



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSO* EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO E DOUTORADO ACADÊMICO

PATRÍCIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA

**CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS EM
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

NATAL
2017

PATRÍCIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA

**CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS EM
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Tecnológico em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes.

Co-orientadora: Profa. Dra. Erika Simone Galvão Pinto.

NATAL
2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Escola de Saúde da UFRN – ESUFRN

Moreira, Patricia Naiara de Oliveira.
Conduta dos enfermeiros na prevenção de queda em idosos em instituições hospitalares /
Patricia Naiara de Oliveira Moreira. - Natal, 2017.
82f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes.
Dissertação Mestrado em Enfermagem-Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2017.

1. Cuidados de enfermagem - Dissertação. 2. Quedas acidentais - Dissertação. 3.
Envelhecimento - Dissertação. I. Menezes, Rejane Maria Paiva de. II. Título.

RN/UF/BS-Escola de Saúde

CDU 616-053.9-083

PATRÍCIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA

**CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS EM
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes - Orientadora
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profa. Dra. Milva Figueiredo de Martino
Departamento de Enfermagem da UFRN

Profa. Dra. Erika Simone Galvão Pinto
Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof. Dr. João Bosco Filho
Departamento de Enfermagem da UERN

DEDICATÓRIA

Com todo amor e agradecimento dedico este trabalho aos meus pais, por serem meu pilar e os maiores encorajadores do meu caminhar profissional!

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pela vida, por ter me dado saúde e força para superar todos os obstáculos desta caminhada, por sua presença em todos os momentos e pelas oportunidades a mim concedidas.

Aos meus pais, José Geraldo Moreira e Maria Januário, e irmã, Priscila, por todo amor, carinho e apoio durante toda a minha vida, pelo incentivo e estímulo na busca dos meus sonhos. Por serem sempre meu alicerce. Essa conquista também é de vocês.

Ao meu noivo Diego, companheiro sempre presente, e que me auxiliou na coleta de dados, pelo amor e cuidado prestados, além do incentivo em tudo que faço.

Às amigas que o mestrado me proporcionou Anne, Aryelle, Aline e Lays, obrigada pelo companheirismo, apoio e momentos de aprendizados que tivemos juntas. Vocês tornaram essa caminhada mais leve e divertida.

Às alunas de graduação em enfermagem: Aylla Nauana, Rafaella Guilherme e Claudiane Galvão, o meu muito obrigada pelo auxílio na coleta de dados, sem vocês eu não teria conseguido coletar os dados em dois meses!

Aos meus amigos que muito alegram minha vida e oram por mim, obrigada pelo incentivo.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Rejane Maria Paiva de Menezes, por toda sua competência e paciência em me orientar. Agradeço a confiança e incentivo nesta caminhada.

Aos Professores Doutores Milva Maria Figueiredo de Martino, Érica Simone Galvão Pinto e Luciane Paula B. A. de Oliveira, membros da Banca de Qualificação do Projeto de Dissertação, agradeço pelas riquíssimas contribuições ao estudo.

Aos Enfermeiros dos Hospitais Públicos: Federal, Estadual e Municipal, do Distrito Sanitário Leste, por permitirem a realização do estudo. Sem vocês, esse trabalho não seria possível.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN por permitir meu crescimento e Qualificação profissional.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, berço de toda minha formação profissional, todo o meu reconhecimento.

MOREIRA, P.N.O. **Conduta dos enfermeiros na prevenção de queda em idosos em instituição hospitalar**. 2017. 83f. Dissertação (Enfermagem na Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a conduta dos enfermeiros na prevenção de queda em idosos internados em instituições públicas hospitalares, no município de Natal-RN. Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, realizado em Hospitais Públicos do município de Natal, RN, através de uma amostra observacional descritiva com 130 enfermeiros assistenciais dos setores de clínica média e cirúrgica, nos meses de dezembro de 2016 a janeiro de 2017. A coleta de dados teve início, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o nº 1.850.668, seguida da testagem do instrumento. O tratamento dos dados ocorreu em planilha para realização das tabelas descritivas e aplicação de testes estatísticos utilizou-se o software *Statistica* SPSS 20.0, versão livre temporária. Quanto à caracterização dos participantes, os resultados indicaram que a maioria são do sexo feminino (87,6%), com idade entre 31-40 anos (49,2%), casadas (51,5%), admitidas no serviço há 4 anos (46,9%), lotados no setor de clínica médica (76,1%), trabalhando no turno da manhã (49,2%), com apenas um vínculo (57,6) e exercendo cargo assistencial (96,9%). Com relação à ocorrência do evento queda nos idosos internados, a minoria (26,9%) dos enfermeiros afirmam saber da ocorrência de queda em idosos na instituição, enquanto que a maioria (73,0%), afirmam não ter conhecimento do evento na instituição. Entre os principais fatores da instituição, capazes de aumentar a ocorrência de quedas destacaram-se: a ausência de acompanhante (70,77%), leitos sem grades (51,54%), banheiro sem barras de apoio e piso antiderrapante (41,54%), ausência de alarmes (39,23%), piso escorregadio (35,38%) e luminosidade diminuída (33,85%). Conforme análise comparativa, através de teste χ^2 , algumas variáveis como: tipo de instituição (universitária, local de estudo), tempo de graduação, admissão na instituição, somente um vínculo empregatício, além de maior qualificação profissional, apresentaram significância estatística, em relação ao uso ou adesão, do protocolo de segurança para o evento quedas na instituição universitária. Observou-se que as afirmativas dos enfermeiros no uso do diagnóstico de enfermagem para nortear as intervenções de quedas, se comparadas entre a faixa etária e a instituição, obtiveram diferença significativa (0,0014) e, ao tipo de instituição (0,000), pelo Teste de Fisher. Concluiu-se ao final, a importância da utilização dos instrumentos de notificação de quedas em idosos pelas instituições e controle das ocorrências e elaboração de medidas preventivas realmente eficazes. Observa-se a necessidade do estímulo a cultura de segurança que permitirá discutir junto à equipe de enfermagem, estratégias de prevenção que auxiliem a segurança do paciente nas instituições de saúde.

Descritores: Cuidados de enfermagem. Quedas acidentais. Envelhecimento.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze nurses' behavior in the prevention of falls in elderly people hospitalized in public hospitals, in the Eastern Sanitary District, in the city of Natal-RN. This is a descriptive and Exploratory study carried out in Public Hospitals of the Eastern Sanitary District of the city of Natal, through a descriptive observational sample with 130 nursing assistants from the medium and surgical clinic sectors, from December 2016 to January 2017. Data collection Beginning after obtaining letters of agreement from the institutions and approval by the Ethics and Research Committee, under No. 1,850,668, followed by the testing of the instrument. The data processing was performed in Excel spreadsheet, version 2010, for the accomplishment of the descriptive tables and application of statistical tests. Statistica SPSS 20.0, temporary free version software was used. About the results, the majority of the participants were female (87.6%), the majority were young adults between 31-40 years old (49.2%), married (51.5%) and admitted for 4 years (46.9%), who worked in the medical clinic (76.1%), working in the morning shift (49.2%), with only one link (57.6) and having a care position (96.9%). . Regarding the occurrence of the fall in hospitalized elderly, the results showed that (26.9%) of the nurses know of the occurrence of falls in the elderly in the institution, although the majority (73.0%) affirm that they do not know about the event in the institution. Among the main factors of the institution, which were able to increase the occurrence of falls were: absence of companion (70.77%), beds without grids (51.54%), bathroom without grab bars and non-slip floor (41, 54%), absence of alarms (39.23%), slippery floor (35.38%) and reduced luminosity (33.85%). According to a comparative analysis, by means of the X2 test, some variables such as: type of institution (university, place of study), graduation time, admission to the institution, only an employment relationship, besides higher professional qualification, presented statistical significance, Use or adherence of the security protocol for the event falls in the university institution. It was observed that nurses' affirmations in the use of the nursing diagnosis to guide falls interventions, when compared to the age group and the institution, obtained a significant difference (0.0014) and, at the type of institution (0.000), by the Fisher's test. In conclusion, the importance of the use of instruments for reporting adverse events by institutions and control of occurrences and for the preparation of really effective preventive measures was concluded. It is observed the need to stimulate the safety culture that will allow discussing with the nursing team, prevention strategies that ensure patient safety in health institutions

Descriptors: Nursing Care. Accidental falls. Aged.

LISTA DE SIGLAS

BR	Brasil
CIPNSP	Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde
NANDA I	<i>North American Nursing Diagnosis Association I</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSI	Política Nacional da Saúde do Idoso
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos dos profissionais da amostra. Natal-RN, 2017.....	39
Tabela 2 - Ocorrência de quedas informadas pelos enfermeiros das Instituições Hospitalares do Distrito Sanitário Leste de Natal-RN, 2017	41
Tabela 3 - Distribuição da variável tempo entre as ocorrências de quedas de acordo com os enfermeiros das Instituições Hospitalares do Distrito Sanitário Leste. Natal-RN, 2017.	41
Tabela 4 - Variável uso de protocolo de segurança do paciente para prevenção de quedas em idosos hospitalizados, em Instituições Hospitalares do Distrito Sanitário Leste. Natal-RN, 2017.....	42
Tabela 5 - Comparação das variáveis em relação ao uso/adesão de protocolo de segurança para o evento queda em idosos, de acordo com os enfermeiros nas Instituições hospitalares do Distrito Sanitário Leste. Natal, RN, 2017.....	43
Tabela 6 - Caracterização dos fatores ambientais capazes de aumentar a ocorrência de queda em idosos internados nos Hospitais do Distrito Sanitário Leste. Natal-RN, 2017.	44
Tabela 7 - Providência o uso de dispositivos para idosos manterem o andar firme. Natal-RN, 2017.....	45
Tabela 8 - Distribuições das respostas quanto á orientação da movimentação do idoso no leito. Natal-RN, 2017.....	46
Tabela 9 - Frequência do monitoramento da transferência de idosos da cama para cadeira e vice-versa, em Instituições Hospitalares do Distrito Oeste. Natal-RN,2017.	46
Tabela 10 - Frequência se o idoso sempre está com acompanhante quando internado. Natal-RN, 2017.....	47
Tabela 11 - Frequência de certificação pelo enfermeiro, do uso de calçados apropriados, amarrados e antiderrapantes em idosos, de Instituições Hospitalares do Distrito Sanitário Leste. Natal-RN, 2017.....	47

- Tabela 12** - Distribuição de frequência das ações educativas dos enfermeiros qu ao evento quedas, para familiares de idosos internados em Instituições Hospital do Distrito Sanitário Leste. Natal-RN, 2017.....48
- Tabela 13** - Utiliza diagnósticos de enfermagem como norteadores para as suas intervenções antes o evento de quedas.....49
- Tabela 14** - Utilização dos diagnósticos de enfermagem como norteadores para as suas intervenções antes o evento de quedas versus o perfil geral. Natal-RN,2017..49
- Tabela 15** - Fatores que influenciam a ocorrência de quedas em idosos internados. Natal-RN, 2017.....50

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** - População com mais de 60 anos no Brasil no ano 2016 para o ano 205021
- Figura 1** - Distribuição dos Profissionais presentes no atendimento imediato da ocorrência de queda, acordo com os enfermeiros das instituições investigadas do Distrito Sanitário Leste. Natal, RN. 201744
- Figura 2** - Educa os familiares sobre fatores desencadeantes para quedas e a forma de reduzir esses riscos.....48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais condutas utilizadas pelos enfermeiros na prevenção de quedas em idosos nas instituições pesquisadas. Natal-RN 2017.	51
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 GERAL	19
2.2 ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	20
3.2 OCORRÊNCIA DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA	23
3.3 PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE	25
3.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM	29
4 MATERIAIS E MÉTODOS	32
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	32
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
4.3.1 Tipo de Amostra e Seleção dos Sujeitos	33
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	34
4.4.1 Seleção dos Sujeitos	34
4.4.2 Instrumento de coleta de dados	34
4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	35
4.5.1 Tratamento dos dados	35
4.5.2 Processamento e análise estatística	35
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5 RESULTADOS	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	37
5.2 CONDUTAS DOS ENFERMEIROS DIANTE DO EVENTO QUEDAS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.....	41
6 DISCUSSÃO	52
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	64
ANEXOS	75

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano considerado como uma realidade global surge como um ganho das políticas públicas e do desenvolvimento social. Há um crescimento acelerado da população idosa que gera mudanças estruturais e profundas no perfil populacional em nosso país, propiciando o desenvolvimento de estudos sobre a prática de atenção aos cuidados que visam a manutenção da saúde dessa população.

No Brasil, se considera idosa toda pessoa com 60 anos e mais de idade, conforme determina a Lei do Estatuto do Idoso de nº.10.741 de 1º de OUTUBRO de 2003. Idade essa, também usada como delimitador pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2006), para os idosos em países em desenvolvimento. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o número de idosos em nosso país é um dos maiores do mundo – 14,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos.(IBGE, 2010),

Esse envelhecimento em nosso país, é marcado por um aumento exponencial do número de indivíduos idosos em consequência especialmente da queda brusca nas taxas de natalidade e de mortalidade adulta. A projeção populacional para 2020, é a de que existirão 30,8 milhões de idosos, ou seja, 14,2% de todos os brasileiros, em vista disso às perspectivas demográficas indica-o como o sexto país do mundo em taxa de envelhecimento populacional(BRASIL, 2006; VIANA; OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2011).

Com a aceleração desse processo de envelhecimento, também ocorre na população, um aumento de prevalência das doenças crônico-degenerativas e de incapacidade funcional, comumente presente no grupo de pessoas idosas, e em consequência uma maior demanda pelos serviços de atenção à saúde, nos níveis de média e alta complexidade(MALLMANN; HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

Os idosos são as maiores vítimas de maus-tratos e negligência nos cuidados, cujas principais consequências são as quedas, as contenções físicas, as úlceras de decúbito, as infecções hospitalares e as complicações perioperatórias. Nos idosos, a incidência de quedas é de cerca de 32% ao ano, sendo que 24% resultam em injúrias que requerem atendimento médico(VERAS; LOURENÇO, 2010).

Segundo a definição da Sociedade Brasileira de Gerontologia, a queda implica num deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocada por circunstâncias multifatoriais, que comprometem a estabilidade. Já a Organização mundial de Saúde (OMS), define queda como o acontecimento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo, com incapacidade de correção em tempo hábil (OMS, 2006). A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, etc.), incluindo vaso sanitário (BUKSMAN et al., 2015).

Em geral, é considerada como uma “síndrome geriátrica” em consequência da sua enorme incidência em idosos, e associada a coexistência de doenças sistêmicas e também ao uso de diversos medicamentos que predis põem os idosos a riscos de trauma. Além de ser o motivo mais frequente de ida a urgência e ainda, a principal causa de morte acidental entre idosos (ABREU et al., 2012; CASTRO, 2010).

Como indicador epidemiológico, a queda pode representar um sério problema para as pessoas idosas e, em geral, associa-se a elevados índices de morbimortalidade. A queda agrava, ainda mais, a incapacidade física e emocional, levando-o, muitas vezes, o idoso a experimentar longos períodos de internação hospitalar dependência posterior e risco considerável de morte (COSTA, 2010).

As quedas em hospitais são comuns, representam 70% dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar. São apontadas como responsáveis por dois, em cada cinco eventos indesejáveis relacionados à segurança do paciente. A frequência varia em função de características dos pacientes e da instituição, com índices que vão de 1,4 % a 13,0 % quedas para cada 1000 pacientes-dia (CARNEIRO, 2011, CORREA et al., 2012).

Vaccari et al (2016), em seu estudo identifica como fator intrínseco e considerado contribuinte para a queda: o uso de medicação contínua com (88,8%); relacionados a fatores extrínsecos: (100%) possuíam camas adequadas e seguras, (11,1%) não estavam com a cama travada, (11,1%) não possuía luz de cabeceira funcionando, (22,2%) não tinham a campainha perto para solicitar a enfermagem quando precisassem e (100%) tinham ao seu lado móvel deslizante sem travas (mesinha de cabeceira c/ extensor para alimentação).

Como consequência podem ocorrer eventos adversos, como as fraturas, que em geral, contribui para a perda da confiança no caminhar, devido ao temor de

novas quedas, situação essa, denominada de Síndrome pós-quedas, fazendo com que o idoso diminua sua mobilidade e aumente a dependência (BRASIL, 2013a).

Este fato contribui para o aumento da permanência na instituição hospitalar, demandando maior consumo de recursos para a saúde e altos índices para alta com continuidade de cuidados no domicílio. Além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e/ou repercussões de ordem legal (BRASIL, 2013a; SANTOS et al., 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria GM/MS de nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional. A prevenção de quedas se constituiu em uma das seis metas internacionais de segurança estabelecidas pela (OMS) e também representa um dos protocolos de segurança do PNSP (BRASIL, 2013b).

A ocorrência de queda em instituição de saúde é tratada como um indicador de saúde, indicando a qualidade do serviço prestado e fornecendo subsídios aos profissionais de saúde para planejar a assistência. Dessa forma, a redução da ocorrência de queda em pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, é a finalidade proposta pelo protocolo de prevenção de quedas do Ministério da Saúde, no país (BRASIL, 2013b).

Por essa razão, a vigilância para a prevenção da ocorrência da queda deve ser também uma das prioridades no planejamento da assistência de enfermagem, já que, considera-se o enfermeiro, o profissional que mais horas permanece junto ao paciente, na instituição. Sendo de grande importância que em suas ações assistenciais, estejam incluídas ações de promoção e prevenção de quedas em idosos internados, além de um protocolo, que indique as normas relacionadas e condutas essenciais ao atendimento desses profissionais.

A criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), em 2008, foi uma das estratégias adotadas por grupos de enfermeiros para desenvolvimento de articulação e de cooperação entre instituições de saúde e educação, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade (CASSIANI, 2010).

É fato, que em grande parte dos hospitais ainda não é comum o uso de um protocolo de segurança, o que pode influenciar numa notificação adequada dos casos ocorridos, bem como, os danos provocados para esses pacientes, para a instituição e para os profissionais; percebe-se a importância de práticas de promoção e prevenção da queda em idosos em instituição hospitalar.

No âmbito da assistência de enfermagem para idosos hospitalizados, é importante conhecer e investigar essa realidade, por se tratar de uma população que em geral, possui diversas limitações físicas e necessidades específicas. Tal avaliação, quando elaborada a priori implica na elaboração de um plano de cuidados de enfermagem individual e direcionado, cujo propósito, resulta em esforços e ações para a prevenção de fatores de risco para quedas em idosos.

Dentre as ações desenvolvidas por esses profissionais que lhes são próprias, a realização do Processo de Enfermagem, inclui a identificação do diagnóstico de enfermagem, considerado hoje, como importante ferramenta do processo de trabalho do enfermeiro, pois permite conhecer as respostas humanas e contextuais alteradas, contribuindo para o cuidado individualizado (SANTOS et al., 2012).

O risco de quedas é definido pela NANDA-I (2013), vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas para quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde. A partir da identificação pelo enfermeiro dos fatores de risco para queda em idosos hospitalizados, este profissional poderá formular um plano de ação de cuidados de enfermagem para prevenção da queda, e posteriormente avaliar os resultados desses cuidados implementados (ANEXO A).

Ressalta-se que as ações de enfermagem voltadas para promoção e prevenção de quedas em idosos internados, além de contribuir para o usuário idoso, pode auxiliar na construção de um protocolo que guie e respalde sua assistência, as quais estejam incluídas as seguintes ações: nas primeiras 24 horas após a internação, o enfermeiro deve avaliar o risco e identificar o idoso que possui o diagnóstico de risco com pulseiras de identificação; orientar o paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e medidas preventivas a serem adotadas, e a necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização; informar a família sobre a importância da presença de um acompanhante 24h ao lado do paciente.

Em seguida, a constatação inicial desse risco, o enfermeiro deve de imediato, estabelecer um plano de cuidados para o usuário idoso, incluindo todas as

instruções necessárias ao paciente, e/ou sua família, as quais incluem: os medicamentos de uso, sua interação e efeitos colaterais; contactar a equipe multiprofissional, e os profissionais: a fisioterapia para realização de exercícios, e fortalecimento da musculatura; colocar escada para pés ao lado da cama; retirar tapetes que possam ser armadilhas para o idoso, a grade da cama deve estar sempre levantada; observar se possui barra no banheiro entre outras ações de prevenção aos riscos físicos, cognitivos, medicamentosos e fisiológicos (FREITAS et al., 2011).

Para o alcance da qualidade assistencial e, sobretudo, da segurança do paciente internado, faz-se necessário realizar as ações relatadas, conhecer os fatores de risco a que o paciente está exposto, com o intuito de minimizar a ocorrência de quedas e de evitar as complicações decorrentes desse evento é que entende-se ser da maior importância, a realização desse estudo.

Fica evidente o impacto que o envelhecimento da população brasileira produz no setor de saúde, principalmente no sistema hospitalar, por isso a importância de identificar as condutas dos enfermeiros na prevenção de queda em idosos em instituições hospitalares e os principais fatores de risco para ocorrência desse evento no cenário hospitalar, com a finalidade de preveni-la.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar as condutas do enfermeiro na prevenção da queda em idosos internados em instituições públicas hospitalares do Distrito leste do município de Natal-RN.

2.2 ESPECÍFICOS

- Verificar as medidas de prevenção institucionais e as condutas dos enfermeiros, utilizadas para prevenção de quedas em idosos;
- Identificar os fatores de risco associados à ocorrência para quedas em idosos internados nos setores clínicos e cirúrgicos.

3.REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo a seguir, introduz o tema quedas em idosos, seus conceitos, tipos e teorias, assim como, a influência da fase de envelhecimento nesse contexto de ocorrência da queda, além das condutas de prevenção e controle desse evento em idosos hospitalizados, realizadas pelo profissional enfermeiro.

3.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade brasileira. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL,2006).

O envelhecimento contínuo da população mundial e especificamente da população brasileira tem despertado a necessidade de buscar novas práticas de promoção e prevenção da saúde, assim como, priorizar o desenvolvimento de ações multidisciplinares, a fim de manter o cidadão idoso social e economicamente ativo e o mais independente possível.

Globalmente a população com 60 anos ou mais, nos países mais desenvolvidos, tem crescido em média a taxa de 1% ao ano, sendo que nos países menos desenvolvidos, a taxa de crescimento alcança 3,7% ao ano. Há projeções de que o crescimento da população idosa deve subir de 554 milhões em 2013 para 1,6 bilhão em 2050, nos países menos desenvolvidos (ONU, 2013).

Visualiza-se no Gráfico 1, as modificações que no Brasil ocorrem de forma radical e acelerada, dos 23,5 milhões de idosos existentes em 2016. As projeções indicam que o Brasil terá um contingente superior a 35 milhões em 2025, o que

representa um crescimento de 59,09% da população idosa e deve alcançar 65 milhões em 2050 (IBGE, 2010).

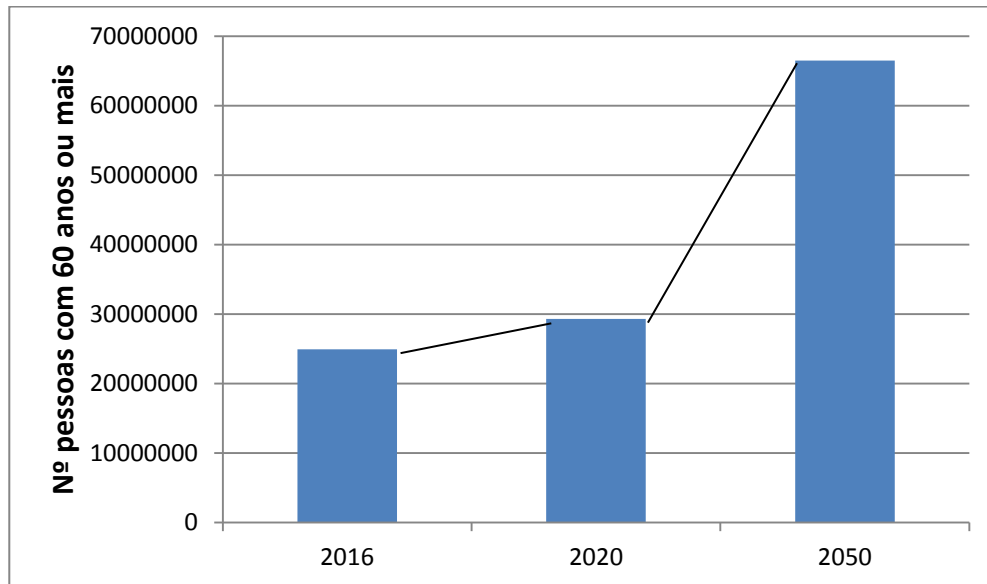


Gráfico 1 - População com mais de 60 anos no Brasil no ano 2016 para o ano 2050
Fonte: Adaptado IBGE (2016).

A OMS incluiu o Brasil entre os dez países do mundo com maior índice de pessoas com 60 anos ou mais em 2025. A população de idosos no Brasil passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996 e estima-se que seja de 14% em 2025. Essa mudança demográfica é resultante do crescente acesso da população aos serviços sociais e de saúde (GARCIA; RODRIGUES; BOREGA, 2012).

O aumento de idosos no Brasil trouxe como consequência a mudança no perfil das necessidades sanitárias, uma vez que as doenças que acometem indivíduos na terceira idade são, na maioria das vezes, crônicas degenerativas, distúrbios mentais, doenças cardiovasculares, câncer e estresse (REZENDE; GAEDGARRILHO; SEBASTIÃO, 2012).

Essas doenças produzem impacto importante em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente na atenção terciária. O qual em 2009 registrou um número de 2.332.747 internações hospitalares de pacientes com idade superior a 60 anos no sistema público de saúde brasileiro, que correspondeu a 21% das admissões hospitalares no período (IBGE, 2009).

No decorrer do processo de envelhecimento, a existência de alguns fatores comuns a essa fase da vida, contribuem para a perda da autonomia e

independência, entre as quais, se destacam as de mobilidade física: osteoporose, instabilidade postural, alteração de marcha, lentidão dos mecanismos de integração central, dificuldades visuais, auditivas e diminuição da força muscular. Fatores esses que favorecem ao aumento da ocorrência de quedas entre idosos (FERREIRA; YOSHTIOE, 2010; COSTA, 2011).

Esses comprometimentos têm implicações importantes para o idoso, sua família, para a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo assim, para a diminuição do bem-estar, sobrecarga da família e das redes de apoio, dos serviços de saúde, bem como da qualidade de vida (FHON et al., 2012).

Vale destacar que as condições de risco que conduzem ao evento queda, podem ser multifatoriais e envolvem condições intrínsecas e extrínsecas. Entende-se por fatores intrínsecos aqueles decorrentes das alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade. Os fatores extrínsecos ou ambientais são causas primárias de queda em aproximadamente metade dos casos, oferecem riscos de quedas, pois criam desafios ao equilíbrio.

Entre os fatores extrínsecos estão inclusos: os ambientes desarrumados ou confusos, iluminação deficiente; tapetes em superfícies lisas; presença de degraus de altura ou largura irregulares; ausência de corrimãos; cama e cadeira com alturas inadequadas; uso de chinelos ou sapatos mal ajustados e com solados escorregadios; entre outros (CAMPOS; VIANNA; CAMPOS, 2013; LOJUDICE et al., 2010).

Tanto os fatores intrínsecos como os extrínsecos propiciam as quedas com graus variados de gravidade, desde escoriações leves até complicações graves, como as fraturas de colo de fêmur e vertebral. Gerando maior susceptibilidade a uma futura queda, risco de mortalidade, medo de cair, limitação das atividades e aumento do risco de institucionalização.

A identificação precoce e correta dos principais fatores de risco para quedas converge à possibilidade de prevenção desse agravo. Ao identificar os riscos de forma eficiente, pode-se evitar complicações resultantes da queda, como necessidade de intervenções de saúde e aumento da dependência física, além de ônus financeiro para o sistema de saúde

3.2 OCORRÊNCIA DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

O envelhecimento aumenta exponencialmente o índice de quedas, devido a mudanças biológicas, tais como diminuição da cognição, déficits sensoriais e problemas de coordenação, além dos agravos crônico-degenerativos, que, na maioria das vezes, implicam tratamento de duração mais longa e recuperação, às vezes, sendo necessária a hospitalização (SCHRAMM et al., 2004; WHO, 2007; AVELAR; PIRES; CORTES, 2012).

As quedas podem ser definidas como eventos não intencionais que resultam na mudança de posição inesperada do indivíduo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil (FERREIRA; YOSHITOE, 2010). Sendo considerado o motivo mais frequente de ida à urgência, e a principal causa de morte acidental entre os mais velhos (VACCARI et al., 2016).

Além disso, representa um dos eventos adversos mais frequentes no ambiente hospitalar (VACCARI et al., 2016; AVELAR et al., 2010). Em consonância, com estudos realizados no Brasil, em Curitiba, Paraná, 7% dos idosos hospitalizados sofreram queda durante a internação (LIRA, 2015), e em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, 7,9% pacientes hospitalizados apresentaram quedas. Já em outra pesquisa, identificou-se que 72% os idosos hospitalizados, apresentaram o diagnóstico de enfermagem de fator de risco para quedas, manifestado pela necessidade de auxílio na deambulação e distúrbio de marcha (REMOR; CRUZ; URBANETTO, 2014).

No ambiente hospitalar, as quedas em adultos podem ser observadas em várias unidades assistenciais, sendo as taxas de incidência e a descrição delas mais conhecidas em unidades de clínica médica, neurologia, neurocirurgia, geriatria e Centro de Terapia Intensiva (CTI) (DICCINI; PINHO; SILVA, 2008; LÓPEZ et al., 2010; COSTA et al., 2011, ABREU et al., 2012; CORREA et al., 2012).

Os primeiros estudos realizados sobre quedas em ambiente hospitalar datam da década de 1970. No entanto, mais de trinta anos desde o primeiro artigo sobre quedas em pacientes hospitalizados, as quedas continuam a ser um problema para a segurança do paciente em todo o mundo e um evento significativamente negativo

para os pacientes que sofrem este evento, pois podem levá-los a óbito devido aos danos causados por seus desfechos (WHO, 2008; DYKES et al., 2011).

Paiva, Paiva e Berti (2010) realizaram estudo em um hospital universitário onde as quedas representaram 10% de todos os eventos adversos notificados, ficando atrás apenas dos eventos de erros de medicação e de falha no seguimento da rotina da instituição.

Resultados ainda relativos ao fator de risco quedas em idosos no ambiente hospitalar, foram associados à força muscular reduzida, o déficit visual, história de quedas, necessidade de auxílio na deambulação, marcha comprometida/cambaleante e superestimar capacidade para deambulação (SANTOS et al., 2012).

Observa-se que em relação às quedas, a diferença entre aquelas ocorridas no hospital e em ambientes domésticos está ligada a alterações espaciais e organizacionais e às condições físicas das pessoas internadas. Esse processo de institucionalização faz com que os idosos enfrentam maiores dificuldades em relação à adaptação, aumentando o risco para quedas no contexto hospitalar (ABREU et al., 2012).

O risco de quedas nos idosos no ambiente hospitalar decorre de alterações intrínsecas e extrínsecas, no qual destaca-se dentre os fatores intrínsecos as alterações sensório-motoras, em que o indivíduo fica mais debilitado advindo de processos patológicos e os fatores extrínsecos associados a dificuldade propiciada pelo ambiente desconhecido (REZENDE; GAED-CARRILHO; SEBASTIÃO, 2012).

Outro risco para quedas também identificado por Santos et al. (2012) foi o uso de medicamentos como agentes ansiolíticos, anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos, diuréticos, hipnóticos, inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (ECA) e tranquilizantes.

A queda é considerada como um evento sentinela o qual trata-se de uma ocorrência inesperada ou variação do processo acarretando em lesão física, psicológica ou óbito, observando uma alta frequência no idoso. Estudos apontam um aumento de 131% nos últimos 30 anos de lesões com fraturas associadas às quedas (TINETTI; KUMAR, 2010; WHO, 2007).

Sendo assim, estratégias de prevenção de queda devem ser abrangentes e multifacetadas. Elas devem priorizar iniciativas de pesquisa e explorar os fatores de risco utilizando estratégias de prevenção eficazes, uma vez que esse evento é uma

preocupação considerável para os pacientes e seus familiares, já que ameaça tanto a saúde imediata e de longo prazo.

Essas são questões que preocupam os enfermeiros em relação ao plano de cuidados do paciente idoso e indicam a necessidade de se desenvolver ações efetivas para a prevenção das quedas. Essas ações poderiam minimizar os custos econômicos, sociais e pessoais, resultantes de um período prolongado de internação hospitalar.

3.3 PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O tema “Segurança do Paciente” tem sido largamente discutido nas agendas de saúde de todo o mundo. A busca pela qualidade em saúde e a excelência na assistência tem sido uma busca constante dos profissionais de saúde e em especial pelas instituições hospitalares, em um momento que a expansão do serviço e a competitividade do mercado prestador são marcadas pelo aumento de exigência dos usuários que passa a entender a qualidade e segurança do serviço como um direito (SOUSA; UVA; SERRANHEIRA, 2010).

A qualidade em saúde está fortemente ligada às questões de segurança elemento crítico e princípio fundamental para o cuidado ao paciente. Essa temática vem sendo discutida dentro das instituições hospitalares e por entidades no mundo inteiro de forma que entidades nacionais e internacionais vêm sendo estimuladas a desenvolver políticas e práticas destinadas a garantir uma assistência mais segura para o paciente.

A aliança mundial para a segurança do paciente é uma dessas iniciativas criada em outubro de 2004 pela OMS e lançada em 2005, seu objetivo é reduzir e controlar os riscos a que o paciente está submetido durante a assistência à sua saúde, reduzindo a um mínimo aceitável o risco de dano ou de eventos adversos desnecessários associados ao cuidado de saúde (WHO, 2009; BRASIL, 2013a).

Entende-se por Segurança do Paciente o conjunto de ações que têm por objetivo reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano ou de eventos adversos desnecessários associados ao cuidado de saúde (WHO, 2009; BRASIL, 2013a). Evento adverso é definido como o incidente não intencional, em que o paciente sofre lesões ou danos resultantes da assistência à saúde capazes de causar disfunções

temporárias ou permanentes e que podem prolongar a sua internação, ou até mesmo, levá-lo à morte (VINCENT; ADAMS; STANHOPE, 1998; BRASIL, 2006; MENDES et al., 2009; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

No Brasil, estudo realizado por Mendes et al. (2009) mostrou que a taxa de eventos adversos em pacientes foi de 7,6% (84 de 1103 pacientes). A proporção global dos evitáveis foi de 66,7% (56 de 84 pacientes).

A partir de 1999, o tema ganhou grande destaque internacional com a publicação do relatório *To err is Human: Building a safer Health System*, pelo *Institute of Medicine* da *National Academy of Science* dos Estados Unidos, sobre erros relacionados à prestação da assistência à saúde. Este relatório destacou a ocorrência de 44.000 a 98.000 mortes de norte-americanos em decorrência de erros que aconteceram no sistema de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALSON, 2000; WACHTER, 2010; ANVISA, 2011).

No Brasil, o final da década de 1990 e os primeiros anos da década de 2000 encontraram um ambiente propício para a incorporação de ações sobre Segurança do paciente na assistência à saúde e, conseqüentemente, no desenvolvimento de pesquisas científicas. Uma dessas ações foi a criação, pelo Ministério da Saúde, em 1999, da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), com a missão de garantir a segurança sanitária dos produtos e serviços relacionados à saúde (CASSIANI, 2010).

No final de 2001, a ANVISA criou um grupo técnico para discutir o uso racional de medicamentos na prevenção e controle da resistência dos microrganismos. Em 2004, foi criada a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS), com o objetivo de formar um grupo de profissionais treinados, analisar os surtos e eventos adversos hospitalares e intervir com ações rápidas em situações de risco sanitário, para reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas pelas infecções hospitalares (ANVISA, 2011).

Neste mesmo período, criou-se a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, cujo principal objetivo era notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médico hospitalares (CASSIANI, 2010; ANVISA, 2011).

Visando minimizar os erros e alcançar a qualidade no atendimento, em 2007, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO) estabeleceu metas de

segurança para pacientes internados em instituições hospitalares para promover a melhoria da assistência prestada, as quais ressaltavam os principais problemas ocorridos nos serviços de saúde e propunham soluções baseadas nas opiniões de especialistas. Foi publicado um manual para orientar como alcançar cada uma das metas propostas. São elas: Melhorar a precisão da identificação do paciente; Melhorar a comunicação entre a equipe de saúde; Melhorar a segurança na administração de medicamentos; Reduzir o risco de infecção associada à assistência; Promover a reconciliação medicamentosa precisa e completa; Reduzir os prejuízos ao paciente causados por quedas; Incentivar a participação ativa do paciente em seu próprio cuidado; Identificar (a instituição) os riscos de segurança inerentes à sua população de pacientes.

Com o objetivo de criar subsídios necessários ao desenvolvimento de um ambiente seguro e ideal para a prática do cuidado e em conformidade com as metas internacionais, o Ministério da Saúde elaborou e divulgou, em abril de 2013, a Portaria 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a qual define os conceitos relevantes na área da Segurança do Paciente e as principais estratégias para a implementação do PNSP (BRASIL, 2013b). O programa tem como objetivos: Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à Segurança do Paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; Envolver os pacientes e familiares nas ações de Segurança do Paciente; Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à Segurança do Paciente; Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre Segurança do Paciente; Fomentar a inclusão do tema “Segurança do Paciente” no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Assim, o Ministério da Saúde cria o PNSP que apresenta, dentre outras prioridades, o protocolo de prevenção de quedas, tendo como finalidade reduzir a ocorrência desse evento e o dano dele decorrente, por meio da implantação/ implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente (BRASIL, 2013a).

A avaliação do risco de queda, a identificação do paciente com risco através de sinalização à beira do leito ou pulseira, o agendamento dos cuidados de higiene pessoal e relacionados às necessidades fisiológicas para os pacientes de risco, a

revisão da medicação, a atenção aos calçados utilizados pelos pacientes, a educação dos pacientes e dos profissionais, a revisão após a ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas, são intervenções identificadas pelo Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) como eficazes na prevenção de quedas (BRASIL, 2013b).

Os serviços de saúde devem se organizar, levando em consideração os principais pontos da segurança do paciente, para garantir um tratamento livre de erros e com a melhor chance possível de alcançar o resultado desejado. Tanto os doentes e seus familiares quanto os profissionais de saúde desejam sentir-se confiantes e seguros no que se refere ao cuidado (KOHN et al., 2000; SOUSA; UVA; SERRANHEIRA, 2010).

Para que um ambiente se torne seguro, são necessárias a elaboração e a implementação de estratégias e ferramentas como protocolos, *guidelines* e *checklists*, entre outros. Estudos têm demonstrado sua importância como apoio à equipe na execução de ações seguras, levando, conseqüentemente, à redução da ocorrência de eventos adversos (BÖHMER et al., 2012).

As políticas de saúde na área do envelhecimento devem levar em consideração os determinantes de saúde, sejam eles sociais, econômicos, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços durante a vida.

Portanto, é importante que o profissional de saúde compreenda e saiba os fatores de risco em que o idoso está exposto para poder intervir e prevenir os acidentes por quedas, especialmente no ambiente hospitalar.

3.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Para melhor atender a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o cuidado ao idoso passou a exigir abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração a interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos. Razões que talvez tenham tornado os enfermeiros mais sensíveis na reflexão/pesquisa da temática queda em idosos.

Pelo quadro que se vem delineando, torna-se imprescindível que os trabalhadores de saúde, especialmente o enfermeiro, se preparem/atualizem para atender aos idosos, uma vez que não basta o conhecimento das suas necessidades básicas, o profissional necessita procurar meios diferenciados de conhecimento, e, principalmente, pesquisar com e sobre as pessoas idosas. Um enfoque necessário e fundamental para o cuidado é o respeito pelos significados do idoso diante do cuidado que ele tem consigo. O trabalhador precisa ter como princípio de que é o orientador para a promoção do cuidado do idoso (SANTOS, 2012).

O cuidar é um processo dinâmico que depende da interação e das ações planejadas a partir da compreensão e do respeito à realidade do paciente, de sua família e de seu meio. Tal concepção da enfermagem gerontogerátrica pressupõe a integralização das multidimensões do viver da pessoa idosa para a promoção do viver mais saudável possível e exaltação da vida enquanto se vivencia o envelhecer, lançando mão de recursos disponíveis e capacidades presentes (GONÇALVES, 2010).

Essa visão mais abrangente das condições de vida e saúde do idoso inserido em seu contexto social e familiar favorece a prática do cuidar. Assim, o cuidado pode partir da reorganização do projeto existencial e a adoção de um existir autêntico do idoso. Um primeiro ponto a ser destacado é a avaliação do paciente de forma global e não fragmentada. Desde o conhecimento das doenças preexistentes até mesmo as limitações funcionais mais recentes são vistas por esta equipe. Outro aspecto importante é a tentativa de detecção precoce de um provável risco de queda entre os idosos (DUARTE, 2015).

Para isso, é necessário que o idoso seja interpelante e interpretante do seu modo de ser, na interação com o mundo, caso contrário, a autonomia será posta na assimilação de conteúdos, anulando, assim, o lugar da autonomia, enquanto

liberdade participativa emancipatória, pois não existe libertação sem o engajamento no todo manifesto em sua historicidade e, na constante reinterpretação do modo de ser no mundo.

Associado a isso, as consequências sociais, biológicas, psicológicas e existenciais geradas a partir de uma situação de dependência do idoso irão se modificar a partir da forma como o mesmo se abre para o mundo, ou seja, como ele recebe o mundo e responde as suas demandas, dentre elas, as incapacidades geradas pela senescência, que pode dificultar a relação com a família e equipe de saúde (SANTOS, 2012).

No âmbito das atribuições da enfermagem a prevenção de danos deve ser elencada como prioridade, pois pode resultar em prejuízos para o paciente, instituição e equipe. Portanto, cabe ao enfermeiro estabelecer relação terapêutica, pautada em ações educativas e propedêuticas, aplicando a sistematização da assistência de enfermagem (MENEGUIN, 2014).

Dentre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros, a realização do Processo de Enfermagem, com a identificação dos diagnósticos, surge como importante ferramenta, pois permite o conhecimento das respostas humanas e contextuais alteradas, contribuindo para o cuidado individualizado.

O “risco de queda” representa um diagnóstico de enfermagem, sendo sua definição “risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”, tornando-se uma situação que demanda intervenções de enfermagem (HERDMAN, 2013). Para Machado et al. (2009), avaliar a susceptibilidade para a ocorrência de queda nos idosos é uma opção viável e adequada por se acreditar que os diagnósticos representam o foco do cuidado de enfermagem.

Os profissionais de saúde necessitam estar capacitados para orientar os idosos a adotar atitudes que previnam as situações de quedas intra-hospitalares. O enfermeiro como membro da equipe de saúde desenvolve, aprimora e socializa cuidados clínicos e estratégias para melhor atendimento aos idosos. Conforme protocolo de prevenção de quedas da Instituição na qual o idoso esta internado ,todos os pacientes devem ser avaliados quanto ao risco de quedas nas primeiras 24 horas de internação.

Entende-se que as ações de vigilância para prevenção de quedas em idosos hospitalizados, tornam-se uma das prioridades da assistência de enfermagem no momento da internação do paciente na instituição de saúde. Sendo por isso,

necessário que os profissionais da enfermagem, e da saúde, em geral, façam uma avaliação e identificação de riscos para quedas, com o intuito de desenvolver ações de prevenção, para posterior avaliação da assistência prestada (SOUZA, 2010).

Uma avaliação no momento da admissão é fundamental, tendo em vista a busca por uma melhor qualidade assistencial e, sobretudo, proporcionar a segurança do paciente no ambiente hospitalar, portanto se incluem informações sobre os fatores de risco aos quais os pacientes se expõem, com o intuito de diminuir a ocorrência de quedas e evitar as complicações decorrentes desse evento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Na admissão deve ser colocado a pulseira de identificação na cor dourada, deve ser orientado o uso de grades elevadas e orientado ao idoso pedir auxílio quando quiser se levantar e deambular.

Algumas intervenções características de pacientes com algum grau de dependência são prescritas para idosos dependentes como, por exemplos: manter grades elevadas e rodas travadas, auxiliar na deambulação; auxiliar paciente nas primeiras deambulações; realizar banho e higiene íntima.

A capacitação constante dos enfermeiros para o aprimoramento das habilidades de raciocínio clínico, pensamento crítico e elaboração do plano de cuidados deve ser rotineira. Reforça-se, oportunamente, a importância da formação do enfermeiro em gerontologia. A avaliação funcional à admissão também deve ser incorporada à avaliação de enfermagem (histórico de enfermagem), sobretudo em cenários onde o idoso não é atendido por uma equipe de gerontólogos. Já foi demonstrado que a avaliação funcional está associada à redução da mortalidade a curto prazo (Ellis, & Langhorne, 2010).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa, segundo Richardson (2000), caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. O estudo descritivo e exploratório propõe-se a investigar, proporcionar maior familiaridade com o problema (explicitá-lo). Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado (GIL, 2008). Neste estudo, pretende-se investigar um grupo de enfermeiros assistenciais de hospitais públicos e, quais as condutas para a prevenção de quedas em idosos internados, por eles realizadas diante desse evento.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em quatro Hospitais Públicos, situados no Distrito Sanitário Leste do município de Natal-RN. A escolha por essa área administrativa de saúde, deveu-se ao fato de esta ser uma área urbana e central do município, que historicamente concentra um aglomerado de instituições prestadoras de serviços hospitalares, além de clínicas e serviços de saúde ambulatoriais, tanto públicos, quanto privados.

Dentre esses serviços de saúde existentes, foram escolhidos quatro Hospitais Públicos: sendo dois deles de grande porte, com mais de 150 leitos cada um: O Hospital Público Universitário (HPU), e o Hospital Público de Referência em Urgência (HPRU) para todo o Estado do Rio Grande do Norte. Os outros dois, de porte médio, sendo um deles o Hospital Público Municipal (HPM), para atendimento geral e, o outro, Hospital Público Estadual (HPE) para atendimento especializado em doenças vasculares.

A escolha dos locais para a realização desse estudo levou em consideração, o fato de serem instituições públicas que atendem uma demanda considerável de

peças referenciadas pela rede municipal e estadual de hospitais, incluindo idosos com necessidades de atendimento de longa duração.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população considerada foi de 160 enfermeiros, referentes aos quatro hospitais e correspondeu a população alvo dos enfermeiros sendo assim distribuída: HPU: total de 78 enfermeiros; HPRU: total de 36 enfermeiros; HPE: total de 24 enfermeiros e o HPM: com 22 enfermeiros, atuantes nos três turnos das enfermarias clínicas e cirúrgicas dos hospitais mencionados.

4.3.1 Tipo de Amostra e Seleção dos Sujeitos

A amostra do tipo descritiva não-probabilística correspondeu a 130 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Os critérios de inclusão, considerou como sujeito desse estudo, todos os enfermeiros com no mínimo 6 meses de trabalho na instituição, e lotados nos setores de enfermarias clínicas e cirúrgicas de pessoas adultas e idosas, nos três turnos: manhã, tarde e noite; sendo excluídos aqueles que estivessem afastados por licença no período da coleta de dados.

No HPU, de um total de 78 enfermeiros que trabalham nas unidades clínicas e cirúrgicas, participaram 66 profissionais, dos 12 restantes, seis estavam de licença de gestantes e seis outros em férias.

Já o HPRU, dos seus 36 enfermeiros referidos, 29 deles participaram, quatro deles, recusaram-se a participar, dois estavam afastados pela perícia médica, e um outro em férias.

Quanto ao HPE, dos 24 enfermeiros do seu quadro, foram entrevistados 16 deles; destes, 3 enfermeiros estavam cedidos à Secretaria de Saúde, devido um de seus pavilhões se encontrar em reparo; 2 outros estavam de férias, mais 2, em vacância, e 1 deles já havia respondido o questionário no HPU. Por sua vez, o HPM, dos 22 enfermeiros lotados em seu quadro, 18 deles participaram, pois 1 profissional recusou-se a participar da pesquisa, outros 2 estavam de férias e um estava de atestado médico.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2016 e Janeiro de 2017 nos três turnos de trabalho, após o recebimento da Carta de Anuência (ANEXOS- B,C,De E) das quatro instituições pesquisadas e de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (APÊNDICE A).

4.4.1 Seleção dos Sujeitos

O convite para os sujeito ocorreu após os mesmos terem atendido aos critérios de inclusão estabelecidos quais sejam: de estar há no mínimo 6 meses na instituição e localizados nos setores de clínica médica e cirúrgica das instituições.

A abordagem foi realizada no próprio setor de trabalho desses participantes, haja vista o contato inicial com os gestores, e o recebimento do Parecer favorável do CEP-UFRN. E após esse contato inicial, ocorria uma apresentação rápida da pesquisadora e da proposta do estudo a ser realizado: os seus objetivos, fins científicos como exigência de conclusão de curso, bem como, a sua importância para o desenvolvimento da assistência do enfermeiro o que se refere à queda em pacientes hospitalizados. Além disso, ressaltou-se o caráter voluntário e confidencial dos resultados, finalizando com o convite à sua participação. Assim, pesquisa foi divulgada por convite virtual e oralmente em reunião dos coordenadores e gerentes de enfermagem.

4.4.2 Instrumento de coleta de dados

Inicialmente, aplicou-se um pré-teste do instrumento com 6 enfermeiros de outras instituições semelhantes não participantes desse estudo.

A coleta dos dados ocorreu por meio de um questionário semi-estruturado, contendo questões sobre variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes e também sobre o problema do estudo em questão. Trata-se de um questionário contendo 11 perguntas fechadas, de múltipla escolha e 3 abertas, para ampliar as informações sobre a questão, com base na Política Nacional de

Segurança do paciente e nas intervenções de enfermagem—HERDMAN(2013) (ANEXO A).

O período de realização foi entre os meses de dezembro de 2016 a janeiro de 2017, semanalmente nos três turnos. A coleta foi realizada pela pesquisadora e duas discentes de graduação em enfermagem, bolsistas de iniciação científica devidamente orientadas e capacitadas para essa finalidade.

Sabe-se que a pesquisa realizada com seres humanos, inclui riscos mínimos aos seus participantes, contudo, a pesquisadora preocupou-se para que toda e qualquer ação não programada, ou que ocasionasse prejuízos aos participantes, fossem evitadas dando todo o apoio nesse processo. Durante a aplicação do questionário, a perda de privacidade foi minimizada com ações que preservassem ao máximo o usuário, sendo também preocupação dos pesquisadores respeitarem o horário mais conveniente para o participante responder ao questionário.

Como benefícios, ao participar de uma pesquisa dessa natureza, há a possibilidade do participante contribuir para a ampliação do conhecimento científico acerca da temática abordada.

4.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Tratamento dos dados

O banco de dados foi construído em formato planilha para realização das tabelas descritivas e aplicação de testes estatísticos utilizou-se o software *Statistica* SPSS 20.0, versão livre temporária.

4.5.2 Processamento e análise estatística

Inicialmente, realizou-se análise descritiva do perfil geral e a conduta dos enfermeiros em idosos diante do evento queda, por meio de distribuições de frequências absolutas (numerais) e relativas (%), apresentadas em tabelas e gráficos.

Em seguida, identificaram-se variáveis a serem cruzadas (duas a duas) a fim de verificar indícios de associação linear e, por consequência, buscar respostas para os objetivos da pesquisa. Assim, utilizaram-se tabelas cruzadas e os testes Qui-

quadrado (χ^2), e o teste exato de Fisher, por possibilitarem os valores esperados inferiores a 5. O teste qui-quadrado, assim como o teste exato de Fisher, foram utilizados para avaliar a associação linear entre duas variáveis qualitativas e testarem as seguintes hipóteses:

-Hipótese Nula (H_0): As variáveis não estão relacionadas (as variáveis são independentes).

-Hipótese Alternativa (H_1): As variáveis estão relacionadas (as variáveis são dependentes).

Para todos os testes estatísticos realizados o nível de significância foi 5%, ou seja, há evidências para a rejeição da hipótese H_0 caso valor - $p < 0,05$.

O Teste Qui-Quadrado (χ^2), permite avaliar se as variáveis estão relacionadas com determinado nível de significância.

-Hipóteses a serem testadas:

-Hipótese Nula (H_0): As variáveis não estão relacionadas (as variáveis são independentes).

-Hipótese Alternativa (H_1): As variáveis estão relacionadas (as variáveis são dependentes).

- A hipótese de nulidade pode ser testada por:

$$\chi_{\text{cal}}^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \approx \chi_{(k-1)}^2$$

Onde $O_i = n^\circ$ de casos observados classificados na categoria i ;

$E_i = n^\circ$ de casos esperados classificados na categoria i , sob H_0 .

Assim, Rejeitamos H_0 , se $\chi^2_{\text{cal}} \geq \chi^2(k - 1, \alpha)$, ou se a probabilidade associada à ocorrência, sob H_0 , do valor obtido do χ^2_{cal} com $(k - 1)$ g.l. não superar o valor de alfa, ou seja, $P[\chi^2_{k-1} \geq \chi^2_{\text{cal}}]$ for significativo (menor que alfa).

g.l: Graus de Liberdade;

α : Nível de significância.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em obediência a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos, a presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o Parecer de nº. 1850.668 e com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, sob o CAAE de nº. 62021316.8.0000.5537 (APÊNDICE - A).

5. RESULTADOS

Esse item é referente à discussão e análise dos resultados, e para efeito de organização da leitura, segue a sequência estabelecida pelo questionário utilizado. Inicialmente, com a caracterização dos participantes, tanto no que se refere às variáveis sociodemográficas, quanto às variáveis profissionais.

Em seguida, apresenta-se os resultados relacionados as condutas utilizadas pelos profissionais no contexto hospitalar para prevenção do evento quedas, além das ações de enfermagem utilizadas como de rotina no atendimento em idosos com ocorrência de quedas na instituição.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população alvo desse estudo foi composta por 130 enfermeiros que atuam em unidades de clínica médica e cirúrgica, nos hospitais do Distrito leste da cidade de Natal-RN.

Conforme os resultados apresentados na Tabela 1, sobre a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros participantes desse estudo, com relação ao sexo identifica-se a prevalência do sexo feminino, num total de 114 (87,69%) mulheres, e apenas 16 (12,31%) homens. Esse resultado reforça ser a enfermagem uma profissão predominantemente feminina.

Quanto à faixa etária, obteve-se a seguinte distribuição: até 30 anos (32,31%), 31 a 40 anos (49,23%), 41 a 50 anos (10,77%) e acima de 50 anos (7,69%). Em relação à faixa etária, o predomínio foi de 31 a 40 anos (49,23%), o que pode ser relacionado a uma característica dessas instituições, que apresentam em seu quadro, um predomínio de funcionários mais jovens e recém inseridos no serviço público (Tabela 1).

Quanto ao estado civil, 51,54% são casados, 46,15% solteiros, 1,54% divorciados e, 0,77% viúvos. Esses resultados demonstram que os profissionais além da responsabilidade profissional, possuem responsabilidade com a família (Tabela 1).

Com relação ao número de enfermeiros por instituição identificou-se que 66 enfermeiros (50,57%) entrevistados são do Hospital Público Federal Universitário, Referência em alta complexidade, (HPFUR), outros 30 (23,08%) do Hospital Público Estadual de Referência (Especializado em Urgência e Emergência (HPERU), seguido de 18(13,85%) deles, lotados no Hospital Público Municipal, (HPM), recém inaugurado e do tipo geral, além do Hospital Público Estadual, (HPE), especializado em cirurgias vasculares com 16 (12,50 %) (Tabela 1).

A respeito do tempo de serviço na instituição, verificou-se que: até 1 ano (33,85%), acima de 1 e até 4 anos (46,92%) e acima de 4 anos (19,23%)o que indica a prevalência de enfermeiros recém-admitidos na instituição. No que se refere ao tempo no setor, os resultados mostraram em até 1 ano (36,92%), acima de 1 e até 4 anos (46,92%) e acima de 4 anos (16,15%). O que indica ser uma população de profissionais adulta e jovem (Tabela 1).

Enquanto que, em relação ao tempo de graduação, (50%) apontaram para a faixa de 5 anos até 10 anos, seguido dos acima de 10 anos (27,69%), e até 5 anos (22,31%) (Tabela 1).

Por sua vez, a variável realização de cursos de pós-graduação, a grande maioria (90,77%) dos profissionais possui uma pós-graduação. Em nível de especialização, identificou-se que 104(92,86%) possuem um curso dessa natureza; seguido por outros 17(15,18%) que realizaram o curso de mestrado, outros 14(12,50%) que fizeram algum curso de aperfeiçoamento e somente 3(2,68%) que possuem o Curso de doutorado (Tabela 1).

Em se tratando do setor de atuação dos enfermeiros entrevistados, viu-se que 99 (76,15%) deles têm inserção no setor de clínica médica, outros 52(33,33%) são do setor de clínica cirúrgica, seguido por um número menor de 7(5,38%) no setor de politrauma e de 6 (4,62%), no setor de oncologia; além dos setores de gerência. Pronto-socorro e hematologia, cada um deles com 4(3,08%) enfermeiros; e uma frequência menor ainda de 3(2,31%) nos setores de: cardiologia e neurologia, e de 2(1,54), nos setores de psiquiatria, transplante renal, UTI e nefrologia; e por fim,

1(0,77%) enfermeiro para os setores de:queimados,ortopedia, dermatologia e na coordenação de enfermagem (Tabela 1).

Quanto ao turno de trabalho na instituição grande parte dos enfermeiros, (49,23%) são do turno da manhã, enquanto que os outros compõem os turnos da tarde e noite, e ambos apresentaram o mesmo percentual de (47,69%). Trata-se ser uma realidade que existe na maioria dos hospitais, pois reconhece-se ser um horário de maior fluxo de atividades (Tabela 1).

No que se refere à necessidade de turno de trabalho dobrado ou dobrar o turno de trabalho, de acordo com os enfermeiros entrevistados nesse estudo, para 103(79,23), em geral, não há necessidade para se dobrar o turno de trabalho. Enquanto que, outros 27(20,77%) afirmam vivenciarem essa necessidade. Entre os motivos para dobrar o turno de trabalho, observam-se: o absenteísmo dos enfermeiros em 22(71,40%), seguido da necessidade de troca ou remanejamento momentâneos do setor, informado por 8(25,00%) dos enfermeiros, e apenas 1(3,60%) que referiu pelo afastamento do colega de atestado médico (Tabela 1).

Sobre o vínculo empregatício dos enfermeiros desse estudo, 75(57,69%) dos enfermeiros afirmaram possuir apenas um vínculo; e outros 55(42,31%) afirmaram possuírem 2 vínculos(Tabela 1), fator que pode contribuir para um número mínimo de absenteísmo no serviço.

Outra caracteriza os enfermeiros entrevistados, é que 126(96,92%) exercem cargo de enfermeiro assistencial nas instituições e, apenas 4(4,62%) exercem cargo de enfermeiro supervisor de enfermagem (Tabela 1), demonstrando uma tendência inversa ao que existia pouco tempo atrás.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos dos profissionais da amostra. Natal-RN, 2017.

Parte 1 de 2

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	114	87,69
	Masculino	16	12,31
Faixa etária	Até 30 anos	42	32,31
	31 - 40 anos	64	49,23
	41 - 50 anos	14	10,77
	Acima de 50 anos	10	7,69
Estado civil	Casado	67	51,54
	Solteiro	60	46,15
	Divorciada	2	1,54
	Viúva	1	0,77
Hospital de	Hospital Público Federal Universitário (HPFU)	66	50,77

Variáveis		N	%
atuação	Hospital Público Especializado referência	30	23,08
	Hospital Público Geral Municipal(HPGM)	18	13,85
	Hospital Público Estadual Especializado(HPEE)	16	12,31
Tempo de serviço na instituição	Até 1 ano	44	33,85
	Acima de 1 e até 4 anos	61	46,92
	Acima de 4 anos	25	19,23
Tempo de graduação	Até 5 anos	29	22,31
	Acima de 5 e até 10 anos	65	50,00
	Acima de 10 anos	36	27,69
Possui pós graduação	Sim	118	90,77
	Não	12	9,23
Tipo de pós graduação	Especialização	104	92,86
	Mestrado	17	15,18
	Aperfeiçoamento	14	12,50
	Residência	9	8,04
	Doutorado	3	2,68
Dobra turno	Não	103	79,23
	Sim	27	20,77
Motivo de turno dobrado	Falta de enfermeiros	22	71,40
	Trocas ou remanejamento	8	25,60
	Atestados médicos	1	3,00
Setor de atuação	Clínica médica	99	76,15
	Clínica cirúrgica	52	40,00
	Politrauma	7	5,38
	Oncologia	6	4,62
	Gerência	4	3,08
	Pronto socorro	4	3,08
	Hematologia	4	3,08
	Cardiologia	3	2,31
	Neurologia	3	2,31
	Psiquiatria	2	1,54
	Transplante renal	2	1,54
	UTI	2	1,54
	Nefrologia	2	1,54
	Queimados	1	0,77
	Ortopedia	1	0,77
Dermatologia	1	0,77	
Coordenação	1	0,77	
Turno que trabalha	Diurno	68	52,31
	Noturno	62	47,69
Número de vínculo	1 vínculo	75	57,69
	2 vínculos	55	42,31
Tipo de vínculo	Público	130	100,00
	Privado	12	9,23
Tipo de cargo que ocupa	Assistencial	126	96,92
	Supervisão	6	4,62

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017).

5.2 CONDUTAS DOS ENFERMEIROS DIANTE DO EVENTO QUEDA NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Conforme os resultados apresentados na Tabela-2, sobre a ocorrência de quedas em idosos, nas instituições hospitalares segundo 35(26,92%) dos enfermeiros, ocorreram quedas em idosos na instituição, acompanhados de outros 95(73,08) que afirmaram não saber sobre a ocorrência de quedas em idosos em seu local de trabalho (Tabela 2). O que demonstra ser um percentual preocupante se considerarmos que, o restante dos entrevistados informaram não saber informar.

Tabela 2–Distribuição da ocorrência de quedas informadas pelos enfermeiros das Instituições Hospitalares do Distrito Sanitário Leste de Natal-RN, 2017

Informação da ocorrência de quedas	N	%
Não sabe informar	95	73,08
Sim	35	26,92
Total	130	100,00

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017).

De acordo com a tabela 3, observou-se que as informações sobre a ocorrência de quedas dadas pelos enfermeiros, por semana ou mês, indicaram que para 14 (40,00%) dos entrevistados, acontece em média 1 vez ao mês; enquanto que, 20 (2,86%) deles afirmaram que não sabe informar a respeito.

Sobre o relato ou forma do evento queda em idosos, ser divulgado na instituição, 28(80,00%) dos enfermeiros informaram ter um registro para ocorrência do fato, sendo essas principais fontes: em prontuário 18 (64,29%); registro eletrônico 17 (60,71%); Vigihosp (serviço de vigilância hospitalar) 9(32,14%) e livro de ocorrência 6 (21,43%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da variável tempo entre as ocorrências de quedas de acordo com os enfermeiros das Instituições Hospitalares do Distrito Sanitário Leste.Natal-RN, 2017.

Variável Ocorrência de queda	Tempo	n	%
------------------------------	-------	---	---

Frequência de ocorrência de queda em idosos no setor do trabalho	1 vez por mês	14	10,76
	2 vezes por mês	1	0,78
	Não sabe informar	20	15,38
	Não Responderam	95	73,07
Há Informação sobre o registro de queda em idosos	Sim	86	66,15
	Não	30	23,07
	Não responderam	14	10,78
Tipo de registros	Prontuário	18	13,84
	Registro eletrônico	17	13,07
	Vigihosp	9	6,92
	Livro de ocorrência	6	4,61
	Não responderam	80	61,56
Total		130	100,0

Fonte: Dados pelo estudo(2017).

Com relação à variável uso de protocolo de segurança do paciente, na prevenção de quedas em idosos nas instituições investigadas, de acordo com os enfermeiros entrevistados observou-se que no HPU, instituição hospitalar com maior número de enfermeiros, 67(51,54%), a maioria dos entrevistados afirmaram ter na instituição protocolo de segurança do paciente para o evento queda em idosos hospitalizados (Tabela 4). Enquanto que, no restante dos enfermeiros das outras instituições, 63(48,46%) disseram não existir ainda, nenhum protocolo de segurança ou norma estabelecida para a prevenção do evento queda em idosos na instituição.

Tabela 4 - Variável uso de protocolo de segurança do paciente para prevenção de quedas em idosos hospitalizados, em Instituições Hospitalares do Distrito Sanitário Leste. Natal-RN, 2017.

Resposta	Frequência absoluta	%
Não	63	48,46
Sim	67	51,54
Total	130	100,00

Fonte: Dados obtidos pelo trabalho (2016).

A Tabela 5 quanto à variável adesão ao uso do protocolo de segurança do paciente pelas instituições estudadas, observou-se que segundo enfermeiros da instituição HPU, conforme 86,36% utilizam protocolo de segurança, enquanto que os enfermeiros da Instituição HPM, 94,44% informaram ainda não fazerem uso até o momento, de protocolo de segurança voltado ao evento quedas em idosos.

Tabela 5 - Comparação de variáveis em relação ao uso/adesão de protocolo de segurança para o evento queda em idosos, de acordo com os enfermeiros nas Instituições hospitalares do Distrito Sanitário Leste. Natal, RN, 2017.

Variáveis		Sim	Não	Total	Valor - p
Sexo	Feminino	50,00%	50,00%	100,00%	0,342 ⁽¹⁾
	Masculino	62,50%	37,50%	100,00%	
Faixa etária	Até 30 anos	50,00%	50,00%	100,00%	0,181 ⁽¹⁾
	31 - 40 anos	59,38%	40,63%	100,00%	
	41 - 50 anos	35,71%	64,29%	100,00%	
	Acima de 50 anos	30,00%	70,00%	100,00%	
Hospital	HPU	86,36%	13,64%	100,00%	0,000 ⁽¹⁾
	HPRU	26,67%	73,33%	100,00%	
	HPM	5,56%	94,44%	100,00%	
	HPE	6,25%	93,75%	100,00%	
Estado civil	Casado	49,25%	50,75%	100,00%	0,591 ⁽¹⁾
	Solteiro	53,97%	46,03%	100,00%	
Tempo de instituição	Até 1 ano	63,64%	36,36%	100,00%	0,041 ⁽¹⁾
	Acima de 1 e até 4 anos	50,82%	49,18%	100,00%	
	Acima de 4 anos	32,00%	68,00%	100,00%	
Tempo no setor	Até 1 ano	62,50%	37,50%	100,00%	0,073 ⁽¹⁾
	Acima de 1 e até 4 anos	49,18%	50,82%	100,00%	
	Acima de 4 anos	33,33%	66,67%	100,00%	
Tempo de graduação	Até 5 anos	72,41%	27,59%	100,00%	0,038 ⁽¹⁾
	Acima de 5 e até 10 anos	46,15%	53,85%	100,00%	
	Acima de 10 anos	44,44%	55,56%	100,00%	
Pós graduação	Não	25,00%	75,00%	100,00%	0,054 ⁽¹⁾
	Sim	54,24%	45,76%	100,00%	
Dobrar turno	Não	58,25%	41,75%	100,00%	0,003 ⁽¹⁾
	Sim	25,93%	74,07%	100,00%	
Quantidade de vínculos	1 vínculos	58,67%	41,33%	100,00%	0,058 ⁽¹⁾
	2 vínculos	41,82%	58,18%	100,00%	

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017).

Conforme análise comparativa na Tabela 5, os dados apresentados demonstram o uso e/ou adesão de protocolo de segurança das Instituições Hospitalares investigadas, com os resultados estatisticamente significativos para as variáveis local de estudo, tempo na instituição e tempo de graduação, vínculo (0,0058) empregatício e qualificação profissional, além de dobrar o turno de trabalho.

Através do teste (χ^2) ou exato de Fisher, para um nível de significância de até 5%, observa-se evidências estatísticas de diferença, entre a afirmação das instituições que trabalham possuem protocolo de segurança para prevenção de quedas em idosos, em relação ao tipo de hospital, tempo de serviço na instituição, tempo de formado e necessidade de dobrar o turno de trabalho.

Percebeu-se que os profissionais que trabalham no Hospital Público de Referência em Urgência (HPRU), com tempo de serviço na instituição de menor de

1, e até 4 anos, com o tempo de graduação em até 5 anos e, os que não dobram o turno de trabalho, apresentaram maior percentual com relação a instituição possuir protocolo de segurança para prevenção de quedas em idosos hospitalizados.

A seguir, a Figura 1, apresenta a distribuição dos profissionais que fazem o primeiro atendimento do evento queda em idosos, segundo os enfermeiros entrevistados nas instituições hospitalares desse estudo.

Os resultados demonstraram que, o técnico de enfermagem 127 (97,69%) e o enfermeiro 98(90,00%), são os primeiros profissionais presentes no atendimento imediato quando ocorre queda em idoso internado. Acredita-se, ser devido ao fato desses profissionais estarem mais próximos e em maior tempo junto ao paciente (Figura 1).

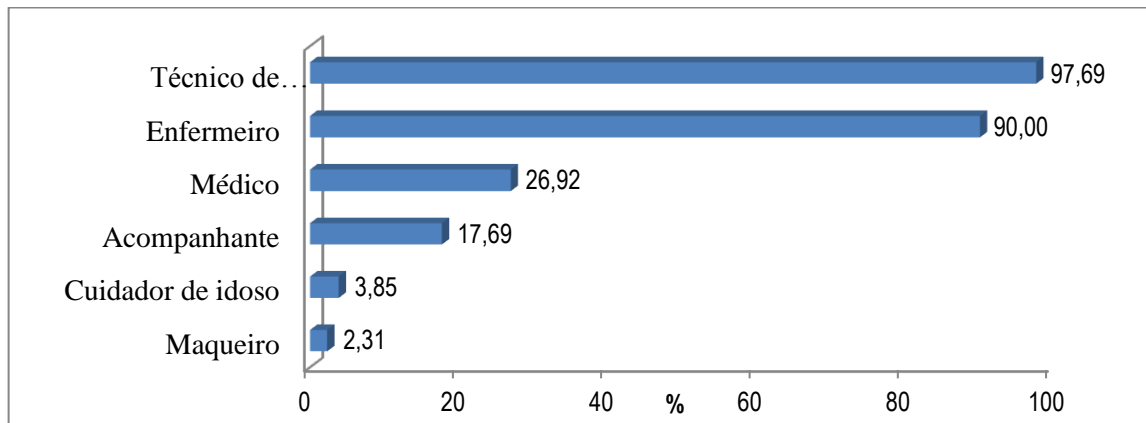


Figura 1 - Distribuição dos Profissionais presentes no atendimento imediato da ocorrência de queda, de acordo com os enfermeiros das instituições investigadas do Distrito Sanitário Leste. Natal, RN. 2017

As principais características ambientais, citadas pelos enfermeiros entrevistados como capazes de aumentar a ocorrência de quedas no ambiente hospitalar foram: Idoso sem acompanhante (70,77%), camas sem grades (51,54%), banheiro e sanitário sem barras de apoio e piso antiderrapante (41,54%), ausência alarmes para uso à noite (39,23%), piso escorregadio (35,38%) e Luminosidade diária e noturna diminuída (33,85%) (Tabela 06).

Tabela 6 - Fator ambiental capaz de aumentar a ocorrência de queda em idosos em Hospitais do Distrito Sanitário Leste. Natal-RN, 2017.

Fatores Ambientais	n	%
Idoso sem acompanhante	92	70,77
Leitos sem grades	67	51,54
Banheiro e sanitário sem barras de apoio e piso antiderrapante	54	41,54
Ausência de alarmes para uso à noite	51	39,23
Piso escorregadio	46	35,38
Luminosidade diária e noturna diminuídas	44	33,85
Escadas sem apoio de proteção	14	10,77
Cuidadores informais	3	2,31
Leitos com rodas sem trava	2	1,54
Confiança na sua capacidade física	2	1,54
Janela	1	0,77
Número elevado de pacientes	1	0,77
Tapete	1	0,77
Teimosia em se levantar sozinho	1	0,77

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017).

De acordo com os dados apresentados na Tabela-7, as principais providências de uso de dispositivos para idosos manterem o andar firme são os calçados apropriados (44,62%); seguido pelo uso do andador (16,92%), bengala (11,54%), cadeira de rodas (7,69%), cadeira de banho (4,62%), acompanhante na locomoção (3,85%), entre outros fatores (Tabela 7).

O uso de calçados antiderrapantes é uma prática estimulada no ambiente hospitalar. Em quatro hospitais de Nova York e um da Alemanha fazem parte do kit de prevenção de quedas o uso de pulseira amarela e chinelo antiderrapante amarelo ou vermelho como identificador do paciente para risco de quedas (IHI, 2012).

Os hospitais pesquisados nesse estudo, não possuem os dispositivos supracitados, e segundo relataram 16(12,31%) dos pesquisados, tais dispositivos (calçados apropriados/ Andador/ Bengala) quem traz para o hospital são os próprios pacientes.

Tabela 7 - Providência do uso de dispositivos para idosos manterem o andar firme, conforme os Hospitais Públicos do Distrito Leste de Natal-RN, 2017.

Resposta	n	%
Calçados apropriados	58	44,62
Andador	22	16,92
Bengala	15	11,54
Cadeira de roda	10	7,69
Cadeira de banho	6	4,62

Acompanhante na locomoção	5	3,85
Ajuda do maqueiro	2	1,54
Apoio da equipe	1	0,77
Manter cuidado	1	0,77
Hospital não providencia	16	12,31

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017).

De acordo com a Tabela 8, quanto à movimentação do idoso no leito, todos os enfermeiros informaram que orientam o paciente a solicitar ajuda sempre que precisar movimentar-se no leito ou fora dele, conforme o mais apropriado. Identificou-se que em relação à frequência dessa orientação, 48(36,92) dos entrevistados, quase sempre orientam o idoso e o seu acompanhante; outros 34(26,15%), referem que às vezes realizam essa orientação, e ainda, que 31(23,85)%

Entende-se que a dinâmica hospitalar na maioria das vezes, não oferece tempo disponível a realização de todas as atividades necessárias, entre estas, parece estar as de orientação e educação para a segurança do paciente.

Tabela 8 – Distribuição da variável orientação quanto á movimentação do idoso no leito. Natal-RN, 2017.

Resposta	n	%
Raramente	2	1,54
Às vezes	34	26,15
Quase sempre	48	36,92
Sempre	31	23,85
NS/NR	15	11,54
Total	130	100,00

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017).

Quanto a Distribuição da frequência da variável acompanhamento e monitoração da capacidade do idoso transferir-se da cama para cadeira e vice-versa, dos entrevistados às vezes 63(53, 85%) foi representado mais de 50% (Tabela 9). Entende-se ser um monitoramento extremamente necessário, haja vista as condições de instabilidade postural de grande parte dos idosos.

Tabela 9 - Frequência do monitoramento da transferência de idosos da cama para cadeira e vice-versa, em Instituições Hospitalares do Distrito Oeste. Natal-RN,2017.

Resposta	n	%
----------	---	---

Raramente	12	10,26
Às vezes	63	53,85
Quase sempre	25	21,37
Sempre	4	3,42
NS/NR	13	11,10
Total	117	100,00

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017).

Com relação a presença do acompanhante para idosos internados, segundo os enfermeiros, a maioria 47(79,23%) afirmou quase sempre, seguido por 35(33,98%) que mencionaram às vezes, quase sempre 47(45,63%), sempre 4(3,88%) e 17(16,50%) não souberam responder (Tabela 10). Entende-se como um benefício adquirido e de importância para a população idosa, a ajuda dada pelo familiar por poder permanecer junto.

Tabela 10 - Frequência da variável acompanhante do idoso internado em Instituição Pública Hospitalar do Distrito Leste de Natal-RN, 2017

Resposta	N	%
Às vezes	35	33,98
Quase sempre	47	45,63
Sempre	4	3,88
NS/NR	17	16,51
Total	403	100,00

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017)

Na Tabela 11, de acordo com os enfermeiros sobre a fiscalização do uso de calçados apropriados, amarrados e com solas que não derrapam, 44(59,46%) deles asseguram que às vezes, conferem tais circunstâncias, enquanto que apenas 12(16,22%) quase sempre conferem todos esses dispositivos de segurança junto ao idoso internado. Parece que o fato de se ter uma demanda envelhecida de pacientes nas instituições hospitalares, despertou para alguns dos enfermeiros, um cuidado mais voltado para a prevenção do evento queda em idosos.

Tabela 11 - Frequência de certificação pelo enfermeiro, do uso de calçados em idosos, de Instituições Públicas Hospitalares do Distrito Sanitário Leste. Natal-RN, 2017.

Resposta	n	%
----------	---	---

Raramente	15	20,27
Às vezes	44	59,46
Quase sempre	12	16,22
NS/NR	3	4,05
Total	74	100,00

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017).

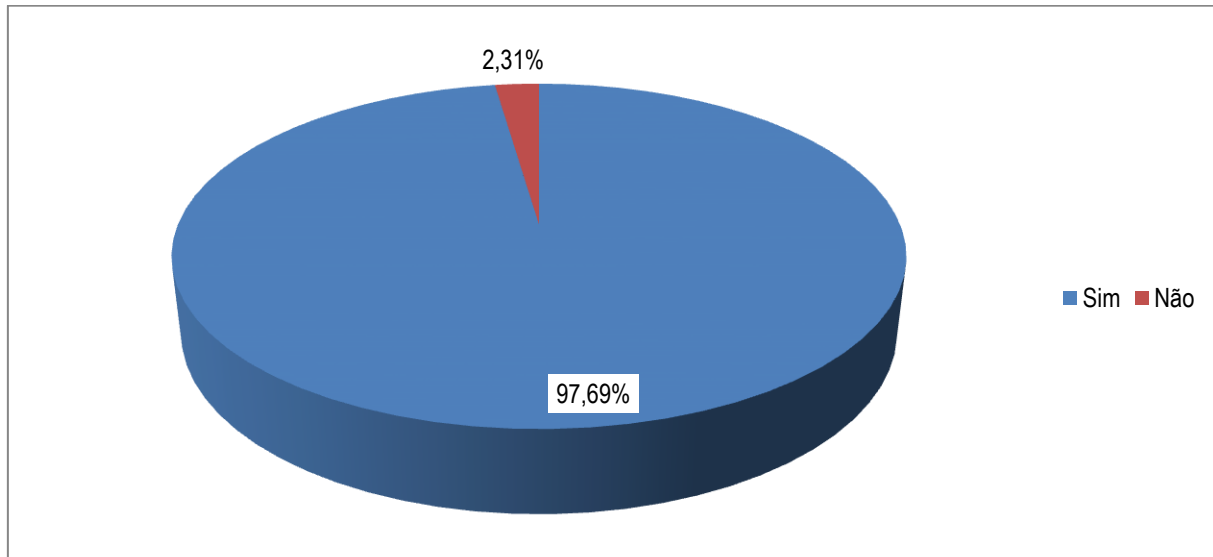


Figura 2– Educação dada os familiares sobre fatores de risco para quedas e a forma de reduzi-los, em Instituição Pública Hospitalar do Distrito Leste de Natal,RN, 2017.

De acordo com a Figura 2, a maioria dos profissionais (97,69%) informaram realizar orientações e educar os familiares sobre fatores desencadeantes para quedas e a forma de reduzir esses riscos.

Conforme se vê na distribuição com relação à frequência do evento, os enfermeiros afirmaram que: raramente 9 (7,09%), às vezes 40(31,50%), quase sempre (33,86%), sempre (4,72%) e 22,83% não souberam responder sobre o assunto mencionado (Tabela-12). Essa distribuição apesar de não ser homogênea, mas comprova a importância do enfermeiro no desenvolvimento das ações de educação para a prevenção do evento quedas em idosos.

Tabela 12 - Distribuição de frequência da ação educativa dos enfermeiros para familiares, quanto ao evento quedas em idosos internados de Instituição Pública Hospitalar do Distrito Sanitário Leste. Natal-RN, 2017.

Resposta	n	%
Raramente	9	7,09
Às vezes	40	31,50

Quase sempre	43	33,86
Sempre	6	4,72
NS/NR	29	22,83
Total	127	100,00

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017) .

Quanto a Tabela 13, a frequência sobre o uso dos diagnósticos de enfermagem pelos enfermeiros quanto ao evento quedas em idosos internados, representou 64 (49,23%), e significou menos da metade dos entrevistados. Vê-se como um bom resultado, ao considerar, que somente há poucos anos, a enfermagem brasileira vem se aproximando com mais ênfase, do processo de enfermagem.

Tabela 13– Frequência da utilização dos diagnósticos de enfermagem como norteador das intervenções para queda em idosos de Instituição Pública Hospitalar, de Natal,RN, 2017.

Resposta	n	%
Não	66	50,77
Sim	64	49,23
Total	130	100,00

FONTE Dados obtidos pelo estudo (2017).

A Tabela 14, mostra que as respostas afirmativas, quando comparadas entre a faixa etária, obteve-se dados estatísticos de significância (0,014) pelo teste exato de Fisher. Observou-se, que se comparada entre as instituições apresentaram diferença estatística significativa (0,000). A utilização de diagnósticos de enfermagem é utilizada com maior expressão no HPU com 95,45% dos profissionais que afirmam utilizar os diagnósticos como norteadores para as suas intervenções ante o evento de quedas (Tabela 14).

Tabela 14 – Utilização pelos enfermeiros do diagnóstico de enfermagem como norteador para as intervenções de quedas versus o perfil geral, em Instituição Pública Hospitalar de Natal-RN,2017.

Variáveis		Não	Sim	Total	Valor - p
Sexo	Feminino	50,88%	49,12%	100,00%	0,948 ⁽¹⁾
	Masculino	50,00%	50,00%	100,00%	
Faixa etária	Até 30 anos	47,62%	52,38%	100,00%	0,014 ⁽¹⁾
	31 - 40 anos	42,19%	57,81%	100,00%	

Variáveis		Não	Sim	Total	Valor - p
	41 - 50 anos	71,43%	28,57%	100,00%	
	Acima de 50 anos	90,00%	10,00%	100,00%	
Hospital	HPFU	4,55%	95,45%	100,00%	0,000 ⁽¹⁾
	HPRU	95,45%	4,45%	100,00%	
	HPM	100,00%	0,00%	100,00%	
	HPE	100,00%	0,00%	100,00%	
Estado civil	Casado	50,75%	49,25%	100,00%	0,996 ⁽¹⁾
	Sim	92,59%	7,41%	100,00%	
Quantidade de vínculos	1 vínculos	45,33%	54,67%	100,00%	0,148 ⁽¹⁾
	2 vínculos	58,18%	41,82%	100,00%	

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017).

(1) Qui-quadrado (2) Teste Exato de Fischer

Através do teste quiquadrado (χ^2) ou exato de Fisher, para um nível de significância de 5%, temos evidências estatísticas de diferença entre, a afirmação da utilização dos diagnósticos de enfermagem como norteadores para as suas intervenções antes o evento de quedas, e a faixa etária, hospital de atuação, tempo de instituição, tempo no setor, tempo de graduação e necessidade em dobrar turno.

Quando perguntado aos entrevistados sobre os fatores que influenciam a queda dos idosos internados, as principais respostas foram: camas sem grades 37 (29,60%), ausência de acompanhante 20 (16%), desorientação do paciente 14 (11,20%) e piso escorregadio 10 (8%) (Tabela 15).

Tabela 15 - Fatores que influenciam a ocorrência de quedas em idosos internados em Instituição Pública Hospitalar, do Distrito Leste em Natal-RN, 2017.

Fatores	n	%
Camas sem grades	37	29,60
Ausência de acompanhante	20	16,00
Desorientação do paciente	14	11,20
Piso escorregadio	10	8,00
Idade avançada	8	6,40
Estrutura física inadequada	5	4,00
Camas com grades baixas	3	2,40
Dificuldade de deambulação	3	2,40
Comorbidades	3	2,40
Estado geral do paciente	3	2,40
Falta de barras no banheiro	2	1,60
Cadeiras de banho quebradas	2	1,60
Camas com defeitos	2	1,60
Banheiro sem barra	2	1,60
Equipe reduzida	2	1,60
Dependência física	2	1,60
Franqueza muscular	2	1,60

Fatores	n	%
Histórico de quedas	2	1,60
Iluminação inadequada	2	1,60
Despreparo dos cuidadores	2	1,60
Patologia do paciente	2	1,60
Acompanhantes desatentos	1	0,80
Macas sem grades	1	0,80
Autoconfiança, não aceitação do quadro clínico	1	0,80
Porta soro quebrado	1	0,80
Camas altas	1	0,80
Comprometimento clínico dos pacientes	1	0,80
Debilidade	1	0,80
Organização de mobiliário	1	0,80
Deficiência dos leitos para internação	1	0,80
Pacientes em macas	1	0,80
Alterações mentais	1	0,80
Uso de psicotrópicos	1	0,80
Diminuição da acuidade visual	1	0,80
Leito manual	1	0,80
Falta de vigilância do acompanhante	1	0,80
Tonturas	1	0,80
Diagnóstico secundário	1	0,80
Sedação	1	0,80
AVP	1	0,80
Falta de atenção do acompanhante	1	0,80
Déficit cognitivo	1	0,80
Diureses noturnas	1	0,80
Dificuldade de andar	1	0,80
Setor oncológico	1	0,80
Estado neurológico dos pacientes	1	0,80
Falta de cadeira de banho	1	0,80
Falta de leitos suficientes	1	0,80
Fatores hemodinâmicos/uso de medicações	1	0,80
Diagnóstico secundário	1	0,80
Terapia endovenosa	1	0,80
Auxílio na deambulação	1	0,80
Nível de orientação	1	0,80

Fonte: Dados obtidos pelo estudo, (2017).

O quadro 1 ilustra as 5 principais condutas de segurança utilizadas pelos enfermeiros para a prevenção de quedas em idosos internados nas enfermarias.

Quadro 1 - Principais condutas utilizadas e citadas pelos enfermeiros na prevenção de quedas em idosos das instituições pesquisadas. Natal-RN 2017.

Principais condutas utilizadas na prevenção de quedas em idosos
- Orientações a paciente e acompanhante sobre o risco de quedas
- Utilização das grades dos leitos sempre levantadas
-camas em posição mais baixa e travada
-orientação sobre a presença do acompanhante ser obrigatório
-orientações ao idoso para não deambular sozinho e solicitar auxílio

Fonte: Dados obtidos pelo estudo (2017)

6. DISCUSSÃO

Com relação à população do estudo, houve predominância do gênero feminino em (81,6%), resultado que tem caracterizado, historicamente a profissão, o fato de ser predominantemente exercida por mulheres desde os seus primórdios (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). Mauro et al. (2010), em seu estudo evidencia que a maioria dos profissionais enfermeiros são do sexo feminino corroborando com o dado em questão.

Embora os homens estejam atuando cada vez mais na área de enfermagem, a sua presença ainda é menor quando comparada à das mulheres. Os homens desempenham um significativo papel nas práticas assistenciais de enfermagem, considerando-se principalmente, as demandas físicas a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos (VACCARI et al., 2013).

Dentre as quatro instituições hospitalares investigadas, HPU, HPRU, HPM e HPE, é no hospital HPU que está o maior número de profissionais, e no momento em fase de transição do seu quadro profissional, com modificações em seu regime estatutário para a consolidação das leis trabalhistas (CLT), refletindo uma nova força de trabalho e renovação de seu quadro admitindo pessoas jovens.

Em relação aos turnos de trabalho, a somatória dos turnos manhã e tarde indicam uma maioria de profissionais atuantes no turno diurno se comparado ao noturno, corroborando os dados de outro estudo no qual mais da metade dos entrevistados trabalham nos turnos da manhã (44,4%) e da tarde (36,1%), prevalecendo o turno diurno (DUARTE et al., 2015).

Ao responder o questionário semi-estruturado, a maioria dos enfermeiros 95(73,08%), afirmaram não saber informar sobre a ocorrência de quedas em idosos em seu local de trabalho. Alguns estudos apontam, que as ocorrências de quedas dentro de um setor são geralmente associadas a uma assistência negligenciada, fato que pode ter relação direta ao medo dos profissionais relatá-las. Para o profissional da equipe de enfermagem, a ocorrência dos eventos adversos pode acarretar diversas problemáticas, dado o estresse emocional, os preceitos éticos e as punições legais a que se expõe (DUARTE et al., 2015; PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Outra questão que pode ter relação com o não relato de quedas é a tendência que os idosos e seus acompanhantes apresentam em minimizar este evento,

considerando-o inerente ao envelhecimento e, portanto sem necessidade de relato, além do medo de punição que fazem com que os profissionais omitam tais informações.

Duarte et al.(2015), referem que as equipes de enfermagem têm se posicionado em prol da notificação dos eventos adversos e da adoção de medidas de minimização de danos e o principal instrumento utilizado foi o prontuário. Entretanto, a notificação dos eventos adversos ainda é negligenciada socialmente, dado a cultura punitiva existente.

Resultados semelhantes sobre quedas intra-hospitalares em Belo Horizonte, evidenciaram que a cada 1000 leitos, cerca de 3 a 13% dos idosos internados caem por dia e concluiu-se que os eventos de quedas “não são reportados de maneira adequada, tornando necessária adoção de medidas educativas aos profissionais que lidam com esta população” (VIANA; OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2011).

Para os 97,69% dos entrevistados, há condutas relacionadas às orientações dos familiares, quanto aos riscos que os idosos apresentam em meio hospitalar sendo uma de suas principais condutas na prevenção de quedas em idosos. Ressalta-se que, a literatura especializada afirma que intervenções simples, como a educação e orientações ao paciente e seus familiares, podem ser aliadas no combate às quedas dentro do ambiente hospitalar, evitando ou minimizando desta maneira sua ocorrência (VIANA; OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2011).

E, já se observa nos resultados desse estudo, a busca pela qualidade nos serviços oferecidos aos idosos, com uma consequente otimização dos resultados, evidenciados através das condutas realizados pelos enfermeiros conforme apontaram, tais como: orientações sobre o risco de quedas, sobre a presença obrigatória do acompanhante, uso permanente de grades do leito levantadas, sobre deambular só ou levantar sem pedir auxílio, ou manter as camas mais baixas.

Percebe-se que tais condutas têm sido incorporadas atualmente as instituições hospitalares, com o intuito de oferecer uma boa assistência, assim como, promover mais segurança e prevenir danos, além de assegurar a satisfação dos pacientes em todo o período de internação.

Foi com vistas à instituição e incorporação dessas condutas ou medidas de prevenção de quedas em ambiente hospitalar, que o Programa Nacional de Segurança do Paciente, criado em 2013, e cuja implantação do protocolo de segurança do paciente pelas instituições, através de instrumento utilizado para a

prevenção e aplicação de medidas preventivas, ainda encontra-se em muitas delas em fase de elaboração ou implantação.

Nesse estudo, evidenciou-se que o hospital de maior adesão ao uso desse protocolo de segurança, foi o HPU conforme afirmaram os enfermeiros dessa instituição, pois já existem normas e notificação obrigatória para todos os profissionais que vivenciarem esse evento, além de uma comissão que regula e acompanha esse processo. E isso talvez, se deva ao fato do HPU ser um hospital escola, e por essa razão maior condição de sair na frente na adoção da política vigente de segurança do paciente.

Enquanto que, para o restante dos enfermeiros das outras instituições, 63(48,46%) disseram não existir ainda, nenhum protocolo de segurança ou núcleo de segurança do paciente estabelecida para a prevenção do evento queda em idosos na instituição.

Entende-se que a promoção das adaptações ambientais, como a instalação de barras de segurança e iluminação adequada, bem como instruir a equipe de saúde e familiares com relação à identificação de fatores de risco para quedas e manejo adequado dos pacientes e ambiente, são estratégias fáceis, baratas e garantidas pelo Ministério da Saúde para serem incorporadas aos serviços de saúde, e se mostram eficazes na redução da incidência de quedas intra-hospitalares (COSTA et al., 2012; VACCARI et al., 2016).

Entre os principais fatores relatados pelos participantes do estudo, que contribuem ou influenciam para a ocorrência de queda em ambiente hospitalar, está em primeiro lugar, idoso sem acompanhante, seguido pelos leitos sem grades, banheiro e sanitário sem barras de apoio, e o piso antiderrapante, e diante disso, consideram o ambiente despreparado para a prevenção de quedas.

A Lei No 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso em seu Art. n.16 afirma: “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”. A presença do acompanhante pode ser um fator protetor, mas não totalmente preventivo, conforme apontado em estudo de Rodrigues e Ciosak (2010), com idosos que possuíam acompanhantes e tiveram quedas, porém a presença do acompanhante inibe o evento adverso, já que estes se encontram ao lado do paciente em maior parte do tempo.

Resultados semelhantes apontados por Vaccari et al. (2016), indicaram que 31% dos entrevistados assinalaram o banheiro como local de maior risco, 15,5% destacaram o chão molhado e 8,6% a ausência de barra de apoio, como principais fatores para queda. Fatores ambientais como, ausência de material antiderrapante e ambiente com móveis em excesso, foram apontados também como contribuintes para ocorrência das quedas (COSTA et al., 2011).

Considerando, a afirmação da utilização do processo de enfermagem já corriqueiro na prática dos profissionais de enfermagem, o fato dos resultados do estudo apontarem, que menos da metade 64 (49,23%), dos enfermeiros entrevistados, fazem uso dos diagnósticos de enfermagem para o planejamento das condutas relacionadas ao evento quedas, pode representar a pouca importância no atendimento a pessoa idosa em ambiente hospitalar. Ressalta-se, que poderia ser um diferencial a ser considerado nas condutas de enfermagem, para prevenção do evento queda em idosos hospitalizados.

E, as respostas afirmativas dadas pelos enfermeiros do uso de diagnóstico de enfermagem, quando comparadas entre a faixa etária, obteve-se dados estatísticos de significância (0,014) pelo teste exato de Fisher. E tal afirmação, quando comparada entre as instituições, apresentaram diferenças estatísticas significativas (0,000). Assim, observou-se que a utilização de diagnósticos de enfermagem teve maior expressão no HPU, local no qual, (95,4%), dos profissionais afirmaram utilizar os diagnósticos como norteadores para as suas intervenções ante o evento de quedas (Tabela 14).

A grande maioria das instituições, não aderem à implantação total e nem parcial do processo de enfermagem, em virtude das muitas dificuldades encontradas nessa implementação. Entre elas, a falta de interesse do profissional, falta de conhecimento, falta de incentivo da instituição na qual trabalha, sobrecarga de funções e falta de adesão da equipe multiprofissional.

7 CONCLUSÃO

A análise da conduta do enfermeiro na prevenção da queda em idosos internados em instituições públicas hospitalares do Distrito Leste do município de Natal-RN, pôde proporcionar uma primeira aproximação da problemática e mostrou-nos evidências significativas a seguir descritas.

Identificaram-se que as condutas e ações realizadas pelos enfermeiros desse estudo, relacionadas à prevenção, são parte da assistência de enfermagem por eles prestada, embora para a maioria dos entrevistados, ainda não seja com base no processo de enfermagem com o uso dos diagnósticos de enfermagem, fato esse, acrescido pela ausência dos protocolos de segurança, preconizados pelo Ministério da Saúde.

Entende-se que há o reconhecimento sobre a importância e necessidade para a utilização dessas ferramentas, estando alguns dos enfermeiros nesse processo de implementação, pelo menos em duas das instituições pesquisadas às quais, uma delas faz uso de protocolo e outra, encontra-se em processo de implementação do uso de registro eletrônico no Vigihosp.

Dentre as condutas de enfermagem utilizadas, destacaram-se como a principal, as de orientação ao idoso e seu acompanhante, sobre os fatores ambientais e de uso pessoal para a prevenção, durante o período de internação hospitalar.

Além dessas, destaca-se a importância da utilização dos instrumentos de notificação de eventos adversos pelas instituições, bem como da adoção de outras estratégias de notificação, que já contribuem no acompanhamento e controle das ocorrências e na elaboração de medidas preventivas realmente eficazes.

Observa-se a necessidade por parte da Instituição, no uso de estratégias que estimulem uma cultura de segurança para o paciente internado, e que possa incluir junto a equipe de enfermagem, as possibilidades da implementação de condutas de prevenção que assegurem a segurança do paciente nas instituições de saúde.

Os achados deste estudo apontam para a importância da avaliação e identificação do risco de quedas nos pacientes internados. O diagnóstico de enfermagem para risco de quedas, é uma importante ferramenta que pode orientar e

definir o planejamento de intervenções efetivas a prevenção do evento e a cultura de segurança do paciente.

Tais resultados indicam que o processo de enfermagem e o uso de linguagens padronizadas, para o planejamento das intervenções ante o evento queda em idosos, contribuem para qualificar o cuidado ao paciente e nortear as ações de enfermagem, conforme foram evidenciadas as ações de prevenção, inerentes a assistência do enfermeiro tendo como principal conduta relatada, as orientações dadas sobre os riscos de queda, tanto ao idoso, quanto para o seu acompanhante

Apontam-se como destaque negativo e relacionado aos fatores extrínsecos, as instalações sanitárias, que não estão de acordo com a legislação vigente e oferecem risco para ocorrência de quedas. Recomenda-se realizar levantamento das condições das instalações sanitárias dos 3 dos 4 hospitais envolvidos e apresentar propostas de adequação conforme NBR 9050 à direção da instituição.

Outros fatores identificáveis pelo estudo, com necessidades de providências urgentes, são os pisos antiderrapantes nas escadarias, a sinalização dos espaços críticos para o risco de quedas, como os banheiros necessitam de toda uma readequação, de maneira que possa atender as exigências e diretrizes da Política Nacional de segurança do paciente.

Ressalta-se que a enfermagem atua como o alicerce dos programas de prevenção de quedas, contudo, o sucesso do mesmo depende da interdisciplinaridade e responsabilidade individual, em aderir à cultura de segurança institucional de todos os profissionais que prestam assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

ABREU, C; MENDES, A; MONTEIRO, J; SANTOS, F.R. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 597-603, jun. 2012.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Boletim Informativo**, v. 1, n. 1, Brasília, 2011.

AVELAR, A.F.M; SALLES, C.L.S; BOHOMOL, E; FELDMAN, L.M; PETERLINI, M.A.S; HARADA, M.J.C.S; et al. **Cartilha 10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo: COREN-SP, REBRAENSP, 2010.

AVELAR, J.K; PIRES, F.C; CORTES, V.F. Influência dos níveis de paratormônio em quedas entre idosos e adultos em hemodiálise. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 125-34, 2012.

BÖHMER, A.B; WAPPLER, F; TINSCHMANN, T; KINDERMANN, P; RIXEN, D; BELLENDIR, M; et al. The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. **Acta anaesthesiologica Scandinavica**, v. 56, n. 3, p. 332-338, 2012.

BRASIL. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 3 out 2003, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Cadernos de Atenção Básica - n.º 19**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção de Quedas**. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013b.

BUKSMAN, S; VILELA, A.L.S; PEREIRA, S.R.M; LINO, V.C; SANTOS, V.H. **Quedas em idosos: prevenção**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2001. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Citado em: 01 de out. 2016.

CAMPOS, M.P.S; VIANNA, L.G; CAMPOS, A.R. Os testes de Equilíbrio, Alcance Funcional e “TimedUpand Go” e o risco de queda em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 4, p.125-138, jan. 2013.

CARNEIRO, F.S; BEZERRA, A.L.Q; SILVA, A.E.B.C; SOUZA, L.P; PARANAGUÁ, T.T.B; et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p. 204-11, fev. 2011.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. vii-vii, jun. 2010.

CASTRO, S.S. **Acessibilidade de pessoas com deficiência a serviços de saúde em áreas do Estado de São Paulo - Projeto AceSS**. 2010. 192 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CASTRO, I. R. S; MENDES, R.M.A.C; GUIMARÃES, M.N; CARVALHO, L.S; SANTOS, E.H; FONTES, B.V; et al. Perfil de quedas no ambiente hospitalar: a importância das notificações do evento. **Rev Eletrônica de Acreditação**, v. 01, 2011. Disponível em: <www.cbacred.org.br/ojs/index.php/Acred01/article/view/57>. Acesso em 14 nov. 2016.

CORREA, A.D; MARQUES, I.A.B; MARTINEZ, M.C; LAURINO, P.S; LEÃO, E.R; CHIMENTÃO, D.M.N. Implantação de protocolo para gerenciamento de quedas em hospital resultado de quatro anos de seguimento. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.1, p 67-74, jan. 2012.

COSTA, S.G.R.F. **Estudo de pacientes adultos que sofreram quedas do leito em um hospital universitário**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

COSTA S.G.R.F.; MONTEIRO, D.R.; HEMESATH, M.P; ALMEIDA, M.A. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p.676-81, dez. 2011.

COSTA, I.C.P; LOPES, M.E.L; ANDRADE, C.G; SOUTO, M.C; COSTA, K.C; ZACCARA, A.A.L. Fatores de Risco de Quedas em Idosos: Produção Científica em Periódicos Online no Âmbito da Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 445-452, 2012.

DICCINI, S.; PINHO, P.G; SILVA, S.O. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p.752-757, 2008.

DUARTE, S.C.M; STIPP, M.A.C; SILVA, M.M; OLIVEIRA, F.T. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144-54, jan-fev. 2015.

DYKES, P.C; CARROLL, D; MCCOLGAN, K; HURLEY, A.C; LIPSITZ, S.R; COLOMBO, L; ZUYEV, L; MIDDLETON, B. Scales of assessing self-efficacy of nurses and assistants for preventing falls. **J. Adv.Nurs**, v. 67, n. 2, p. 438-449, feb. 2011.

EVANS, S.M; BERRY, J.G; SMITH, B.J; ESTERMAN, A; SELIM, P; SHAUGHNESSY, J.O; WIT, M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. **Qual Saf Health Care**, v. 15, p. 39-43, 2006.

FERREIRA D.C.O, YOSHITOE A.Y.Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, 2010.

FREITAS, R.F; SANTOS, S.S.C; HAMMERSCHMIDT, K.S.A; SILVA, M.E; PELZER, M.T. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 478-85, mai. 2011.

FHON, J. R. S; WEHBE, S.C.C.F; VENDRUSCOLO, T.R.P; STACKFLETH, R; MARQUES, S; RODRIGUES, R.A.P. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n.5, 2012.

GARCIA, M.A.A.; RODRIGUES, M.G.; BOREGA, R.S. O envelhecimento e a saúde. **Revista de Ciências Médicas**, v. 11, n. 3, 2012.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, L.H.T. Complexidade do cuidado na enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 507-518, 2010.

HERDMAN, T.H. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação – 2012/2014**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas(IBGE) [Internet]. [Atualizado2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm .

INOUE, S. K.; BROWN, C. J.; TINETTI, M. E. Medicare Nonpayment, Hospital Falls, and Unintended Consequences. **NEngl J Med**, v. 360, n. 23, 2009.

JCI. Joint Commission International. **Padrões de acreditação da Joint CommissionInternational para hospitais**. EUA: Joint Commission International,2014.

KOHN, L.T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system.** Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.

LIRA, L.N; SANTOS, S.S.C; VIDAL, D.A.S; GAUTÉRIO, D.P; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G; PIEXAK, D.R. Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar. **AvEnferm**, v. 33, n. 2, p. 251-260, 2015.

LOJUDICE, D.C., LAPREGA, M.R; PARTEZANI, R.A; RODRIGUES JUNIOR, A.L. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Geriatrics e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010.

LÓPEZ, D; MCCAUL, K.A; HANKEY, G.J; NORMAN, P.E; ALMEIDA, O.P; DOBSON, A.J; et al. Falls, injuries from falls, health related quality of life and mortality in older adults with vision and hearing impairment-is there a gender difference? **Maturitas**., v. 69, n. 4, p. 359-364, 2011.

MACHADO, T.R; OLIVEIRA, C.J; COSTA, F.B.C; ARAUJO, T.L. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 32-8, 2009.

MALLMANN, D.G; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; SANTOS, S.S.C. **Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 517-527, 2012.

MAURO, M.Y.C; PAZ, A.F; MAURO, C.C.C; PINHEIRO, M.A.S; SILVA, V.G. Trabalho da Enfermagem nas Enfermarias de um Hospital Universitário. **Revista Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 13-18, abr. 2010.

MENDES, G. A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 165-9, jan. 2009.

MENEGHINI, F; PAZ, A.A; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-33, abr. 2011

MESSIAS, M.G; NEVES, R.F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatrics e gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 275-282, 2009.

OLIVEIRA, D.U. **Avaliação de quedas em idosos hospitalizados.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.

ONU. Organização das nações Unidas. **População mundial deve atingir 9,6 bilhões em 2050, diz novo relatório da ONU (internet).** 2013. Disponível em:

<https://nacoesunidas.org/populacao-mundial-deve-atingir-96-bilhoes-em-2050-diz-novo-relatorio-da-onu/>. Acesso em: 14 nov. 2016.

PAIVA, M.C.M.S; PAIVA, S.A.R; BERTI, H.W. ADVERSOS. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 287-94, 2010.

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

PRATES, C.G. et al. Quedas em adultos hospitalizados: Incidência e características desses eventos. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.13, n.1, p. 78-81, 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. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 28-34, dez. 2014.

REZENDE, C.P.; GAED-CARRILHO, M. R. G.; SEBASTIAO, E. C. O. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n.12, p.2223-35, 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: método e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

RODRIGUES, J; CIOSAK, S.I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1400-5, 2010.

SALES, M.V.C; SILVA, T.J.A; GIL JÚNIOR, L.A; JACOB FILHO, W. Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. Efeitos adversos da internação hospitalar do idoso. **Geriatrics e Gerontologia**, v.4, n.4, p.238-46, 2010.

SANTOS, S.S.C; SILVA, M.E; PINHO, L.B; GAUTÉRIO, D.P; PELZER, M.T; SILVEIRA, R.S. Risco de quedas em idosos: revisão integrativa pelo diagnóstico da North American Nursing Diagnosis Association. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1227-36, 2012.

SCHRAMM, J.M.A; Oliveira, A.F; LEITE, I.C; VALENTE, J.G; GADELHA, A.M; PORTELA, M.C; et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Revista Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, dec. 2004 .

SOUSA, P; UVA; A.S; SERRANHEIRA, F. Investigação e inovação em segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, vol. temático, n. 10, p. 89-95, 2010.

SOUZA MT, SILVA MD, CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, 5 telas, 2010.

TINETTI, M.E; KUMAR, C. The patient who falls: "it's always a trade-off." **The Journal of the American Medical Association**, v. 303, n. 3, p. 258-66, 2010.

VACCARI, E; LENARDT, M.H; WILLIG, M.H; BETIOLLI,S.E; ANDRADE, L.A.S. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, n. 21, p. 1-9, 2016.

VERAS, R; LOURENÇO, R. **Formação humana em geriatria e gerontologia**: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: Unati, Uerj, 2010.

VIANA, J.U; OLIVEIRA, M.C; MAGALHAES, T.V. Quedas intra-hospitalares na Santa Casa de Belo Horizonte MG são adequadamente relatadas? **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 72-78, mar. 2011.

VINCENT, C; TAYLOR-ADAMS, S; STANHOPE, N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. **BMJ**, v. 316, n. 7138, p. 1154-1157, apr. 1998.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHO. World Health Organization. **Who global report on falls prevention in older age**. Geneva, 2007. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/. Acesso em: 27 fev. 2016.

WHO. World Health Organization. **Closing the gap in a generation**: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008

WHO. World Health Organization. **Global Priorities Patient safety Research: Better Knowledge for safer care**. Geneva: WHO Library Cataloguing, 2009.

APÊNDICES

APÊNCICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Parte 1 de 4

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Pesquisador: PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62021316.8.0000.5537

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.850.668

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem. O estudo propõe-se a investigar, a descobrir as características de um fenômeno como tal. Descrevendo uma situação, um grupo ou um indivíduo, sendo neste caso o grupo: Enfermeiros e a ação, o que eles estão fazendo para evitar a queda de idosos em ambiente hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a conduta do enfermeiro na prevenção da queda em idosos internados em instituições públicas hospitalares do Distrito leste do município de Natal-RN.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos do trabalho são referentes aos questionários sem identificação que enfermeiros voluntários irão responder acerca de perguntas fechadas sobre condutas na prevenção de quedas em idosos. Como benefícios, ao participar de uma pesquisa dessa natureza, há a possibilidade do participante contribuir para a ampliação de conhecimentos científicos acerca da temática abordada e promover a promoção em saúde.

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Telefone: (84)3215-3135

CEP: 59.078-970

Município: NATAL

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 1.850.668

Os benefícios suplantam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta da pesquisa está bem fundamentada e seus resultados poderão possibilitar melhor esclarecimento científico acerca da conduta dos enfermeiros na prevenção de queda em idosos em instituições hospitalares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes e adequadamente expostos, a saber: folha de rosto, projeto, formulário CEP/UFRN, termo de confidencialidade, cartas de anuência, carta de apresentação, declaração de pesquisa não iniciada e TCLE.

Recomendações:

Enviar os relatórios parcial (durante a pesquisa) e final (ao término) da pesquisa. Ver orientações em <www.etica.ufrn.br>.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa apresenta relevância científica e social, contribui para o desenvolvimento de pessoas e instituições, no intuito de realizar um estudo em que fossem propostas as condutas dos enfermeiros na prevenção de queda em idosos em instituições hospitalares, visando qualificar o cuidado ao idoso em situação hospitalar e, ainda, impulsionar o raciocínio clínico do enfermeiro. Diante do exposto, o protocolo de pesquisa está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

CEP: 59.078-970

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 1.850.668

3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_822516.pdf	10/11/2016 18:58:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOpdf.pdf	10/11/2016 18:58:31	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEa.pdf	10/11/2016 17:33:04	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito
Outros	CEPP.pdf	08/11/2016 17:57:37	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito
Outros	CONFIDENCIALIDADE.pdf	07/11/2016 14:43:41	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito
Outros	8.pdf	07/11/2016 14:43:01	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito
Outros	4.pdf	07/11/2016 14:42:15	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito
Outros	3.pdf	07/11/2016 14:41:43	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

CEP: 59.078-970

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA



Continuação do Parecer: 1.850.668

Outros	3.pdf	07/11/2016 14:41:43	MOREIRA	Aceito
Outros	2.pdf	07/11/2016 14:41:15	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito
Outros	1.pdf	07/11/2016 14:40:26	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARAcAo.pdf	07/11/2016 14:39:23	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito
Folha de Rosto	7.pdf	07/11/2016 14:38:45	PATRICIA NAIARA DE OLIVEIRA MOREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 05 de Dezembro de 2016

Assinado por:

LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ
(Coordenador)

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

UF: RN

Telefone: (84)3215-3135

CEP: 59.078-970

Município: NATAL

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário S/N – Lagoa Nova, Natal/RN-Cep. 59072-970, Fone 3215

3196

QUESTIONÁRIO

APRESENTAÇÃO

Este questionário, sobre as condutas de promoção e prevenção utilizadas pelos enfermeiros diante do evento quedas em idosos em unidades de clínicas, médica e cirúrgica, em instituições hospitalares. Trata-se de instrumento de coleta de dados, parte do trabalho final do Curso de Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde, e inclui questões na maioria objetivas sobre o referido tema. A sua realização é muito importante, pois entre seus objetivos, pretende identificar as condutas dos enfermeiros na prevenção de quedas em idosos hospitalizados. Por isso, sua participação é importante e gostaria de contar com você nesse sentido, respondendo-o para mim. Desde já, ressalto a minha disponibilidade para me adequar a sua e agradeço-lhes.

Parte 1 de 3

A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. **Idade:**_____.
2. **Sexo:** Masculino () Feminino ()
3. **Estado civil:** Solteira () Casada () União estável ().
4. **Tempo de trabalho na Instituição:** _____. 5. **Tempo no setor de clínica:**_____.
6. **Tempo de Graduada:** _____.
7. **Pós Graduação:** Sim () Não(). Aperfeiçoamento () Residência Multiprofissional () Especialização () Mestrado () Outro ():_____.
8. **Turno de trabalho:** Manhã () Tarde() Noite() Carga horária por turno:_____.
9. **É comum dobrar o turno:** Sim () Não (). **Se sim, quando ocorre:** () Sempre, por

faltade Colega () Quase sempre () Raramente () Nunca acontece.

10. Quantidade de vínculos trabalhistas: _____. Público () Privado ().

11. Cargo(s) que ocupa: Enfermeiro Gerente () Enfermeiro Chefe de Setor () Enfermeiro Assistencial (líder da assistência)() Desvio de Função: Sim() Não()

Se Sim, Especificar:_____.

12. Setor de Trabalho na instituição: Clínica Médica() Clínica Cirúrgica()
Outro:_____.

13. Citar 05 atividades de enfermagem que realiza diariamente (conforme o cargo que ocupa):

- 1) _____.
- 2) _____.
- 3) _____.
- 4) _____.
- 5) _____.

B. CONDUTA DOS ENFERMEIROS EM IDOSOS ANTE O EVENTO QUEDAS

1. É comum ocorrer o evento quedas em idosos em seu setor de trabalho: Sim () Não()

2. Se sim, com qual frequência: Por mês:____; Por semana:____; Não sabe dizer ()

É registrado: Sim () Não (). **Se sim, em que local:** Prontuário () Livro de ocorrência da chefia de Enfermagem () Não sabe () Outro ()_____.

3. A(s) Instituição(ões) em que trabalha, possui *PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE* para a prevenção de quedas em idosos hospitalizados: Sim () Não (). **Se Sim, há quanto tempo:**_____. Encontra-se em fase de elaboração () Há Comissão () Ainda não foi implantado () Não possui protocolo para quedas ()

4. Você identifica fatores que influenciam a ocorrência de quedas em idosos internados: Sim() Não() **Se sim, quais:** _____.

5. Quando ocorre a queda, quais são os profissionais presentes no atendimento imediato: Médico() Enfermeiro() Técnico de Enfermagem () Auxiliar de Enfermagem()
Outro:_____.

6. Das características ambientais capazes de aumentar a ocorrência de quedas, qual você habitualmente identifica em seu ambiente de trabalho:

Piso escorregadio ()

Escadas sem apoio de proteção ()

Camas sem grades ()

Banheiro e sanitário sem barras de apoio e piso antiderrapante ()

Luminosidade diária e noturna diminuídas ()

Sem alarmes para uso à noite ()

Outros ():_____.

7. Estimula e/ou providencia o uso de dispositivos para idosos manterem o andar firme como:

Bengala ()

Andador ()

Calçados apropriados ()

Outros ():_____.

8. Orienta o paciente idoso a solicitar ajuda sempre que precisar movimentar-se no leito ou fora dele, conforme o mais apropriado?

Sim () Não () Às vezes () Quase sempre () Raramente () Sempre ()

9. Acompanha e monitora a capacidade do idoso transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa?

Sim () Não () Às vezes () Quase sempre () Raramente () Sempre ()

10. Coloca o leito mais baixo na posição mecânica?

Sim () Não () Às vezes () Quase sempre () Raramente () Sempre ()

11. Assegura-se que o idoso usa calçados apropriados, amarrados e com solas que não derrapam?

Sim () Não () Às vezes () Quase sempre () Raramente () Sempre ()

12. Educa os familiares sobre fatores desencadeantes para quedas e a forma de reduzir esses riscos?

Sim () Não () Às vezes () Quase sempre () Raramente () Sempre ()

13. Utiliza diagnósticos de enfermagem como norteadores para as suas intervenções ante o evento quedas?

Sim () Não () Por que?_____.

14. Que condutas de segurança para de quedas em idosos internados, você utiliza ou já utilizou?_____

Agradecemos, a sua contribuição!

Pós-Graduanda Patrícia Naiara e Profa. Rejane Menezes.

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário S/N – Lagoa Nova, Natal/RN-CEP. 59072-970, Fone 3215
3196**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Este termo de consentimento tem o propósito de lhe convidar a participar da pesquisa intitulada: CONDOTA DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES, que está sendo desenvolvida pela Enfermeira e Discente de Pós-Graduação em Enfermagem, Patrícia Naiara de Oliveira Moreira, como Mestrado e, que tem como pesquisadora responsável, a Prof.^a Rejane Maria Paiva de Menezes do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar a assistência de enfermagem em cuidados paliativos a pessoa com câncer no contexto de uma unidade de atenção oncológica, e o motivo que nos leva à realiza-lo, é conhecer melhor as condutas dos enfermeiros na prevenção da queda em idosos internados em instituições públicas hospitalares do Distrito leste do município de Natal-RN.

Sua participação é voluntária e, caso decida aceitar o convite, você participará respondendo um questionário com perguntas fechadas e abertas, com tempo médio estimado de resposta em torno de 30 minutos, e durante a sua aplicação a previsão de riscos é mínima. Por outro lado, você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo.

Suas informações serão mantidas em sigilo e seu nome não será identificado, no que se refere ao modo e usos das informações passadas. Os dados serão guardados em local seguro e as divulgações dos resultados terão uso acadêmico, em congressos ou publicações científicas sem identificar os participantes ou a instituição em apreço. E, caso você sofra algum dano comprovadamente decorrente

desta pesquisa, você será indenizado. Dessa forma, espera-se diminuir os potenciais riscos e danos morais, tornando-os mínimos possíveis.

Como benefícios, identifica-se a contribuição das informações de cada participante para a ampliação dos conhecimentos acerca da prevenção de quedas em idosos hospitalizados.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Profa. Rejane Maria Paiva de Menezes. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a mesma através do contato: (84) 9158-1245. E, qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no telefone 3215-3135.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, _____ de _____ 2016.

Assinatura do participante da pesquisa

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Como pesquisador responsável pelo estudo **CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12

do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, _____ de _____ 2016.

Profa. Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes.

ANEXOS

Domínio 11. Segurança/Proteção

Classe 2. Lesão Física

Risco de quedas
(2000, 2013)

Definição

Vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde.

Fatores de risco

Em adultos

- História de quedas
- Idade \geq 65 anos
- Morar sozinho
- Prótese de membro inferior
- Uso de dispositivos auxiliares (p. ex., andador, bengala, cadeira de rodas)

Em crianças

- Ausência de portão em escadarias
- Ausência de proteção em janelas
- Equipamento de contenção em automóvel insuficiente
- Gênero masculino quando $<$ 1 ano
- Idade \leq 2 anos
- Supervisão inadequada

Cognitivos

- Alteração na função cognitiva

Ambientais

- Ambiente desorganizado ou cheio de objetos
- Cenário pouco conhecido
- Exposição à condição insegura relativa ao tempo (p. ex., assoalho molhado, gelo)
- Iluminação insuficiente
- Material antiderrapante insuficiente no banheiro
- Uso de imobilizadores
- Uso de tapetes soltos

Agentes farmacológicos

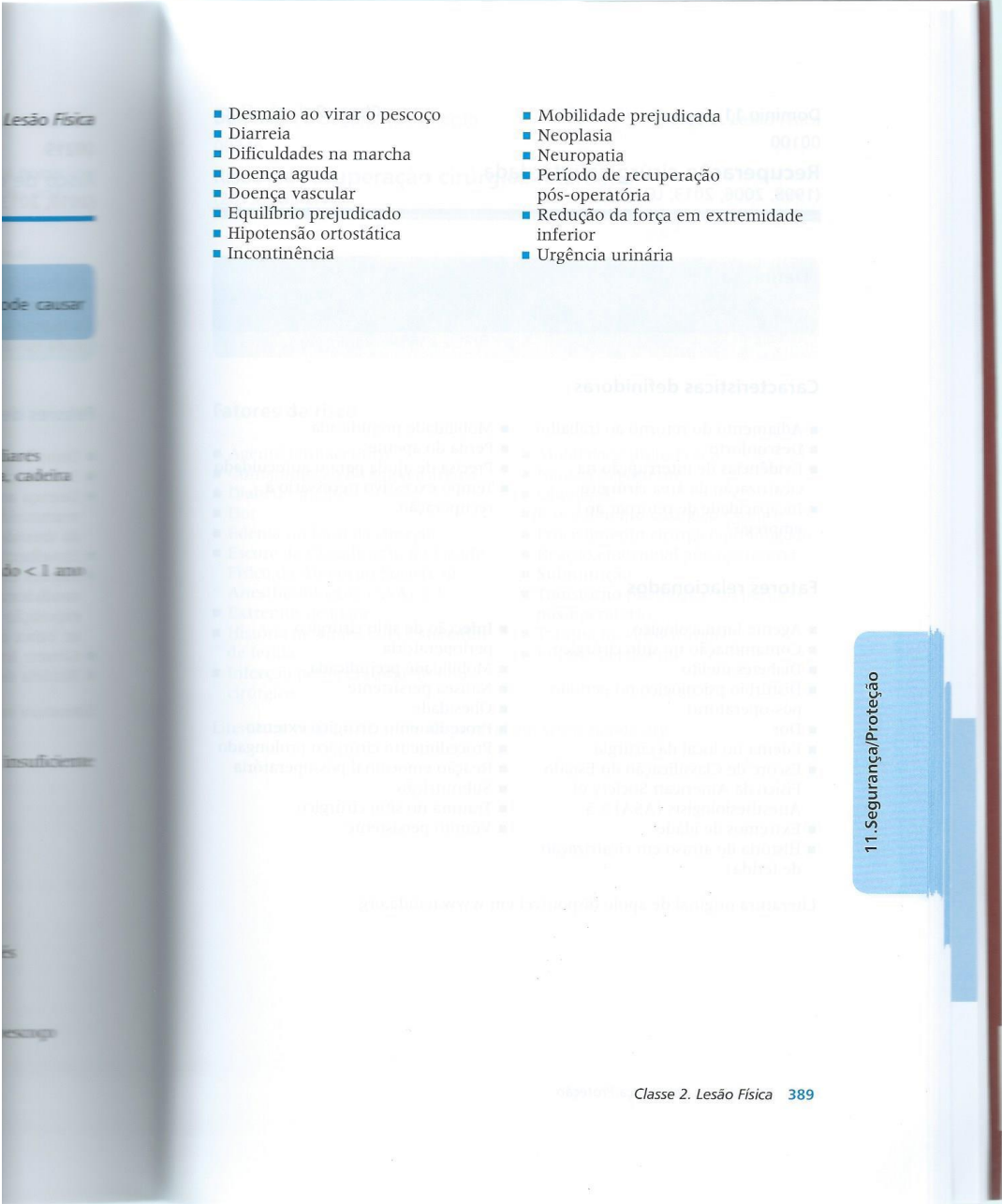
- Agente farmacológico
- Consumo de álcool

Fisiológicos

- Alteração no nível de glicose do sangue
- Anemia
- Artrite
- Ausência de sono
- Condição que afeta os pés
- Deficiência auditiva
- Deficiência visual
- Déficit proprioceptivo
- Desmaio ao estender o pescoço

- Desmaio ao vira
- Diarreia
- Dificuldades na
- Doença e
- Doença
- Equilíb
- Hipote
- Incont

Parte 2 de 2



- Desmaio ao virar o pescoço
- Diarreia
- Dificuldades na marcha
- Doença aguda
- Doença vascular
- Equilíbrio prejudicado
- Hipotensão ortostática
- Incontinência
- Mobilidade prejudicada
- Neoplasia
- Neuropatia
- Período de recuperação pós-operatória
- Redução da força em extremidade inferior
- Urgência urinária

11. Segurança/Proteção

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES
Setor de Educação Permanente e Articulação Ensino Serviço - SEPAES

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a pesquisa intitulada "**CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**". Esta pesquisa será realizada pela mestrand **Patrícia Naiara de Oliveira Moreira** do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, no Hospital Municipal Dr. Newton Azevedo no município - Natal/RN, no período de Novembro à Dezembro de 2016.

Consideramos que este projeto poderá contribuir para a produção de conhecimento acerca deste tema, em virtude disto autorizamos a presença do(a) discente nas dependências do Hospital Municipal Dr. Newton Azevedo do Município de Natal/RN. Bem como a abordagem dos profissionais da Rede Municipal de Saúde do Natal.

A autorização desta pesquisa está condicionada ao cumprimento das normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

A divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/Jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

Solicitamos ainda que o resultado da pesquisa seja consolidado e entregue ao setor de educação Permanente e articulação Ensino – Serviço para o banco de dimensionamento de pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde.

Natal, 13 de Outubro de 2016.

Luiz Roberto Leite Fonseca
Secretário de Saúde do Município de Natal
Marcelo Bessa de Freitas

Secretário Adjunto de Gestão Participativa, do
Trabalho e da Educação em Saúde

ANEXO C



Governo do Estado do Rio do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP
Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos

CARTA DE ANUÊNCIA

Ào Diretor do Hospital Estadual Ruy Pereira
Dr Robson Alencar

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa: “CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Rejane Maria Paiva de Menezes, concordo em autorizar a realização da coleta de dados da referida pesquisa na Instituição que represento, a qual será realizada com os enfermeiros dos setores clínicos e cirúrgicos.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Natal, 21 / 10 / 2016.

Hospital Dr. Ruy Pereira dos Santos
Robson Alencar de Souza
Diretor Geral
Mat. 203/578-2
Dr Robson Alencar

Diretor do Hospital Estadual Ruy Pereira
palbuquerque269@gmail.com.br

ANEXO D

1

HUOL
Hospital Universitário
Onofre Lopes**EBSERH**
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA****CARTA DE ANUÊNCIA**

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: **Conduta dos enfermeiros na prevenção de queda em idosos em instituições hospitalares**, a ser realizada em quatro Hospitais Públicos Gerais, localizados na região do Distrito Leste, do município de Natal, RN. Dentre esses, o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Os pesquisadores responsáveis, são a aluna de mestrado em enfermagem, **Patrícia Naiara de Oliveira Moreira**, e sua Orientadora, **Prof.ª Dr.ª Rejane Maria Paiva de Menezes**.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório quantitativo, com o objetivo de analisar as condutas utilizadas pelo enfermeiro, na prevenção de queda em idosos internados em instituições públicas hospitalares, do Distrito Leste, no município de Natal-RN. A população do estudo será composta pelos enfermeiros que trabalham em unidades clínicas e cirúrgicas dos turnos: manhã, tarde e noite, dos hospitais referidos, num total de 160 enfermeiros. Será utilizado um questionário estruturado, contendo questões relacionadas ao tema de estudo.

A previsão para a aplicação do instrumento junto aos profissionais, deverá ocorrer entre novembro e dezembro de 2016, necessitando portanto de vossa autorização, para desenvolver este estudo. Ao mesmo tempo em que, pedimos autorização para que o nome deste Hospital possa constar no relatório final, bem como, em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais

Prof. Dr. Irami Araújo Filho
Gerente de Ensino e Pesquisa / HUOL / EBSERH
Mat. SIAPE 3328273

Irami Araújo Filho
18/10/16

dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Natal, 05 de outubro 2016

Irami Maria Leiva de Menezes

Nome do (a) Coordenador (a) / Orientador (a)

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação ()

Irami Araújo Filho

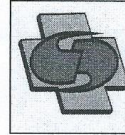
Prof. Dr. Irami Araújo Filho Gerente de Ensino e Pesquisa-HOUC/ESERH

Prof. Dr. Irami Araújo Filho
Gerente de Ensino e Pesquisa / HOUC / ESERH
Mat. STAB 3328273

ANEXO E



Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Norte
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
Direção Geral



Carta de Anuência

Por ter sido informada verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **“Conduta dos Enfermeiros na prevenção de queda em idosos em instituições hospitalares”**, coordenada pela Prof^a MsC Rejane Maria Paiva de Menezes, concordo em autorizar a pesquisa descritiva e exploratória quantitativa de coleta de dados através de aplicação de um questionário aos profissionais enfermeiros do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Autorizo também a publicação do nome do hospital e respectivos dados nos resultados do estudo na forma de artigo científico, desde que, condicionada a aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Natal, 13 de outubro de 2016.

Maria de Fátima Pereira Pinheiro
Diretora Geral
Mat. 83.252-9

Maria de Fátima Pereira Pinheiro

Diretora do Hospital

Maria de Fátima Pereira Pinheiro
Diretora Geral
Mat. 83.252-9