

4.04.99 - Enfermagem

QUALIDADE E SEGURANÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE RISCO DE QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Patrícia Trindade Benites¹, Carla Moreira Lorentz Higa², Rosana de Mello Souza Marçola³, Maria de Fátima Meinberg Cheade⁴

1. Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. E-mail: patricia.trindade.benites@gmail.com
2. Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
3. Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
4. Enfermeira, Professora Doutora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico/UFMS. Gerente de Ensino e Pesquisa do HUMAP/EBSERH/UFMS.

Resumo

Introdução: Dentre as estratégias para redução dos incidentes de segurança a prevenção de quedas durante o período de internação constitui uma das metas o Programa Nacional de Segurança de Paciente. **Método:** Relato de experiência ocorreu entre os meses de março a setembro de 2018 incluindo os diferentes setores de internação de um hospital de ensino. **Resultados e Discussão:** Aplicou-se o Protocolo de Londres com propósito de identificar e compreender os fatores contribuintes causadores do evento adverso. O protocolo tem o propósito de garantir uma investigação exaustiva e análise de um incidente, indo além da identificação mais comum de falhas e identificação dos culpados. **Conclusão:** A equipe de saúde e gestores institucionais, devem ter responsabilidade e compreensão do risco de queda dentro da instituição e com isso melhorar a segurança dos pacientes.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Segurança do paciente; Assistência à saúde.

Introdução

A segurança dos pacientes, definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável nas instituições hospitalares, tem propiciado muitas discussões e vigilância na área da saúde, na tentativa de reduzir falhas na assistência, com intuito de melhorar a qualidade nos serviços prestados aos pacientes (BRASIL, 2013a).

Em relação à segurança do paciente, em 2006, foram definidas seis metas internacionais que são: 1) Identificar corretamente o paciente; 2) Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; 3) Melhorar a segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos; 4) Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto; 5) Higienizar as mãos para evitar infecção; 6) Reduzir o risco de quedas e úlcera de pressão (KOHN *et al*, 2000; REMOR, CRUZ, URBANETTO, 2014; LUZIA *et al*, 2018).

Queda é definida como um evento não intencional do corpo para um nível inferior em relação a sua posição inicial, provocada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade do paciente com incapacidade de correção em tempo hábil, o qual pode gerar ou não comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo doenças, dano ou lesão. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão (WHO, 2007; BRASIL, 2013b).

As consequências relacionadas às quedas com dano abrangem o aumento do tempo de internação e dos custos hospitalares, piora da condição clínica, limitações e/ou incapacidades físicas, alterações de ordem emocional, maiores índices de reinternação hospitalar, suspeição e desgosto quanto à qualidade da assistência, podendo afetar a gestão em saúde com implicações éticas e legais (SANTOS *et al*, 2017; TAKO *et al*, 2017; LUZIA *et al*, 2018).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo será relatar a experiência do Núcleo de Segurança do Paciente na tratativa de medidas para dirimir ou eliminar os riscos identificados com foco na prevenção de quedas em um hospital de ensino de Mato Grosso do Sul (MS).

Metodologia

Este relato de experiência ocorreu entre os meses de janeiro a maio de 2018 e atendeu os diferentes setores de internação de um hospital de ensino, abrangeu as ações relacionadas a queda e as estratégias para prevenção e redução destes eventos. O método utilizado pela equipe do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para identificação de eventos adversos que já ocorreram, ou seja, retrospectivo, é a Análise de Causa Raiz (ACR), através do uso do Protocolo de Londres e seguiu o fluxograma adotado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O fluxograma apresenta as seguintes etapas: 1.Decisão para investigar, 2.Seleção de pessoas para investigar, 3.Coleta e organização dos dados, 4.Determinação da cronologia do incidente, 5.Definição dos problemas de prestação de cuidados, 6.Identificação dos fatores contribuintes, 7.Elaboração de recomendações e desenvolvimento de um plano de ação (BRASIL, 2017).

O sistema de notificação intra-hospitalar recebe demandas de diversos setores relacionados à queda de pacientes; identificou-se o aumento decorrente deste tipo de notificações a partir do mês de fevereiro de 2018, diante deste contexto, estes eventos foram monitorados e gerenciados pela equipe do NSP, com levantamento do número de notificações e dos pontos convergentes entre elas; a seguir foram selecionadas as pessoas que realizaram a análise, em seguida procedeu-se um estudo para verificar os principais fatores causais presente na assistência ao paciente relacionado ao risco de queda.

A elaboração do mapeamento do risco assistencial ocorreu nas seguintes etapas: 1.Visita às unidades de internação, 2. Visitação às dependências dos setores para identificação de fatores de risco, 3.Identificação dos processos de trabalho de enfermagem, 4.Causas e consequências associadas à queda.

Após estudo das notificações e detalhamento das falhas, realizou-se um Plano de Ação com o objetivo de desenvolver estratégias para prevenir as quedas e as lesões decorrentes, por meio de diretrizes e protocolos assistenciais.

Para as organizações de saúde tornou-se importante o mapeamento dos problemas e riscos de seus processos de trabalho, visto que este estudo fornece uma visão sistêmica das adversidades e emprego de metodologias que fornecem a identificação das soluções, permitindo o planejamento de técnicas que incluam ações preventivas e corretivas (Rosa, Menezes, 2015).

Para implantação efetiva do Protocolo de Quedas, é essencial que na ocorrência deste incidente, exista a notificação para o NSP, que é a instância responsável pela investigação e elaboração de planos de prevenção de eventos adversos. A subnotificação ainda é uma realidade nesta instituição, contudo, medidas de sensibilização vêm sendo adotadas para dirimir este problema.

Resultados e Discussão

As instituições hospitalares têm demonstrado grande cuidado com a segurança do paciente, esta iniciativa demonstra que não só a efetividade é importante, mas também a qualidade do atendimento na saúde é primordial (LIMA, 2016).

Para que seja possível prevenir a queda, torna-se necessário conhecer os fatores de risco que levam a esse evento, em geral são multifatoriais e complexos podendo originar hospitalização, tratamento de alto custo e até mesmo a morte (BITTENCOURT *et al*, 2017).

Deste modo, foram desenvolvidas ações preventivas nas unidades de internação e reforçado a importância da notificação no sistema, pois este instrumento de trabalho é importante na identificação das causas do evento adverso relacionado ao risco de quedas.

Verificou-se que em algumas unidades de internação que a iluminação não estava adequada, poderiam ser melhoradas com a instalação de novas lâmpadas, as camas eram novas e possuíam sistema eletrônico para levantar e abaixá-las sem esforço, as grades também se encontravam adequadas; alguns banheiros necessitavam de barras de apoio; faltavam cadeiras de banho em muitos setores e as existentes encontravam-se deterioradas; nem todos os pacientes e familiares estavam cientes da necessidade de comunicar a equipe de enfermagem no momento em que necessitarem se ausentar, algumas placas de riscos assistenciais não estavam identificavam o risco de queda para o paciente; macas e cadeiras de rodas estavam em boas condições para o transporte de pacientes quando necessário.

O Plano de Ação realizado pela equipe do NSP continha as seguintes tratativas: rodas de conversa como recurso de educação em saúde para equipe de enfermagem e familiares; comunicado setor responsável para instalação de lâmpadas e barras de apoio nos locais em que havia necessidade; realização de documentos juntamente com a unidade responsável para aquisição de cadeiras de banho;

As *rodas de conversa* são consideradas como uma forma estratégica de promover saúde, pois é um espaço de escuta cuidadosa, capaz de promover o desenvolvimento individual e coletivo. Essa estratégia facilita a discussão e desabafos, resultando em trocas e aprendizados que permitem o desenvolvimento de atividades para promoção de saúde (COSTA, FILHO, MEDEIROS, SILVA, 2015).

Entre as causas que influenciam as quedas podem ser citados os fatores extrínsecos e intrínsecos. Os intrínsecos são aqueles associados às características do indivíduo e às mudanças agregadas à idade, ao sexo e às condições clínicas. Os mais comuns são doença, alteração na marcha, uso de dispositivo, deficiência ocular, auditiva e cognitiva, histórico anterior de quedas e mobilidade prejudicada (MENEGUIN, AYRES, BUENO, 2014; ABREU *et al* 2015; BITTENCOURT *et al*, 2017; CAVEIÃO *et al* 2018).

Normalmente os extrínsecos estão relacionados às condições do ambiente hospitalar e a situações que envolvem a atenção à saúde pelo cuidador e equipe interdisciplinar. Os fatores de risco extrínsecos são: interruptores fora do alcance, escadas, piso escorregadio, tapetes, iluminação deficiente e calçado inadequado (MENEGUIN, AYRES, BUENO, 2014; ABREU *et al* 2015; BITTENCOURT *et al*, 2017; TAKO *et al*, 2017; CAVEIÃO *et al* 2018).

Nos hospitais, a incidência de quedas é um dos indicadores de qualidade assistencial e impactam positivamente no serviço de enfermagem e na gestão da clínica, é imprescindível que os fatores de risco sejam mensurados e identificados para a prevenção de novos eventos (SILVA *et al*, 2016; SAKAI, *et al*, 2016). Os indicadores de qualidade relacionados à queda são coletados pelas equipes de enfermagem das unidades

assistenciais e compartilhados com o NSP para análise, avaliação e modificação quando necessário dos processos assistenciais na busca de melhorias.

O monitoramento e acompanhamento dos eventos através do levantamento de indicadores propiciam a construção de uma série histórica para auxiliar no planejamento e implementação de intervenções preventivas aos pacientes internados (MENEQUIN, AYRES, BUENO, 2014; SILVA *et al*, 2016; LUZIA *et al*, 2018).

Estudos demonstram que a queda com pacientes, ocorre devido a falta de ações preventivas, que poderiam ser estabelecidas pelas instituições de saúde. Educação continuada da equipe de saúde, a classificação de fatores de risco e orientações aos pacientes e seus familiares, podem contribuir significativamente na exposição aos riscos (ALVES, SOUZA, 2018).

Conclusões

Conhecer a realidade dos processos de trabalho e suas fragilidades faz com que a equipe assistencial aprimore sua atuação, visto que, apesar de existirem fatores que potencializam a ocorrência de quedas, sua prevenção está diretamente relacionada com as boas práticas da equipe de enfermagem.

O uso do Protocolo de Londres demonstrou que esta é uma ferramenta facilitadora para análise de eventos adversos, identificando as causas sistêmicas e não apenas falhas humanas, promovendo assim uma cultura mais justa na instituição.

Referências bibliográficas

ABREU, H.C.A.; REINERS, A.A.O.; AZEVEDO, R.C.S.; SILVA, A.M.C.; ABREU, D.R.O.; OLIVEIRA, A.D. Incidência e fatores preditores de quedas. **Rev Saúde Pública**. 2015; 49:37. Disponível em: <http://www.scielo.br/rsp>.

ALVES R.; SOUZA S.J.P. Risco de queda em pacientes idosos hospitalizados: uma revisão Integrativa. Risco de queda em pacientes idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. **Revista Gestão e Saúde**.v.19, n.1, p. 89-103. 2018.

BITTENCOURT V.L.L, GRAUBE S.L, STUMM E.M.F, BATTISTI I.D.E, LORO M.M, WINKELMANN E.R. Factors associated with the risk of falls in hospitalized adult patients. **Esc Enferm USP**. 2017;51:e03237.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Anexo I: protocolo prevencao de quedas [Internet]. Brasilia: Ministerio da Saude, Anvisa, Fiocruz; 2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

CAVEIÃO C.; SALES W.B.; MONTEZELI J.H.; SENA E.N.; LOUREIRO G.M.; AVANCI M.A.T.M. Perfil clínico e consequências decorrentes de quedas em hospital universitário no sul do Brasil. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. vol.12, n.10, 2018.

COSTA R. R. de O.; FILHO J. B.; MEDEIROS S. M.; SILVA M. B. M. As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 43, jan./mar. 2015, p.30-36.

GURGEL S.S.; FERREIRA M.K.M.; SANDOVAL L.J.S.; ARAÚJO P.R.; GALVÃO M.T.G.; LIMA F.E.T. competências do enfermeiro na prevenção de quedas em crianças à luz do consenso de galway. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 26, n. 4. 2017.

KOHN L. T., CORRIGAN J. M.; DONALDSON M.S.; MCKAY T.; PIKE K. C.; To err is human. **Washington: National Academy Press**; 2000.

LIMA, B. B. **Gestão do Risco de Queda em idosos: Tecnologia da Informação e Comunicação para gestão do risco de queda em idosos na perspectiva dos enfermeiros**. Dissertação. Mestrado Profissional de Enfermagem. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2016.

LUZIA M.F.; CASSOLA T.P.; SUZUKI L.M.; DIAS V.L.M.; PINHO L.B.; LUCENA A.F. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. **Rev Esc Enferm USP**. 2018;52:e03308.

MENEGUIN S.; AYRES J. A.; BUENO G.H. Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia. **Rev Enferm UFSM** v. 4 n. 4 p.784-791. Out/Dez; 2014.

REMOR C.P.; CRUZ C.B.; URBANETTO J.S. Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 35 n. 4. Dez. 2014, p. 28-34.

ROSA, C. D. P.; MENEZES, M. A. J. Avaliação da influência da estrutura física das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do município de São Paulo: proposta para o gerenciamento de risco de quedas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 55-70, 2015.

SAKAI A.M.; ROSSANEIS M.Â.; HADDAD M.C.F.L.; VITURI D.W. Risco de queda do leito de pacientes adultos e medidas de prevenção. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, 10(Supl. 6):4720-6, dez. 2016.

SANTOS A.G.P.; NOVI B.R.; RAMOS D.Z.; CRUZ P.K.R.; PAIVA P.A.; SILVA C.S.O.; SOUZA L. P. S.; RUAS R. F.B.; Gerenciamento dos riscos assistenciais realizado por enfermeiros em um pronto-socorro. **Saúde rev.** Piracicaba, v. 17, n. 45, p. 79-88, jan.-abr. 2017.

SILVA C.F.; REINIACK S.; SOUZA B. M.; CUNHA K.C.S. Prevalência dos fatores de risco intrínsecos ao paciente e o desfecho queda na clínica cirúrgica. **Cogitare Enferm.** v.21 n. esp: 01-08. 2016.

TAKO K.V.; ANDRADE L.C.; MARINHO H.M.de L.; NEVES V.S.das; SANTOS A.E.; LOPES M.S.; TRINDADE L.D.A.R.; ALVES J.A.B. Perfil e prevalência de quedas em idosos. **Rev. Enferm. UFPE on line.** Recife, 11(Supl. 11):4687-91, nov. 2017.

WHO. Fifty-fifth World Health Assembly. A55/13. **Quality of care: patient safety.** Geneva: WHO, 2002.