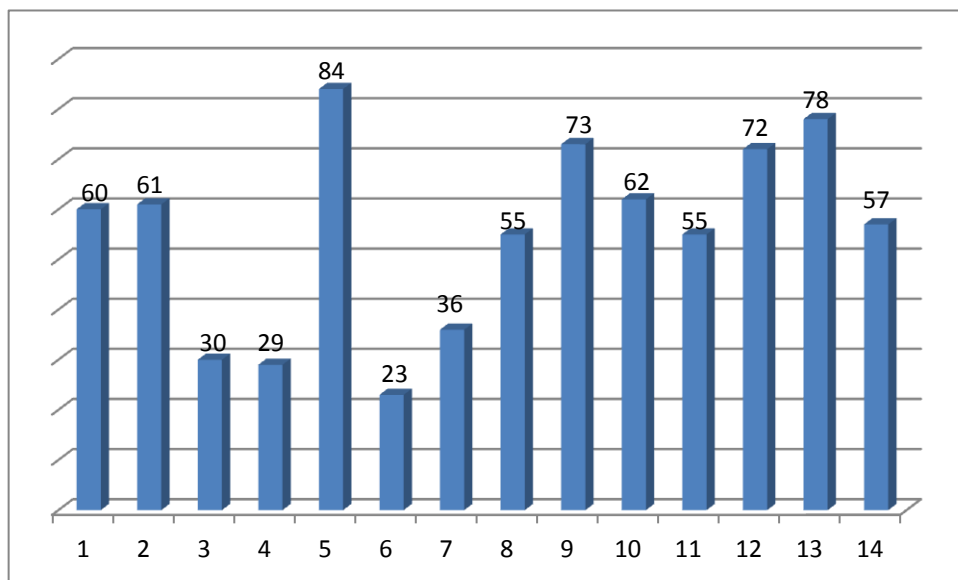
Os participantes que aceitaram participar do estudo, receberam as devidas orientações sobre a pesquisa e foram convidados à assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

4. RESULTADOS

Foram entrevistados 14 clientes, sendo estes 36% do sexo feminino e 64% do sexo masculino. Destes 29% estavam internados na clínica médica e 71% na clínica cirúrgica. (Tabela 1)

Em relação ao estado civil, 50% eram solteiros, 7% viúvos e 43% casados. Quanto a faixa etária, a idade média dos entrevistados foi de 55,35 anos, onde a menor idade foi de 23 anos e a maior 84 anos, como mostra o gráfico 1. Esses dados nos permitem fazer um breve perfil da população estudada.

Gráfico 1: Distribuição dos participantes por faixa etária



Fonte: Dados do estudo

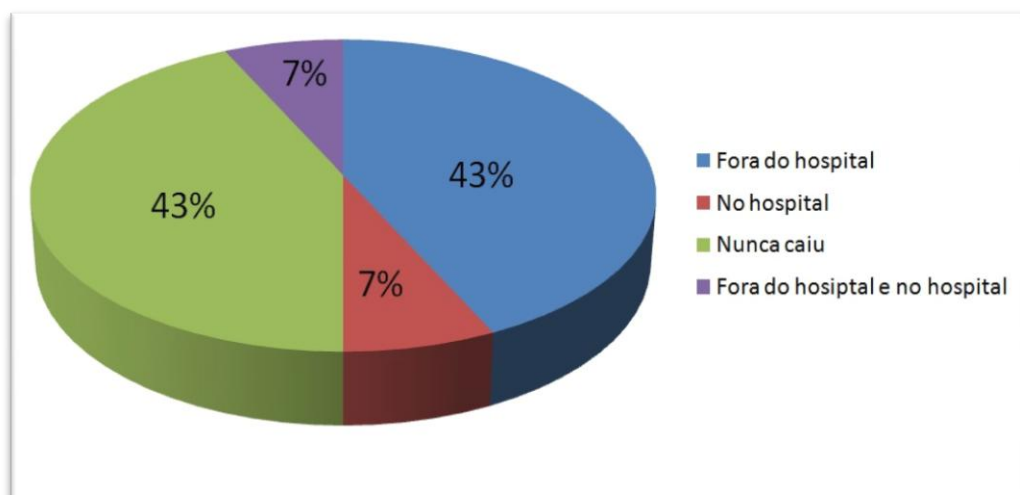
Os diagnósticos médicos no momento da internação puderam ser divididos em: Hérnia inguinal 7%, Câncer 43%, Dor pélvica 7%, Doenças do aparelho renal 29%, Diabetes Mellitus 7%, como podemos observar na tabela 1.

Tabela 1: Variáveis relacionadas ao perfil da população estudada

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
1. Sexo		
Feminino	5	36
Masculino	9	64
2. Enfermaria		
Clínica Médica	4	29
Clínica cirúrgica	10	71
3. Diagnóstico principal		
Hérnia Inguinal	1	7
Câncer	6	43
Dor pélvica	1	7
Doença do aparelho renal	4	29
Colelitíase	1	7
Diabetes Mellitus	1	7

Fonte: Dados do estudo

Já quanto a presença de quedas, 43% relataram ter caído fora do ambiente hospitalar, 7% dentro do ambiente hospitalar, 7% dentro e fora do ambiente hospitalar e 43% informaram nunca ter caído. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Distribuição dos participantes por presença de quedas

Fonte: Dados do estudo

Sobre fazendo o que, podemos observar no quadro 1:

Quadro 1: Descrição sobre fazendo o que no momento da queda

ORDEM	FAZENDO O QUE
C1	<p>“Em casa, subindo numa cadeira para pegar um objeto em cima do armário, a cadeira virou, meu pé entrou dentro...e deu uma fratura exposta no dedo.”</p> <p>“tenho hepatite c, aí passei mal, comecei a suar muito...tava sentado no metrô... acordei na Saens Peña, deitado naquele pavimento.”</p>
C2	<p>“No leito. O chão tava meio liso, eu tava descalço. Fui pegar o patinho aí dei aquela escorregada.”</p> <p>“Bati com isso aqui...(apontou para cabeça)...mas não deu nada demais não.”</p> <p>“Quando eu levanto da cama. Quando fico muito tempo deitado e vou ao banheiro ou quando vou esvaziar a bolsa, eu sinto um pouco de tontura.”</p> <p>“Uma vez passei mal no banheiro (enfermaria), mas não desmaiei não, pois eu segurei antes. Foi a pressão que caiu, mas ficou tudo bem.”</p>
C3	<p>“Na escada do trabalho. Eu estava lavando, daí eu desci para pegar outro balde de água, escorreguei e desci quicando. Ficou dolorido.”</p> <p>“Quando caí de skate. Eu estava tentando andar nesses skates de duas rodinhas, daí subi e caí. Fui desmaiada para o hospital.”</p> <p>“...fez um rombo na minha cabeça e até hoje não nasce cabelo.”</p> <p>“Quando eu sinto dor de cabeça, desmaio. Às vezes de apagar mesmo.”</p>
C4	<p>“Tava lavando o banheiro, escorreguei, aí bati com o coxi na pedra do box. Aí caí.”</p> <p>“Estava descalça.”</p> <p>“Fiquei com o cóxi bastante dolorido, bastante tempo.”</p>
C5	<p>“Perda total da visão”</p> <p>“Em casa já. Várias vezes. As vezes perde o equilíbrio. Ele tenta andar sozinho também.”</p> <p>“...como ele tem fragilidade capilar, aí magoa, bate né. Ficou assim com hematoma, por que bateu né? Mas nada de fraturar não.”</p>
C6	Relata nunca ter caído
C7	<p>“Ah, caí em casa.”</p> <p>“Tava levantando o sofá e caí”</p>
C8	Relata nunca ter caído
C9	<p>“Caí aqui no corredor, aqui...”(aponta para o corredor da enfermaria)</p> <p>“Porque minha barriga tava aberta e eu fiquei ansiosa né.”</p> <p>“Eu tava no zero, porque eu ia fechar a barriga e num tinha comido nada”</p> <p>“Aí de um negócio em minha cabeça e eu caí com todo corpo ali. Não machucou”</p> <p>“Ah, em casa eu caí muitas vezes. “</p> <p>“...no começo do ano que eu caí na pedra. Lá no morro, eu caí.”</p> <p>“Ralou o joelho, feriu muito.”</p> <p>“Aí ficou assim, ficou que nem aquela bicha: Tatuage.”</p>

C10	Relata nunca ter caído
C11	Relata nunca ter caído
C12	Relata nunca ter caído
C13	<p>“As vezes andando, tropecei num pedaço de pau, numa pedra, alguma coisa. Mas nada grave de cair não.”</p> <p>“às vezes dentro de casa também, tomando banho, escorrego, caio assim com o bumbum no chão.”</p> <p>“No banheiro é difícil a pessoa não escorregar.”</p> <p>“Já escorreguei já, mas não cheguei a cair porque eu segurei na porta/parede do box.”</p> <p>“Dói mais do que cair. Você faz tanta força, que às vezes desloca alguma coisa, mas rapidinho passa.”</p>
C14	Relata nunca ter caído

Fonte: Dados do estudo

Quanto ao ambiente, durante a pesquisa pudemos observar 4 banheiros reservados para uso dos pacientes, o qual 3 (75%) destes não apresentavam piso antiderrapante e 100% não possuíam barras de apoio. (Figura 3 e 4)

Nas enfermarias, 13 das camas (93%) utilizadas pelos pacientes, encontravam-se com as grades não elevadas.

Figuras 3 e 4 – Imagens do banheiro da enfermaria



Fotografia realizada por SANTOS, 2017.

Foi possível observar que as enfermarias apresentavam muitos obstáculos no caminho dos clientes, como: cadeiras de acompanhante, escadinhas fora do lugar, cadeira de rodas, latas de lixo, sacos com roupas e rampers. (Figura 5 e 6)

Já em relação ao ambiente fora das unidade hospitalar, constantemente ao caminhar pelas ruas e praças podemos observar ruas e calçadas irregulares e com buracos, má iluminação no período noturno, além de outros fatores que podem colaborar para queda de um indivíduo. (Figura 7 e 8)

Figura 5 e 6 – Imagens do quarto e banheiro da enfermaria



Fotografia realizada por SANTOS, 2017.

Figuras 7 e 8 – Fotos de calçada e rua

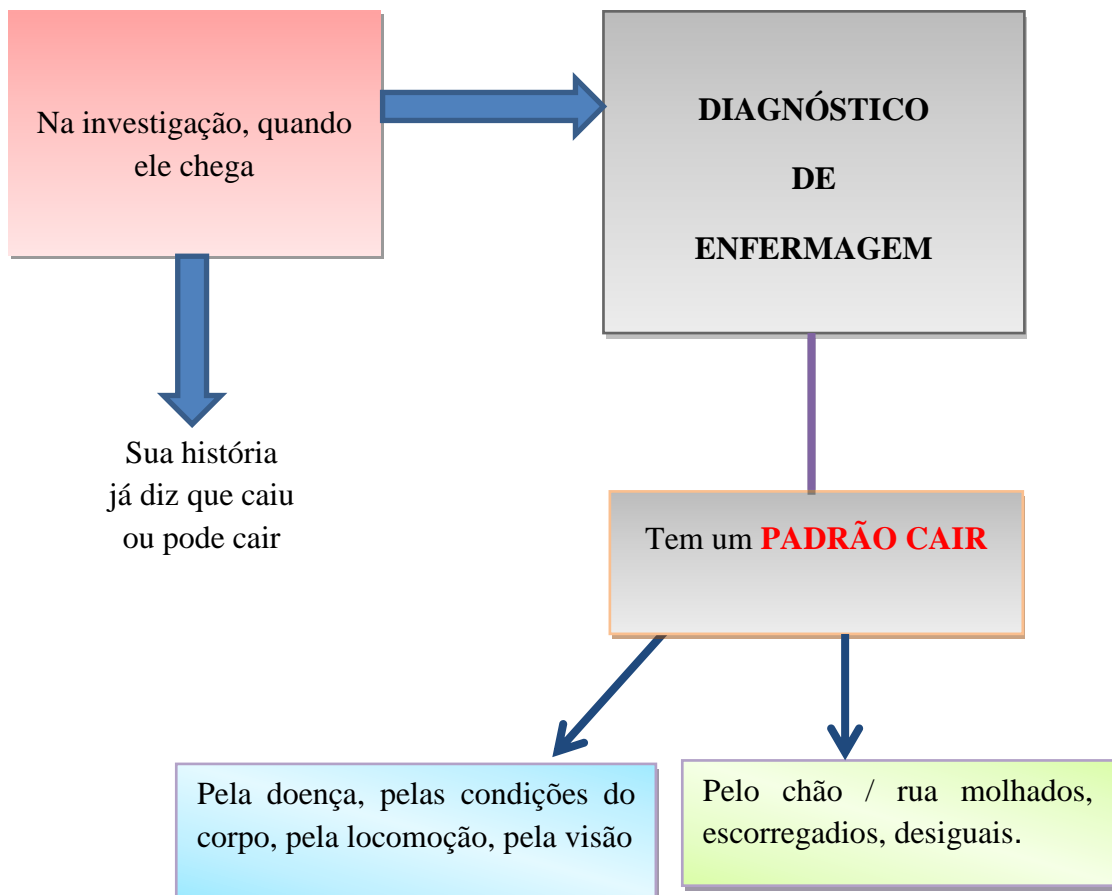


Fotografia realizada por SANTOS, 2017.

Na organização destas informações, o que elas indicam é que os clientes caem por dois motivos: o primeiro está ligado ao **CORPO** adoecido e os sintomas indicadores de quedas quando dizem: não enxergar, sentir tontura, desmaios, visão turva, dificuldade de locomoção, não conseguir sair da cama. E o segundo ao **ESPAÇO FÍSICO** como ruas, escadas, banheiros, pisos molhados, pisos escorregadios.

Esses dois motivos nos indicam que eles são indutores de um pré-diagnóstico preventivo de quedas a partir dos sinais do corpo e do ambiente. Isto é, saber que eles em algum momento farão o cliente cair. Por isso é imprescindível criar um instrumento para o desenvolvimento do processo de cuidar dos clientes internados; sempre preocupado com quedas dentro ou fora do hospital.

Figura 9. Esquema relacionado ao diagnóstico de enfermagem e a discussão sobre quedas



Esquema elaborado por: SANTOS, FIGUEIREDO e COSTA, 2017.

Então o planejamento do cuidado deve ser para:

- ✓ Dentro do hospital
- ✓ Dentro do domicílio
- ✓ Nas ruas ou outros espaços.

A partir desta organização esquemática (Figura 9), a discussão gera em torno do diagnóstico de enfermagem sobre quedas.

5. ANÁLISE e DISCUSSÃO

Cair no hospital e nos espaços anteriormente citados podem ser considerados componentes estruturais do diagnóstico, ancorados em teorias da saúde (saúde), do ambiente (espaços de cair), social (consequências) e de riscos.

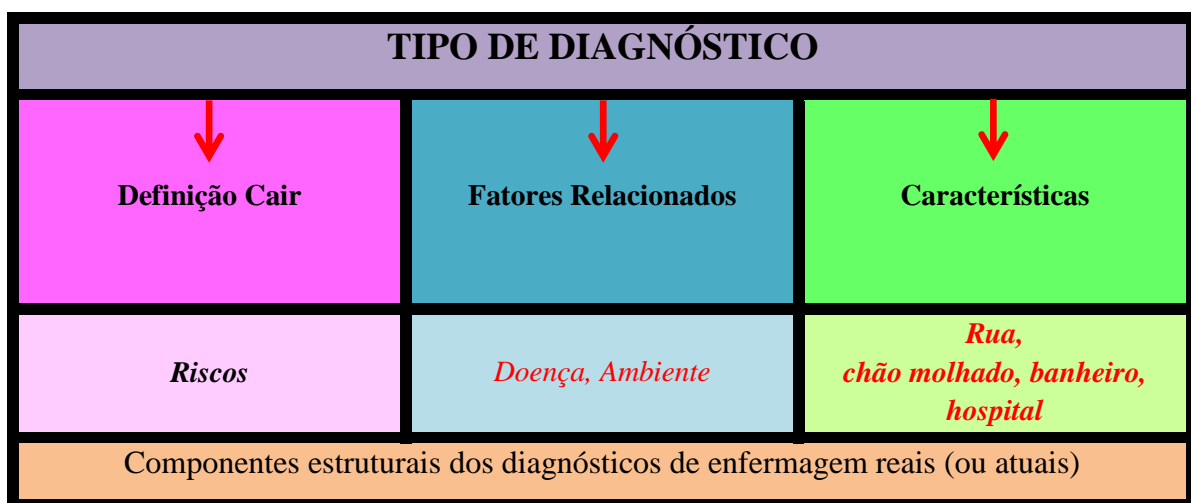
Cair por que algo no corpo não está bem e indica por meio de sinais e sintomas; cair por que o ambiente é também doente e indica por meio das ruas, dos pisos molhados ou escorregadios que existe um pré cuidado preventivo de quedas e é a partir dele que faremos a discussão.

North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (2002 apud Tannure e Gonçalves, 2009, p.51) descreve os tipos de diagnósticos:

O diagnóstico de enfermagem real descreve as respostas humanas às condições de saúde e processos vitais que existem de fato em um indivíduo, uma família ou uma comunidade no momento presente e os diagnósticos de enfermagem de risco, descrevem respostas humanas que estão diretamente relacionadas às condições de saúde que podem vir a desenvolver-se em um indivíduo, família ou comunidade vulneráveis, o qual fatores de risco contribuem para uma vulnerabilidade aumentada.

Tannure e Gonçalves, 2009 trazem um exemplo de tipo diagnóstico adaptado a nossos dados (Figura 10):

Figura 10: Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem reais (ou atuais)

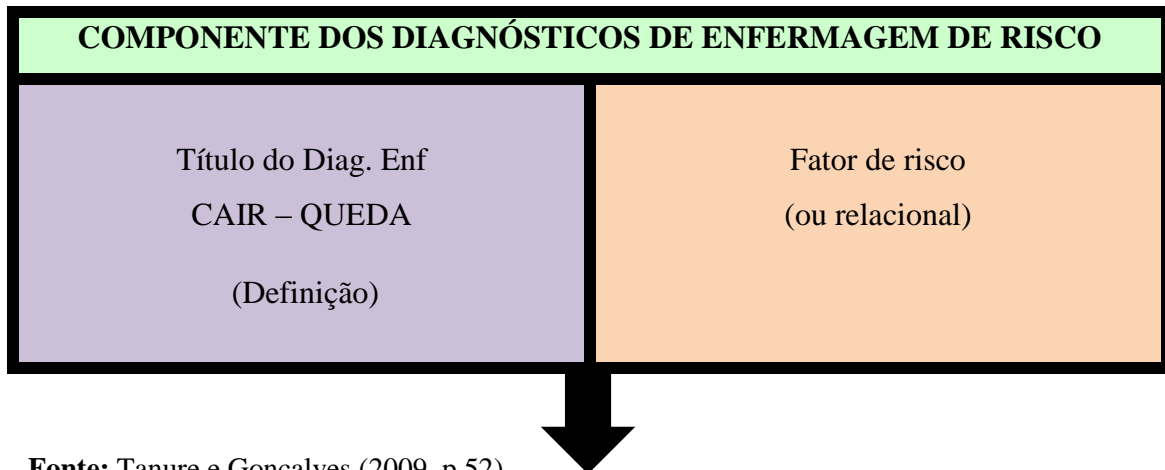


Fonte: Tannure e Gonçalves (2009, p.51)

“Para as autoras, o diagnóstico de risco não é composto por características definidoras. As mesmas afirmam que se tais características existissem, os riscos deixariam de aparecer e seriam considerados problemas reais”. (TANNURE E GONÇALVES,2009, p.51)

Quando associamos o risco ao diagnóstico realizado, o esquema fica assim (Figura 11):

Figura 11. Componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem de risco



Fonte: Tanure e Gonçalves (2009, p.52)

Sobre risco, as autoras na p52 dizem:

1) Risco de integridade da pele (diríamos do corpo e do ambiente) prejudicada, relacionada à imobilização física (queda do corpo) e circulação (imobilidade, fratura etc.)

2) Risco de lesão relacionada à hipóxia tecidual (fratura óssea, lesão de pele), mobilidade alterada por diversos motivos.

3) Risco de sentimento de impotência relacionada à autoestima diminuída, estilo de vida dependente.

O corpo que não deveria cair, é o corpo do cliente da enfermagem, internado ou não, pois de qualquer modo ele será cuidado por ela. Este corpo é o objeto de atenção e de cuidado de uma enfermagem que não é apenas hospitalar e devem estar em evidência permanente.

Como nos fala Ortega e Zorzanelli (2010), “pessoas consideradas não deficientes, precisam ou podem precisar de ajuda ou de auxílio e algumas delas chegam a depender de cuidados e aparatos para permanecerem vivas (...)”.

As autoras nos dizem também que um dos ingredientes que também demarcam as novas relações que estamos testemunhando entre a normalidade e a patologia é a noção de

risco um deslocamento do pólo da normalidade/anormalidade ou, da saúde/doença para o controle e evitação dos riscos potenciais de adoecer (ORTEGA E ZORZANELLI, 2010) ”.

Quando decidimos que o diagnóstico que fizemos continha o elemento risco (nem sempre atual, mas sempre possível), foi o corpo com seus sintomas que nos alertou para eles. No entendimento macro, todos nós estamos prestes a correr riscos. Castiel in: Ortega e Zorzanelli (2010) denominaram que existe a “gestão de riscos, na qual a saúde seria assim uma conquista advinda do controle e da administração dos riscos e do manejo do potencial de adoecimento de cada um (...)”

Os corpos deste estudo já estão doentes e a preocupação/atenção da enfermagem é cuidar prevenindo e/ou intervindo para que ele não adquira más condições de viver e/ou de adoecer. Corpos que estão em permanente submissão às tecnologias, as máquinas, aos tratamentos e procedimentos.

Corpo que segundo Ortega e Zorzanelli (2010), é a partir desse enlace com as tecnologias médicas que o corpo é pensado como sujeito e objeto, como saudável ou perturbado, redefinindo os limites históricos para julgar o que é normal ou patológico.... Cair é ir em busca da patologia e não cair é o normal.

O corpo deste diagnóstico está em diálise, têm câncer, tem hepatite, tem dor, tem tonteira, não enxerga bem, tem dificuldade de locomoção e se arrisca de noite e de dia ao levanta-se, tomar banho.

Corpo entendido por Figueiredo e Machado (2009) “o corpo da ciência do cuidado, entendido como espaço mínimo e livre humano, ativo, dono de suas próprias idéias, opiniões, valores, ambições e visão de mundo; e infragmentável, biológico, emocional, psicológico, cultural, político, linguístico, social, em suma histórico (...)

É um corpo que deve ser escutado, observado e acolhido na ação e prevenção, dentro do hospital e fora dele, corpo do hospital, da saúde coletiva, da comunidade.

Ao mesmo tempo em que eles têm situações clínicas e estejam sendo cuidados a partir delas, é constante a preocupação com o “Risco de queda”, o que exige da enfermagem ações de promoção da saúde , educação em saúde e uma atenção social do cliente deste estudo e daqueles que podem ou estão em risco de cair.

Quanto a isso, Amado e Silva (2012) nos dizem que “a consideração do conceito de saúde como resultado de um amplo espectro de fatores, a citar a educação, a habitação, a alimentação, o lazer, entre outros, remete a proposição de um discurso social sobre saúde (...); superar o modelo tradicional e hegemônico, na construção de um paradigma sanitário que considere os acontecimentos diários da pessoa e da coletividade em seu modo de viver, bem

como as expressões singulares e subjetivas, na determinação da saúde-doença tem sido um desafio e torna-se uma tensão paradigmática (...). esta é a tensão que temos identificado em achar que cair fora do hospital (na rua, na coletividade) também é da enfermagem hospitalar que precisa fazer conexões com as enfermeiras da saúde da família para estarem atentas as quedas, as acessibilidades e agir por meio da promoção da saúde. Quanto a isso, as mesmas autoras nos dizem: “o processo evolutivo de uma doença, comporta o período pré patogênico e o período patogênico. Em cada um desses caberam alguns níveis de prevenção, já que a promoção da saúde representa a prevenção primária, composta por medidas ou ações de saúde como educação sanitária, alimentação, moradia e condições de trabalho adequado, lazer, etc(...)

Os doentes deste estudo interessam naquilo que é da doença e sem tratamento e a queda é um acidente inesperado que não está na pauta desta educação.

Como diz Amado e Silva (2012), “o modelo de história natural da doença carrega uma visão reducionista do ser humano à sua condição natural e sua condição biológica e transfere, para o meio, a condição de produtor do processo. Nessa concepção os fatores são tratados isoladamente como se não houvesse interação entre eles. Também sob essa perspectiva não se considera a historicidade dos fatos sociais, pressupondo-se a existência de padrões universais de saúde-doença”.

O que sabemos é que no Brasil os centros de saúde estão reorganizados para atender a população que pertence a territórios específicos, composto de equipes de saúde com propostas de cuidados – promoção da saúde “considerados como um conceito transversal nas atividades ofertadas no centro de saúde; os profissionais reconhecem a possibilidade de realizar ações de promoção de saúde (quedas pode ser um tema) que vão desde abordagem individual no consultório, até ações coletivas intra ou extra muros da unidade de saúde.”

Como enfermeiras do espaço hospitalar, nos preocupa saber o que pode acontecer quando os doentes saem de alta, ou quando tentam chegar ao hospital. A preocupação em contribuir com a diminuição de riscos, evitando novos eventos que podem levar o doente ao hospital, aumentando a demanda de leitos e/ou de recursos.

Poderíamos assumir que estamos deslocando nosso modo de pensar sobre quedas, de achar que ele pode ser normal porque é inesperada, para não aceitar queda como tal, mas achar que ela é visível está nos sintomas dos clientes e nos lugares por onde eles andam.

Queremos; se possível, estender nosso olhar cuidadoso e projetá-lo para o futuro da possibilidade de quedas a partir do corpo que já está doente e de seus sintomas – corpo portador de risco de queda que está na tonteira, na dificuldade de andar ou de não enxergar bem.

O que Ortega e Zorzanelli (2010) nos diz parece se encaixar no que ousamos afirmar anteriormente: “na medida em que o corpo se torna sujeito de um olhar microscópico, a vida humana é relida como um amontoado de processos passíveis de reformulações molecular(...)”, falamos dos diversos movimentos do corpo que podem derrubá-lo; de um olhar à distância para ele e de acreditar que a enfermagem da família, também está de “olho” nele.

Os compromissos da enfermagem, às vezes, são impossíveis de manter, quando acreditamos que nossa obrigação é a de preservar e salvaguardar o corpo de riscos, às vezes tão distantes de nosso olhar, de nossa vigília. Também de estar atentas as nossas formas de sofrimento físico e mental no contemporâneo.

Sobre o ESPAÇO, AMBIENTE SOCIAL – queda em casa, queda na rua

Antes de qualquer discussão sobre o teor desse item, entendemos que é importante definir o ambiente, como o lugar de nossas preocupações e cuidados. Segundo Figueiredo e Machado (2009), “ambiente é o contexto e o espaço interno (íntimo) e externo em que nascem e vivem, coexistem e convivem pessoas e coletividades. Espaço político, de ação de prática e de saberes e é onde se encontram as pessoas que cuidam e são cuidadas. Isso se dá no micro ambiente (hospitais e centros de saúde) e no macro ambiente (coletivo e comunitário)...”

Os doentes deste estudo caem e são as afirmações que nos preocupam, por que eles trazem dentro de si sintomas de queda como já referimos anteriormente.

Nesse sentido nos lembramos de Nightingale (1989), nossa mentora e ambientalista a nos solicitar cuidados com o ambiente, quando definem suas premissas: “a enfermagem requer conhecimentos distintos da medicina e que a profissão deveria se basear estabelecendo um conhecimento de enfermagem direcionado à pessoa, as condições nas quais ela vive e em como o ambiente pode atuar positivamente ou não sobre a saúde (...)”

Temos afirmado a partir de Nightingale, e outros teóricos que o ambiente é o lugar da produção de processos de cuidar que temos chamado de eco-processos-espaco onde estão os riscos ou não no ambiente, como nos orienta Nightingale – luz, ar, água, ruídos, mobiliários e pertences de clientes e profissionais; higiene (cuidado com o ambiente e cuidado com os riscos biológicos, químicos, físicos e das relações humanas que veiculam nele).

É preciso considerar que o ambiente é rico de tensões, emoções, alegrias, afetos e desafetos, quando nos encontramos para cuidar; o ambiente é também, histórico, físico, social, psicológico, familiar, interno e natural.

As enfermeiras hospitalares devem ter uma importante preocupação para dentro do ambiente hospitalar, quando devem pensar e cuidar do ambiente da internação e da proteção de seus clientes, principalmente quando fazem orientação para saúde ou exigem atenção quanto a:

- Grades nas camas
- Escadinhas para o cliente subir a cama
- Box ou quarto iluminado
- Lençóis presos ao colchão para não facilitar que escorreguem
- Chão iluminado
- Chão seco e não escorregadio
- Banheiros secos e sem irregularidades no chão
- Luz no rodapé para que durante a noite os clientes possam ir com segurança ao banheiro ou ao leito
- Janelas protegidas com grade

Se assim acontece, é possível afirmar que o ambiente é saudável e isento de riscos.

Como não temos controle sobre quedas inesperadas, mas sobre aquelas cujo ambiente é que as provoca, vigiar ruas, calçadas, iluminação, deve ser um dever social e político informar ao estado e a prefeitura sobre locais onde as pessoas podem cair. Por exemplo o que sugere BRASIL (2001) em relação a vigilância epidemiológica, quando de sua operacionalização local, que compete ao nível local:

- Identificar e monitorar a vulnerabilidade da coletividade aos agravos de saúde (quedas)
 - Descrever a ocorrência dos agravos de saúde de maior relevância para a população habitante da área geográfica estudada.
 - Detectar espaços de riscos
 - Estimar a magnitude da queda, que dependendo pode causar danos maiores a um corpo já doente, que tem relevância.
 - Recomendar e executar medidas para prevenir quedas, num país que aumenta a população idosa, para diminuir/controlar ocorrências de quedas

Neste aspecto Machado (2017) fala das questões da acessibilidade como uma condição fundamental de ir e vir dos usuários, principalmente idosos e deficientes, como um serviço digno para os usuários que também nos interessa, quando fala das barreiras a que são submetidas essas pessoas, quando fala sobre calçadas, “é inevitável a associação dos elevados índices de quedas dos idosos (grande parte dos clientes internados deste estudo são idosos com patologias graves) vitimados pelos muitos buracos, desníveis, degraus, postes, andaimes sobre calçadas dos municípios brasileiros (...), chama a atenção dos gestores públicos que preferem economizar e não prevenir acidentes previsíveis, que se estampam a seus olhos, com potenciais de riscos á vida e a saúde, com graves comprometimentos da integridade física (...) Em consequência das questões aqui colocadas a partir dos dados, pensamos num produto que identificamos como JOGO EDUCATIVO: Baralho orientador da prevenção de quedas nas instituições de saúde ou fora delas, que está apresentado após as considerações finais.

6. CONSIDERAÇÕES EM JOGO

Aqui não é o ponto final, pretendemos intervir nas ruas onde as pessoas jogam, para testar o baralho com eles e poder avaliar o uso e impacto de um estudo a ser desenvolvido no doutorado.

Chegar aqui foi um desafio pessoal, particular e do próprio espaço de investigar.

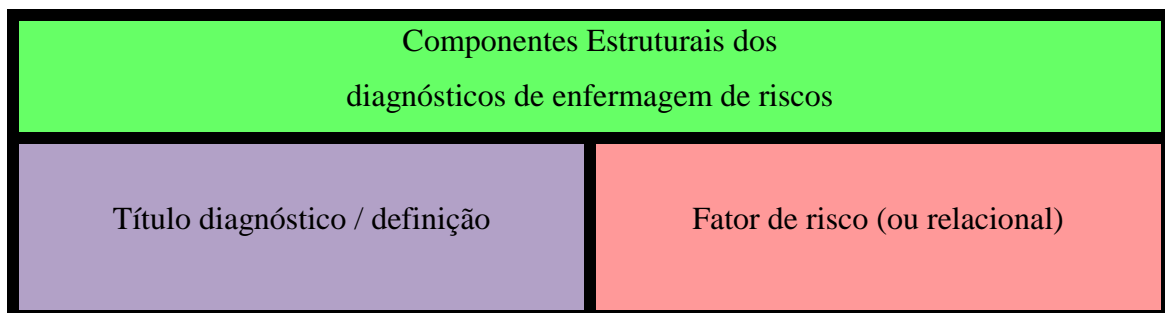
Temos a clareza de que é uma experiência inicial, além da dificuldade de ampliar o N do estudo. Fazer um diagnóstico sobre quedas atendendo ao que queríamos, olhando para o ato de cair mais como enfermeira preocupada com a coletividade, com os riscos e os custos econômicos e de viver, para assim poder intervir.

Ao não determinar a idade do sujeito pudemos fazer um diagnóstico de intenção coletiva e descobrir determinantes na doença e nos espaços, indutores de ação e de educação em saúde na prevenção de quedas.

O diagnóstico buscado se mostrou, nos tipos de diagnóstico/taxionomia de NANDA in: Tanure e Gonçalves (2009) “componentes estruturais dos diagnósticos de enfermagem de risco”, como já apresentamos na imagem nº11.

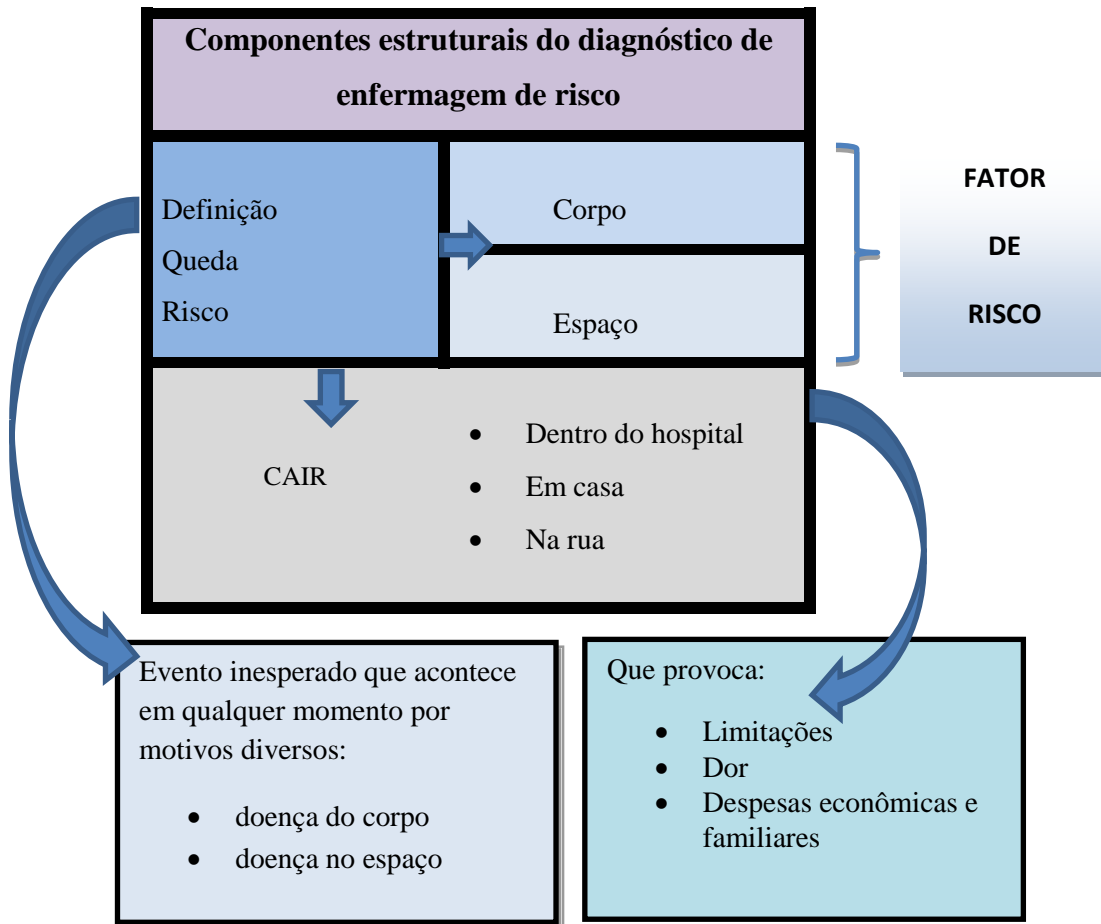
Agora apresentamos uma organização que não é final, mas que procede a partir dos resultados, que é orientado para o diagnóstico (figura 13 e 14).

Figura 12: Componentes Estruturais dos diagnósticos de enfermagem de riscos



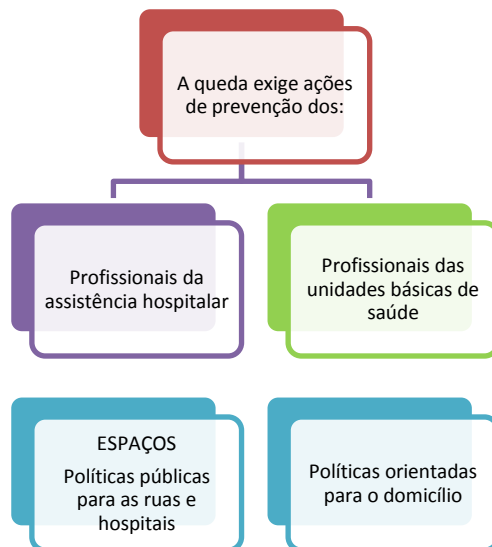
Fonte: Tanure e Gonçalves (2008) pag 52.

Figura 13. Esquema dos componentes estruturais do diagnóstico de enfermagem de risco a partir dos resultados do estudo



Esquema elaborado por SANTOS, FIGUEIREDO e COSTA, 2017.

Figura 14. Ações de prevenção



Esquema elaborado por SANTOS, FIGUEIREDO e COSTA, 2017.

Toda intervenção, orientação ou educação para saúde – não cair – fazem parte das prescrições de cuidados e avaliação das respostas.

Toda intervenção na prevenção de quedas na rua ou em casa devem ser articuladas com todos os espaços por onde o cliente anda.

O estudo também indica que vigiar também é um padrão para o diagnóstico de enfermagem de risco. Essa vigilância também está fundamentada na epidemiologia que exige atividades de registros para que se tenham informações indispensáveis sobre quedas, porque é preciso conhecer, detectar ou prever mudanças no corpo e no espaço, como indicadores de riscos, para podermos prevenir e cuidar de nossos clientes.

Os resultados nos mostram uma clínica específica para clientes que tem risco de quedas, este foi o diagnóstico de enfermagem que identificamos no risco cair.

Nos domínios em que são distribuídos os diagnósticos de enfermagem NANDA, p45 não aparece o domínio prevenção, que acrescentamos a partir deste estudo.

Portanto, é mais uma clínica de prevenção de quedas para clientes doentes que se internam e depois voltam para casa. Assim, entendemos que uma clínica para clientes doentes que apresentam sinais e sintomas da doença como possibilidades de risco para quedas como visão turva, dificuldade para enxergar, não ter óculos, tonturas, desmaios, são sinais e sintomas que levam a quedas não só no hospital, mas em casa e nas ruas, se tornando um dos itens principais do planejamento da assistência, diríamos dos cuidados a serem ofertados, dentro do hospital e fora dele no momento da alta, que para nós exige: estabelecer conexões com os postos de saúde da área onde o cliente mora; com a família para preparar o ambiente domiciliar ausente de riscos e preparar o doente para alta, destacando:

a) Adoção de medidas preventivas, por meio de protocolos assistenciais, são consideradas estratégias eficazes em relação a diminuição dos índices de quedas nas instituições de saúde. Assim, entende-se que os protocolos representam um dos principais métodos de modificação do comportamento dos profissionais de saúde, mais amplamente utilizado. Esses auxiliam as decisões da equipe interdisciplinar de saúde e também dos pacientes sobre os cuidados de saúde adequados e que apresentam um potencial de grande impacto na segurança dos pacientes, facilitando a disseminação de práticas que são eficazes na redução de erros. ANVISA (2013).

b) Adoção da prevenção de riscos não só pelo pessoal do hospital mas dos serviços de saúde da família e da própria família e seu domicílio;

c) Criação de protocolos para registro das condições dos clientes e dos possíveis riscos de queda;

7.O PRODUTO

Atualmente um assunto muito discutido tem sido sobre as práticas educativas na saúde e estas são voltadas principalmente para as pessoas e para comunidade. Seu principal objetivo é incentivar a participação dos indivíduos na tomada de decisão sobre sua própria saúde. Essas práticas podem ocorrer individual ou coletivamente por meio de tecnologias que utilizam técnicas e matérias de diversos tipos como palestras e jogos etc. (SILVA et al, 2017)

Podemos entender tecnologia educacional como uma forma sistemática de planejar, implementar e avaliar o processo total da aprendizagem e da instrução em termos de objetivos específicos, baseados nas pesquisas de aprendizagem humana, comunicação e materiais de maneira a tornar a instrução mais efetiva. (MOREIRA et al, 2014)

Essas tecnologias devem incentivar a reflexão dos indivíduos em relação a mudanças nos comportamentos que influenciam direta e indiretamente em sua saúde. (SILVA et al,2017) Assim surgiu a idéia de utilizarmos como produto dessa dissertação, o jogo educativo – Baralho orientador da prevenção de quedas, que pode ser distribuído nas praças, esquinas, ruas, ambientes de assistência a saúde, onde encontram-se adultos e idosos que gostam de jogar.

Podemos também dizer que o jogo pode ser considerado uma tecnologia social pois pode promover a educação, acessibilidade, participação, incentivar o autocuidado e dar empoderamento ao cliente.

Tecnologia social compreende produtos, técnicas ou metodologias que são desenvolvidas para interação com a comunidade. Ela alia o saber popular ao científico entendendo a tecnologia como meio importante para a construção da sociedade democrática por meio de uma ação educativa. (TUCCI et al, 2016; RODRIGUES e BARBIERI,2008)

Quanto a classificação de produção técnica segundo a CAPES, este produto classifica-se no estrato T2 – eixo 1, subtipologia material didático – jogos, manuais e cartilhas, correspondendo a produção de recursos que tenham como objetivo, facilitar o aprendizado e a instrução por meio de produtos tecnológicos tais como: jogos.

O Baralho é conhecido e muito utilizado mundialmente e esta forma um conjunto de cartas que dá a possibilidade de diversos jogos, que podem ser jogados sem grupo ou sozinho como por exemplo: o buraco, a canastra, paciência e muitos outros.

Considerando que grande parte da população, principalmente idosos, gostam de jogar baralho, como observamos diariamente nas praças e comumente nas enfermarias, resolvemos adaptar o baralho tradicional, incluindo em suas cartas, informações sobre cuidados com a saúde, quedas e como preveni-las.

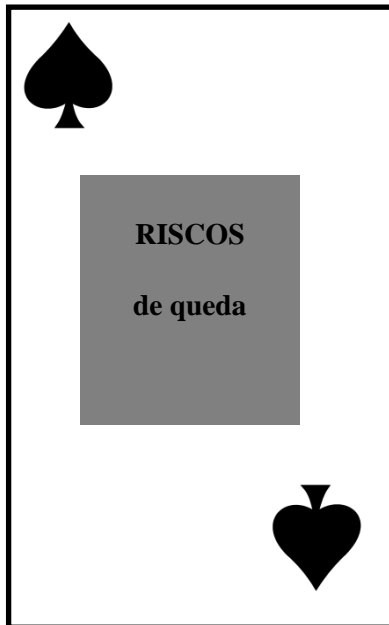
Com esse baralho, enquanto jogam seus jogos de costume, além de lazer, poderão ler orientações sobre quedas, riscos, cuidados com a saúde e os motivos que levam a cair, como apresentamos a seguir:



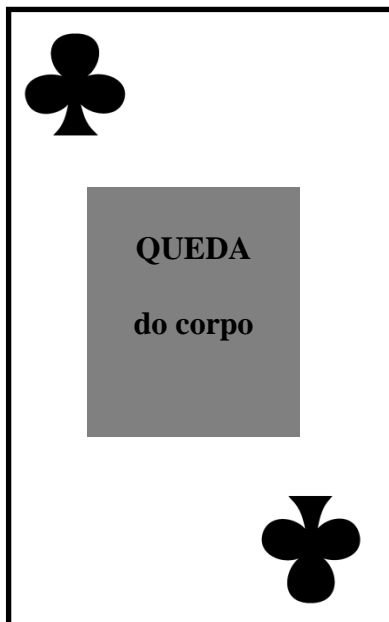
1. Fazer exames a cada 6 meses
2. Cuidar da alimentação
3. Não fazer uso de álcool, fumo ou drogas
4. Realizar atividade física
5. Manter a higiene pessoal
6. Dormir bem
7. Manter roupas limpas e adequadas ao clima
8. Beber bastante água
9. Tomar os medicamentos na hora correta
10. Utilizar sapatos adequados
11. Tire um tempo para lazer
12. Não se auto medique
13. Se necessário, utilize óculos, bengalas, andador etc.



1. Ambiente limpo
2. Ambiente iluminado
3. Degraus de altura e largura corretas
4. Sem obstáculos no caminho
5. Banheiros com barras de apoio
6. Ruas e calçadas sem desníveis
7. Ambiente ventilado
8. Camas de hospital com grades elevadas
9. Camas baixas
10. Pisos antiderrapantes
11. Cadeiras com altura adequada
12. Ruas iluminadas
13. Pisos sempre secos



1. Tapetes ou panos soltos no chão
2. Lugares mal iluminados
3. Necessidade de auxílio para andar
4. Pisos molhados ou escorregadios
5. Tontura
6. Sapatos inadequados
7. Uso de mais de 4 medicamentos
8. Jejum prolongado
9. Diminuição da visão
10. Urgência para ir ao banheiro
11. Cadeiras e camas muito altas
12. Dor intensa
13. Ansiedade ou depressão



1. Subindo ou descendo escadas
2. Tomando banho
3. Lavando cozinha ou outro ambiente
4. Em ambientes escuros
5. Em tapetes
6. Em ruas
7. De camas
8. De cadeiras
9. Por estar com tontura
10. Por não enxergar bem
11. Por estar sentindo-se mal
12. Em calçadas
13. Em unidades de saúde

8.REFERÊNCIAS

- AMADO, D V; SILVA, K L; **Promoção de saúde, práticas no contexto da saúde coletiva.**
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília; 2013. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>>. Acesso em: 16 de setembro de 2015
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUSCH, Amanda Bierhals; WATERKEMPER, Roberta; LINCH, Graciele Fernanda da Costa; et al. **Mortalidade por quedas de leitos hospitalares: estudo retrospectivo.** Revista Baiana enfermagem 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nfermagem/article/view/17023/14515>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2018.
- BRASIL. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem-Brasília:Ministério da saúde,2001.** Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/392602/mod_resource/content/1/Fundamentos%20e%20cuidado%20da%20enfermagem%20na%20sa%C3%BAde%20da%20fam%C3%ADlia.pdf .Acesso em 26 de novembro de 2017
- BAUER, Martin W; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um Manual Prático.** Petrópolis, Rj: Vozes, 2017.
- CASTILHO, Euclides Ayres de; KALIL, Jorge. **Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Uberaba , v. 38, n. 4. Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-682205000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 de setembro de 2015.
- DICCINI, Solange; PINHO, Priscila Gomes de; SILVA, Fabiana Oliveira da. **Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.16, n.4.Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de Julho de 2015.
- FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e metodologia na pesquisa científica.** 3ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; MACHADO, Wiliam César Alves. **Corpo e Saúde: condutas clínicas de cuidar**. Editora Águia Dourada. 1ª edição. 2009

FRANKLIN Thainara Araújo, SANTOS Hemilena Carmo da Silva, SANTOS Junior Julival Andrade, et al. Caracterização do atendimento de um serviço pré-hospitalar a idosos envolvidos em queda. *Rev Fund Care Online*. 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5977/pdf_1 Acesso em: 15 de fevereiro de 2018

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. UAB/UFRGS. Porto Alegre: editora da UFRGS, 2009.

GUATTARI, Felix. **As três ecologias/Les Trois Ecologis**. Editora Papirus. 1990

LORENZINI, Elisiane; SANTI, Juliana Annita Ribeiro; BAO, Ana Cristina Pretto. **Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil**. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v.35, n.2, June 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472014000200121&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 de Setembro de 2015.

LUZIA, Melissa de Freitas; VICTOR, Marco Antonio de Goes; LUCENA, Amália de Fátima. **Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.22, n.2. Apr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200262&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 de Julho de 2015.

MACHADO, Willian Cesar Alves. **O cotidiano na perspectiva da pessoa com deficiência**. Curitiba: ed CRV, 2017.

MANUAL DE ENFERMAGEM. www.ids-saude.org.br/enfermagem-MS

MENDES, Walter et al . **Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro**. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v.59, n.5. Oct. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 de setembro de 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método**. Coleção Criança, Mulher e Saúde. Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria n.º.529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** [Internet]. Diário Oficial da União 1 abr 2013 [acesso em 16 de setembro de 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIO CRUZ; **Protocolo Prevenção de Quedas**. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/OSEGURANCA_DO_PACIENTE/protocolo_prevencao_quedas.pdf

MOREIRA, Amanda Portugal de Andrade et al . Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 4, p. 528-534, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400528&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Feb. 2018.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION – NANDA, 2002 in: TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE-Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ed LAB/ABOR, 2009.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência – a ciência e a redefinição do humano**. Rio de Janeiro, civilização Brasileira, 2010.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de et al . **Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos**. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo, v.44, n.1. Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de setembro de 2015.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. **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. July 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de setembro de 2015.

RODRIGUES, Ivete; BARBIERI, José Carlos; **A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável**. Revista de administração pública. Rio de Janeiro, Nov/Dez 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122008000600003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 de abril de 2018.

SILVA, Ana Karoline Chaves da; OLIVEIRA, Karla Maryane de Menezes; COELHO, Manuela de Mendonça Figueiredo et al; **Construção e validação de jogo educativo para**

adolescentes sobre amamentação. Rev baiana enferm. 2017. Disponível em: <https://portalseer.uUa.br/index.php/enfermagem/article/view/16476/pdf> Acesso em: 19 de fevereiro de 2018.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de; HORTA, Natália de Cássia. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE-Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ed LAB/ABOR, 2009.

TUCCI, Carlos Alberto Franco; ALBUQUERQUE, Gabriel A. Santos de; BRITO, Glaucia da Silva. **Ao norte tecnologias e modalidade a distância na educação superior no estado do Amazonas: em busca de uma tecnologia social para a EaD.** Revista de educação a distância. Porto Alegre. 2016. Disponível em: https://aunirede.org.br/revista_2.4.8-2/index.php/emrede/article/viewFile/102/103. Acesso em: 14 de abril de 2018

URBANETTO, Janete de Souza; CREUTZBERG, Marion; FRANZ, Flávia; OJEDA, Beatriz Sebben; GUSTAVO, Andreia da Silva; BITTENCOURT, Hélio Radke; et al. **Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa.** Ver. Esc. Enferm. USP. 2013.

VIEIRA, Kay Francis Leal; BAÍÁ, Rodrigo Vergetti; LUCENA, Adriana Lira Rufino de; et al. **Prevalência e preocupação com o risco de quedas em idosos comunitários.** Ver enfermagem UFPE on line. Recife. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11915/14404>. Acesso em 15 de fevereiro de 2018.

APÊNDICE

Apêndice 1 - Instrumentos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR MESTRADO PROFISSIONAL		
INSTRUMENTO 1		
PERFIL DEMOGRÁFICO		
Nome (iniciais):		Registro:
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		Idade:
Estado Civil:		Profissão:
DADOS DA HOSPITALIZAÇÃO		
Diagnóstico Médico		Principal:
		Secundário:
Enfermaria: <input type="checkbox"/> C. Médica <input type="checkbox"/> C. Cirúrgica		Data de admissão:
Data de admissão hospitalar:		Data de saída:
Tipo de saída		<input type="checkbox"/> Alta
		<input type="checkbox"/> Transferência Interna
		<input type="checkbox"/> Transferência Externa
		<input type="checkbox"/> Óbito
DADOS SOBRE QUEDAS EM DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS		
1. Registros sobre a presença ou ausência de quedas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		2. Data do Registro:
3. Registro sobre quem atendeu no momento da queda: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
4. Registro sobre quais providências foram tomadas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
5. Local onde foi realizado o registro da queda:		<input type="checkbox"/> Livro de ordens e ocorrências
		<input type="checkbox"/> Evolução em prontuário
		<input type="checkbox"/> Prescrição Médica
		<input type="checkbox"/> Outros. Quais?
6. Profissional que registrou a queda:		<input type="checkbox"/> Enfermeiro
		<input type="checkbox"/> Aux./Téc. de enfermagem
		<input type="checkbox"/> Outros:
DADOS RELACIONADOS À QUEDA		
1. Sofreu alguma queda durante sua internação? Quantas vezes?		

2. E fora do hospital, sofreu alguma queda?		

3. Lugar onde ocorreu a queda, durante a internação.		

4. Quando ocorreu a queda? (Dia e horário)		

5. Motivo da queda? Conte como ocorreu		

6. Estava sozinho(a) ou acompanhado(a)? Por quem?		

7. Consequências da queda		

8. Comunicou à alguém? Quem?		

INSTRUMENTO 2 - Corpo		

FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS		
1. Nível de Consciência	() Lúcido () Orientado () Desorientado () Confuso () Outros :	
2. Distúrbios do equilíbrio	() Tontura	() Marcha Alterada
3. Funcionalidade		
Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária?	() Sim () Não	
Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha?	() Bengala () Andador () Cadeira de rodas	
Fraqueza muscular e articulares?	() Sim () Não	
Paraplegia?	() Sim () Não	
Amputação de membros?	() Sim () Não () Quais?	
Deformidades nos membros inferiores?	() Sim () Não	
4. Comprometimento Sensorial		
Visão	() Perda	() Diminuição
Audição	() Perda	() Diminuição
Tato	() Perda	() Diminuição
5. Síncope	() Sim	() Não
6. Hipotensão Postural	() Sim	() Não
7. Incontinência ou urgência	() Miccional	() Intestinal
8. Patologias		
Osteomioarticulares	() Sim () Não	Quais:
Neurológicas	() Sim () Não	Quais:
Cardiovasculares	() Sim () Não	Quais:
9. Dor intensa?	() Sim () Não	
10. Baixo índice de massa corpórea?	() Sim () Não	
11. Obesidade Severa?	() Sim () Não	
12. Alterações metabólicas?	() Sim () Não	Quais: _____
13. Medicamentos em uso	Quais:	
14. Estado psicológico		
Depressão	() Sim () Não	
Ansiedade	() Sim () Não	
15. Pré-operatório (jejum)	() Sim () Não	
16. Pós-operatório	() Sim () Não	Dias:

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR

MESTRADO PROFISSIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: Cair: um estudo diagnóstico de enfermagem sobre quedas no ambiente hospitalar – em que horas, onde, como e porque cai, sob responsabilidade da pesquisadora mestranda Tatiane Santiago Santos, sob orientação da Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

OBJETIVO DO ESTUDO: Os objetivos deste projeto são: Verificar a frequência com que as quedas ocorrem em clientes internados em enfermarias de clínica médica e cirúrgica; Avaliar a ocorrência de queda desses clientes; Identificar e descrever os fatores de risco associados à ocorrência de queda, que esses clientes estão expostos; Construir um protocolo de prevenção de quedas de clientes internados em enfermarias de clínica médica e cirúrgica.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para avaliar a ocorrência de quedas de pacientes internados neste hospital, afim de propor estratégias que possam diminuir os riscos e o número de casos de queda nesta instituição, colaborando com a segurança dos pacientes. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida pessoal e/ou no seu tratamento.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente meia hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa. Será realizado fotografias do ambiente, preservando sua privacidade e segurança. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que o (a) incomode ou lhe cause constrangimento.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, ou lhe causam algum constrangimento. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o (a) façam sentir-se incomodado (a).

BENEFÍCIOS: Sua participação neste estudo ajudará a melhorar a qualidade da segurança dos clientes internados neste hospital, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Sua identidade será preservada, seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido por nós e como foi dito acima, as fotografias serão apenas do ambiente. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de

quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffree e Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO por meio do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, sendo a mestrande Tatiane Santiago Santos a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Tatiane S. Santos no telefone (21) 97612-0457 ou e-mail tattyanesantiago@yahoo.com.br, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____