

Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção

Falls in hospitalized patients: contributions to practice based on prevention

Caídas en pacientes hospitalizados: contribución para una práctica basada en la prevención

Ricardo Alexandre Rebelo de Almeida*

Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu**

Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes***

Resumo

As quedas surgem como os acidentes mais documentados no hospital, assumindo particular destaque pelas consequências individuais que originam e pelo aumento do tempo de internamento, ampliando custos económicos e sociais.

O objetivo deste artigo é contribuir para uma maior compreensão do fenómeno da queda, sensibilizando os enfermeiros para o seu estudo e incorporação nas práticas de cuidados, através da análise e caracterização do fenómeno da queda, procurando na literatura científica contributos para a sua melhor compreensão e desenvolvimento de estratégias de atuação/prevenção.

Foi realizada uma revisão da literatura, com pesquisa em bases de dados (B-on e EBSCO-host) e no acervo bibliográfico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Na literatura científica a queda surge como evento multifatorial de causas individuais ou ambientais. Embora a investigação desenvolvida nesta área destaque alguns factores de risco, estes são eminentemente contextuais e relacionados com características específicas das pessoas. Assim, a avaliação do risco individual, a determinação de factores de risco e a constituição de protocolos de intervenção, surgem como medidas eficazes de prevenção.

Os enfermeiros são profissionais de eleição na promoção da segurança do utente, desenvolvendo/utilizando instrumentos de avaliação do risco e implementando medidas de prevenção, baseadas na evidência científica e suportados em formação continuada.

Palavras-chave: acidentes por quedas; risco; segurança; doente.

Abstract

Inpatient falls are the most documented accidents in hospital, gaining particular attention because of the individual consequences they cause and the increased length of stay in hospital, which increases economic and social costs.

The aim of this paper is to contribute to greater understanding of the fall phenomenon, raising awareness among nurses of the need for study and incorporation of this issue into clinical care practice, through the analysis and characterization of the fall phenomenon, looking for contributions in the scientific literature that can lead to better understanding and development of strategies for action/prevention.

We performed a literature review, searching scientific databases (B-on and EBSCO-host) and the bibliographic collection of Coimbra Nursing School.

In scientific literature a fall is described as a multifactorial event with individual or environmental causes. Although the research undertaken in this area highlighted some risk factors, these are contextual and related to specific characteristics of the individuals concerned. Thus, individual risk assessment, determination of risk factors and establishment of intervention protocols have emerged as effective preventive measures.

Nurses are the best professionals to promote patient safety, develop/use tools to assess fall risk and implement preventive measures, based on scientific evidence and supported in continuing education.

Keywords: accidental falls; risk; security; patient.

* Enfermeiro no Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. Colaborador da UICISA-E. [ricardo.alexandre@portugalmail.pt]

** Mestre, Doutoranda. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Investigadora da UICISA-E. [cila@esenfc.pt]

*** Doutorada. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Investigadora da UICISA-E. [acmendes@esenfc.pt]

Resumen

Las caídas aparecen como los accidentes más documentados en el hospital, asumiendo particular destaque por las consecuencias individuales que originan y por el aumento del tiempo de internamiento, ampliando costos económicos y sociales.

El objetivo de este artículo es contribuir para una mayor comprensión del fenómeno de caída, sensibilizando a los enfermeros de su estudio e incorporación en las prácticas de cuidados, a través del análisis y caracterización del fenómeno de caída, buscando en la literatura científica contribuciones para su mejor comprensión y desarrollo de estrategias de actuación/prevenión.

Fue realizada una revisión de la literatura, con búsquedas en bases de datos (B-on e EBSCO-host) y en el acervo bibliográfico de la *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.

En la literatura científica la caída surge como evento multifactorial de causas individuales o ambientales. A pesar de que la investigación llevada a cabo en esta área destaque algunos factores de riesgo, estos son eminentemente contextuales y relacionados con características específicas de las personas. Así, la evaluación del riesgo individual, la determinación de factores de riesgo y la constitución de protocolos de intervención, surgen como medidas eficaces de prevención.

Los enfermeros son profesionales de elección en la promoción de la seguridad del usuario, desarrollando/utilizando instrumentos de evaluación del riesgo e implementando medidas de prevención, basadas en la evidencia científica y suportados en formación continuada.

Palabras clave: accidentes por caídas; riesgo; seguridad; paciente.

Recebido para publicação em: 10.09.10

Aceite para publicação em: 10.11.10

Introdução

O risco de ocorrência de eventos adversos em meio hospitalar é uma realidade que tem levado os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a desenvolver estratégias de promoção da segurança do doente hospitalizado.

As quedas são os eventos adversos mais frequentes nos hospitais e podem ter consequências físicas, psicológicas e sociais. Habitualmente, estes eventos traduzem-se num aumento do período de internamento e de dependência da pessoa, com consequente acréscimo de custos económicos e sociais. Este tipo de situações é, por isso, considerado como importante indicador da qualidade assistencial (Calvo, 2001; Mugaia, 2004; Saraiva *et al.*, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior, relatando que se estima que em 2002 tenham morrido, em todo o mundo, 391.000 pessoas devido a este fenómeno.

Segundo Saraiva *et al.* (2008, p.29) a queda pode ainda ser entendida como “*um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correcção em tempo útil*”, podendo este facto ter resultado de vários factores que comprometem a estabilidade do organismo. Os mesmos autores referem que estes acidentes são característicos em idades extremas, sendo comum considerar a queda como um “*síndrome geriátrico*”, dada a sua maior incidência nos idosos.

No que concerne a doentes hospitalizados, Hendrich *et al.* (2003) considera que as quedas são o acidente mais relatado em unidades de saúde. Morse, citado por Oliver *et al.* (2004) reporta estudos que apontam entre 2,9-13 quedas por 1000 dias de internamento/cama. Heinze *et al.* (2006) fazem referência a dados estatísticos que, para além de assinalarem quedas na ordem dos 2-15% nestes indivíduos, afirmam que mais de um quarto destas resultam em lesões físicas. Muitos têm sido os factores que contribuem para a complexidade do fenómeno das quedas. O envelhecimento da população, o maior envolvimento dos doentes no processo de cuidar, a escassez de enfermeiros e o ambiente de trabalho inadequado para os prestadores de cuidados podem tornar qualquer processo de melhoria num desafio (Hendrich, 2006).

Embora existam poucos dados sobre a realidade das quedas em Portugal, algumas organizações de saúde têm vindo a adoptar uma cultura de notificação deste tipo de acidentes que ocorrem no ambiente hospitalar. Estes são ainda exemplos escassos e pontuais. A tendência de perceber a queda como uma “falta” dos enfermeiros e não como um indicador multifactorial da qualidade dos cuidados, leva a que estas sejam um fenómeno subavaliado e subvalorizado. A compreensão deste fenómeno como um evento multifactorial em que as acções preventivas visam a minimização do risco e a diminuição das ocorrências é o ponto de partida, sem o qual não é possível a introdução das acções emanadas pelas organizações nacionais e internacionais para a promoção da segurança do doente.

Assim, o objectivo do presente artigo é contribuir para uma maior compreensão deste fenómeno, sensibilizando os enfermeiros para o seu estudo e incorporação nas práticas de cuidados através da análise e caracterização do fenómeno da queda, procurando na literatura científica contributos para a sua melhor compreensão e desenvolvimento de estratégias de actuação e prevenção.

Para tal, recorreu-se à pesquisa de artigos em bases de dados científicas (B-on e EBSCO-host) e no acervo bibliográfico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, utilizando as palavras-chave: acidentes por quedas (de doentes/em hospitais/risco de), segurança dos doentes, prevenção de quedas. Privilegiaram-se os artigos resultantes de investigação empírica publicados nos últimos 10 anos.

As quedas e sua classificação

As quedas são um evento traumático, multifactorial, habitualmente involuntário e inesperado, mas que pode ser recorrente num mesmo indivíduo e acarreta, frequentemente, consequências para a vítima, para o próprio cuidador e para a sociedade. Desta forma, torna-se importante uma correcta caracterização do evento, delimitando as suas particularidades.

A partir de diferentes abordagens do evento encontramos várias propostas de classificação das quedas. Estas classificações são tentativas de agrupamento, mais ou menos estruturado, que permitem organizar estes acidentes consoante factores/causas precipitantes, frequência de ocorrência, riscos individuais de queda, entre outros.

Uma das propostas é a apresentada por Simpson (2002), citado por Saraiva *et al.* (2008), que agrupou estes eventos em *Quedas Ocasionais* – associadas a factores extrínsecos (condicionantes do meio envolvente e da própria situação); *Intermitentes* ou *Intercorrentes* – relacionadas com alguma doença aguda ou distúrbio passageiro do aparelho circulatório; *Recidivantes* – quando se repetem duas ou mais vezes no prazo de seis meses, associadas a doentes com estados de saúde débeis, mas sem explicação clínica completa para as quedas; e *Casos de Risco* – englobam os indivíduos com elevado risco de queda, embora não tenham ainda sofrido qualquer acidente.

Outra classificação possível é a apresentada por Morse e utilizada por Hendrich (2003) que diferencia as quedas em *acidentais* – associadas a perigos ambientais (obstáculos e barreiras do espaço físico); *quedas fisiologicamente previsíveis* (em indivíduos com alterações fisiológicas que predisõem a um alto risco de queda); e *quedas fisiologicamente imprevisíveis* (embora atribuídas a factores fisiológicos, estas não são previsíveis antes da primeira queda).

Desde logo, estas classificações fazem alusão à existência de factores que predisõem a determinado risco de queda, quer sejam eles inerentes à própria situação clínica e física do indivíduo, quer associados ao meio envolvente em que este se encontra. Assim, existindo factores (pessoais ou ambientais) passíveis de ser associados a riscos aumentados de queda, será possível intervir junto deles minimizando-os e/ou eliminando-os de forma a diminuir a probabilidade de ocorrência do acidente.

Factores de risco

As quedas são, como já anteriormente mencionado, fruto de uma multiplicidade de factores. Os estudos consultados mostram esta complexidade, estudando diferentes factores, tanto de forma isolada, como em diferentes tipos de associação. Assim, enquanto para alguns autores como Rubenstein *et al.*, citados por Oliver *et al.* (2004), as quedas são o resultado de uma sinergia de múltiplas patologias e factores de risco, para outros, como Saraiva *et al.* (2008) estas devem ser estudadas como a junção de uma variedade de alterações relacionadas com a idade, patologias e inadequação do ambiente envolvente.

Estas diferenças estão relacionadas com o tipo de abordagem que se utiliza para a compreensão do fenómeno. Saraiva *et al.* (2008) propõem, para melhor compreensão, a seguinte diferenciação: abordagem ecológica, abordagem biomédica, abordagem fisiopatológica e abordagem funcional.

A *abordagem ecológica* analisa o incidente numa perspectiva de interacção entre o organismo e o meio, dando especial relevância às ameaças ambientais que podem traduzir-se em riscos potenciais para o indivíduo.

A *abordagem biomédica* realça factores inerentes a doenças como potenciadores da queda, nomeadamente as doenças cardiovasculares, neuromusculares e as demências.

A *abordagem fisiopatológica* alerta para os vários défices capazes de produzirem instabilidade no indivíduo, como é o caso dos défices sensoriais.

A *abordagem funcional* focaliza-se nos vários problemas ao nível dos movimentos do sujeito que se podem tornar ameaças à estabilidade do corpo, designadamente, os problemas nas actividades de vida diária, como sentar, levantar, transpor obstáculos, apanhar objectos, entre outros.

Ao direccionar a atenção para os diferentes aspectos do fenómeno, as várias abordagens contribuem para realçar os factores de risco específicos presentes em cada sujeito face à sua situação particular de vida e contexto em que se encontra.

Atendendo a estas especificidades podemos, assim, encontrar diferentes organizações de classificação dos factores de risco. Estes podem ser divididos, por exemplo, em dois grandes grupos: os *factores intrínsecos* – directamente relacionados com o indivíduo; e os *factores extrínsecos* – relacionados com características ambientais e sociais (Calvo, 2001; Tavares, 2001; Hendrich, 2006; Pereira, 2001).

Os factores intrínsecos englobam *alterações fisiopatológicas* (ex: diminuição da visão e audição, distúrbios vestibulares, proprioceptivos e musculoesqueléticos, disfunções da marcha, sedentarismo); *doenças* (ex: cardiovasculares, neurológicas, osteoarticulares, genito-urinárias); e *consequências do uso de fármacos* (como a diminuição das funções motoras, fraqueza, tonturas, hipotensão, confusão e sonolência) (Saraiva *et al.*, 2008).

Os factores extrínsecos, estando relacionados com factores ambientais, reúnem uma série de características inadequadas dos espaços, mobiliário e iluminação,

existência de obstáculos no meio envolvente, ausência ou inadequação de ajudas técnicas, vestuário inadequado, entre outros (Saraiva *et al.*, 2008).

No entanto, a maioria dos estudos, abordam os factores de risco de forma casuística, permitindo diferentes agrupamentos. Hendrich *et al.* (2003) relatam que têm sido realizados importantes estudos de caso/controlo no sentido de identificar factores de risco de queda. Apesar das limitações encontradas nos estudos analisados, os mesmos autores, fazem uma retrospectiva e referência os trabalhos de:

– Hendrich *et al.* (1992) que apontam sete factores de risco – história de quedas anteriores, depressão, alterações ao nível da eliminação, tonturas/vertigens, diagnóstico de cancro, confusão e mobilidade alterada;

– Watson e Mayhew (1994) que encontraram quatro factores – mobilidade diminuída; deficiência visual; ordens de restrição e o uso de medicação anti-hipertensiva;

– Gluck *et al.* (1996) que sugerem três situações de risco – história prévia de quedas, confusão ou desorientação, incontinência, diarreia ou necessidade de ajuda para se deslocar ao WC;

– Mendelson (1996) que ao examinar o efeito da medicação sedativa nas quedas de doentes verificou que os antidepressivos, hipnóticos, benzodiazepinas tranquilizantes *minor* e tranquilizantes *major* estavam associados às quedas.

– Morse (1997) que considera seis factores de risco – história de queda, presença de um diagnóstico secundário, uso de ajudas em ambulatório, terapia endovenosa ou “*heparin lock*”, marcha prejudicada e má orientação do doente para as suas próprias capacidades;

– Oliver *et al.* (1997) identificaram sete factores de risco – pontuação 3 ou 4 na transferência e mobilidade, presença de preocupação de queda, ida frequente ao WC, deficiência visual, agitação, instabilidade da marcha e o uso de medicação anti-arritmica.

Da análise destes estudos é de realçar que, à excepção de Mendelson, pela particularidade do seu trabalho e apesar das limitações ao nível da comparação, a alteração da mobilidade no indivíduo é o único factor que, embora de diferentes formas, é apontado nos vários estudos como estando associado a risco aumentado de queda. Em consonância com esta avaliação, Hendrich (2006) refere que a maioria

das quedas de adultos em meio hospitalar está relacionada com causas intrínsecas, sendo que, os factores extrínsecos espelham menos de 15% das quedas.

Apesar disso, deve ser dada especial atenção ao contexto em que se desenrola a acção, tendo Hendrich (2006) referenciado que a necessidade ou acto de ir à casa de banho é uma das causas de queda mais comuns e relatadas em meio hospitalar. Segundo a autora, mais de 50% das quedas acontecem quando os doentes se tentam levantar da cama para ir à casa de banho ou no conseqüente percurso de ida/volta.

Após uma revisão sistemática da literatura sobre a mesma temática, Oliver *et al.* (2004) concluíram que apenas um pequeno número de factores de risco de queda pareceram consistentes, nomeadamente a instabilidade na marcha, fraqueza dos membros inferiores, agitação/confusão, incontinência urinária /frequência ou necessidade de ir à casa de banho, história de quedas anteriores e consumo de medicação psicotrópica.

Relativamente à associação do consumo de medicação com o risco de queda, Hendrich *et al.* (2003) consideram que essa correlação terá mais sentido quando estabelecida com o efeito secundário causado pela medicação. Desta forma, serão as alterações ou perturbações causadas por essa droga na mobilidade, cognição e eliminação (entre outros) que levarão a um risco aumentado de queda.

A existência de um grande número de factores de risco de queda, mencionados nos estudos dos últimos anos, mostra como a prevenção deste fenómeno deve ser encarada de forma intencional e atender aos contextos específicos de cada unidade de cuidados e dos seus utilizadores, no sentido de incrementar a qualidade dos cuidados.

A intervenção neste tipo de situações deverá ser, por isso, diferenciada consoante a prevalência dos factores de risco, implementando acções para a prevenção da queda através do controlo das causas intrínsecas e eliminação das extrínsecas.

Consequências da queda

As quedas podem causar limitações na actividade física e na independência do indivíduo, comprometendo o seu bem-estar físico e mental (Marin *et al.*, 2000). As consequências são, assim, de diversos tipos, podendo

ser tanto de natureza física, como psicológica e social, afectando a qualidade de vida dos indivíduos (Saraiva *et al.*, 2008).

As consequências físicas são todas as lesões directamente causadas pelo traumatismo, como o são os casos das feridas, dos hematomas e/ou fracturas. Ao nível psicológico as consequências que despontam são o medo de voltar a cair, a ansiedade, a depressão, a perda da auto-estima, entre outros. Quanto às sociais estas passam pelo aumento dos custos com recursos humanos e técnicos, em parte devido ao aumento do tempo de internamento, mas também devido ao aumento da necessidade de ajuda ao indivíduo face à diminuição da sua autonomia (Oliver *et al.*, 2004; Saraiva *et al.*, 2008).

Hendrich *et al.* (2003) alertam para o medo em doentes vítimas de queda, caracterizando o conceito “*fallophobia*” como sendo o medo prolongado de voltar a cair e que pode condicionar seriamente todas as actividades de vida desses indivíduos.

Especificidades da queda no idoso

A faixa etária dos idosos desperta particular interesse e preocupação devido aos factores de risco que apresentam, materializados em elevadas taxas de queda e co-morbilidade. Os estudos com estas faixas etárias mostram que as quedas são um problema importante, quer considerado em meio hospitalar ou outro tipo de instituições, quer na comunidade. De igual modo, mostram que as consequências deste tipo de acidentes nestas faixas etárias assumem repercussões mais relevantes e constituem um desafio para os serviços de saúde.

Saraiva *et al.* (2008), citando Nogueiro (2002), referem que apesar de nem sempre serem notificadas, as quedas de idosos na comunidade têm uma incidência anual de 0,5 quedas por pessoa. Alertam, ainda, para o facto de apenas 50% dos doentes hospitalizados sobreviverem um ano após a queda.

Estudos de Pereira *et al.* (2001) demonstraram que a ocorrência de quedas aumenta gradualmente acima dos 65 anos, sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens (na mesma faixa etária), em idosos que necessitam de ajuda nas actividades de vida diária (probabilidade de cair 14 vezes superior) e acima de dois terços dos que caíram serão recorrentes nos seis meses seguintes. Referem ainda que as quedas

constituem 12% das mortes em idosos, sendo a principal causa de morte accidental acima dos 75 anos (70%). Outros estudos, como o de Calvo, (2001) mostram um aumento do número de quedas a partir dos 45 anos de idade, sendo que, na faixa etária acima dos 74 anos esse aumento é ainda mais significativo, atingindo 2,1% dos doentes estudados.

Tavares (2001) indica que 1 em cada 3 idosos sofre uma queda por ano, sendo 50% dos idosos recorrentes neste tipo de acidente. Refere, também, que a incidência é ainda maior nos indivíduos institucionalizados, estimando-se que seja na ordem dos 50%.

Os dados epidemiológicos apontados pelos diversos autores alertam para uma realidade preocupante que faz desta faixa etária um grupo de risco no que concerne à probabilidade de queda, constituindo-se como um problema de saúde pública.

A ocorrência deste tipo de acidente pode “*sinalizar o início de fragilidade ou indicar doença aguda*”, podendo constituir-se como “*factor premonitório de algo errado com a saúde do idoso*”, nomeadamente doenças ainda não diagnosticadas (Saraiva *et al.*, 2008, p. 32).

Os estudos demonstram o contributo de inúmeros factores para a ocorrência da queda. Contudo, alguns autores defendem o predomínio dos factores intrínsecos nesta faixa etária, característicos do processo de envelhecimento.

Especial importância é dada ao grau de dependência e funcionalidade do idoso, pois será um factor primordial que irá afectar a sua relação com o meio, condicionando a sua forma de ultrapassar os obstáculos e barreiras do ambiente. Saraiva *et al.* (2008, p. 33) afirmam mesmo que “*o grau de risco depende muito da capacidade funcional do idoso*”. Sendo o risco de queda mais elevado no idoso, em meio hospitalar, deve ter-se uma atenção redobrada devido ao facto de ser um ambiente estranho e por vezes hostil para a pessoa. A este facto acrescem as implicações para o processo do cuidar, dado que, as quedas acarretam importantes consequências psicológicas para o idoso, como os elevados níveis de ansiedade e medo. Este medo de cair causa sérias restrições nas actividades de vida e própria mobilidade, podendo diminuir o tempo médio de vida do indivíduo (Hendrich *et al.*, 2003). Por outro lado, a queda pode desencadear um conjunto de sentimentos negativos na pessoa idosa, tais como

o sentimento de vulnerabilidade e humilhação, devido ao confronto com a decadência e perda de capacidades do corpo (Pereira *et al.*, 2001).

Devido ao progressivo declínio da actividade e independência, baseado no medo de voltar a cair, muitas vezes, o idoso acaba por traçar um percurso que termina com a institucionalização. Gradualmente, a pessoa isola-se e perde confiança nas suas capacidades, tornando-se cada vez mais sedentário e dependente, necessitando de apoio dos familiares e cuidadores de saúde.

Alguns estudos sugerem mesmo uma forte correlação entre a dependência do doente/necessidade de cuidados e o risco de queda (Heinze *et al.*, 2006).

Independentemente dos factores de risco de queda encontrados em cada idoso, podem ser implementadas algumas medidas universais de prevenção como “a correcção dos riscos ambientais, a redução ou eliminação de fármacos com acção no sistema nervoso central e a instituição de programas de exercício que melhorem a força muscular, a postura e o equilíbrio” (Tavares, 2001, p.74).

Cuidados baseados na prevenção

A promoção de um ambiente seguro e confortável ao doente institucionalizado, atenuando o desenraizamento do seu meio natural e consequente despersonalização, é uma das constantes preocupações do enfermeiro.

A prevenção das quedas será, por isso, um aspecto importante da promoção da segurança do indivíduo. Torna-se importante a consciencialização para o problema e a tomada de medidas efectivas com a criação de programas de acção ao nível da prevenção. Saraiva *et al.* (2008, p. 28) referem que este facto tem-se constituído como “uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados de enfermagem”.

De facto, dada a frequência deste tipo de acidentes em meio hospitalar, estes tornam-se não só um problema para os doentes, como um foco de atenção para os prestadores de cuidados. Assim, no sentido de evitar as quedas, os profissionais de enfermagem devem ser capazes de identificar correctamente os doentes com maior risco de virem a cair durante o internamento, para desta forma fazerem um correcto planeamento das medidas preventivas necessárias (Heinze *et al.*, 2006), pois algumas quedas em

doentes hospitalizados são claramente previsíveis e evitáveis (Oliver *et al.*, 2004; Hendrich, 2006).

Saraiva *et al.* (2008, p. 29) afirmam que a queda deve ser “*minuciosamente avaliada e os factores de risco a ela associados devem ser devidamente explorados a fim de se criarem estratégias educacionais e preventivas para a manutenção da independência e saúde física do indivíduo*”. Os mesmos autores reconhecem que “*o risco de queda aumenta linearmente com o número de factores de risco*” (*idem*, p.34), o que deixa transparecer que, caso se eliminem factores de risco, a probabilidade de queda irá reduzir.

Neste domínio é de realçar que nem todos os factores de risco são passíveis de ser modificados ou suprimidos. Por exemplo, os idosos são uma população especial, na qual muitos dos factores intrínsecos associados ao envelhecimento, não são modificáveis, chegando mesmo a ser difícil a sua mitigação.

Para uma adequada intervenção torna-se necessário e útil a utilização de instrumentos sistematizados e objectivos de avaliação de risco do doente. Na sua revisão sistemática da literatura, sobre factores de risco de queda e de instrumentos de avaliação desse mesmo risco, Oliver *et al.* (2004) concluíram que há poucos instrumentos validados e que os existentes possuem uma limitada capacidade preditiva.

Os autores supracitados referem que, nos instrumentos validados, apenas se encontram altas sensibilidades e especificidades na avaliação do risco de queda dentro das mesmas condições de estudo, não se encontrando validações para múltiplas configurações ou como parte efectiva das estratégias de prevenção de quedas. Apesar disso, a utilização de instrumentos de avaliação é um recurso fundamental para a prevenção levando Hendrich (2006) a enfatizar que, independentemente do instrumento seleccionado, o importante será que este seja específico e sensível para a população em causa e fazer parte integrante da prática profissional do enfermeiro. Esta avaliação deve integrar o plano individual de cuidados, como medida proactiva de prevenção.

Hendrich *et al.* (2003) no seu estudo de validação do instrumento de avaliação de factores de risco *Hendrich II Fall Risk Model* afirmam que se os pacientes da amostra tivessem sido alvo de uma avaliação específica do risco de queda, 75% das quedas teriam sido previstas. Salientam, ainda, que a

avaliação do risco de queda ou dos factores de risco, quando acompanhada de intervenções-alvo, baseadas em factores de risco específicos, traduz-se em ganhos em saúde.

Em Portugal, não tem existido uma notória preocupação com a validação de ferramentas de avaliação do risco de queda, verificando-se em algumas instituições hospitalares a utilização de instrumentos que não sofreram a adaptação ou validação para o contexto português. Este facto, poderá condicionar o processo de avaliação e as intervenções subsequentes, dado que os instrumentos poderão não ser sensíveis à população em causa e não corresponder às reais necessidades dos utentes (Caldevilla e Costa, 2009). A selecção ou construção de instrumentos de avaliação,

para que sejam sensíveis ao fenómeno em estudo, devem surgir da investigação.

De igual modo, a prevenção das quedas deve basear-se na evidência empírica e na construção do conhecimento válido e específico da situação para permitir a sua transferência para os cuidados. A investigação apoia a construção de *guidelines* e organiza a recolha e tratamento da informação, bem como, deve estar na base da formação dos profissionais. Deste modo, a prevenção das quedas deve beneficiar da investigação, da formação dos profissionais sobre o risco de quedas nos doentes hospitalizados e, ainda, da criação de *guidelines* de prevenção sistematizados e monitorizáveis deste tipo de acidentes (Figura 1).

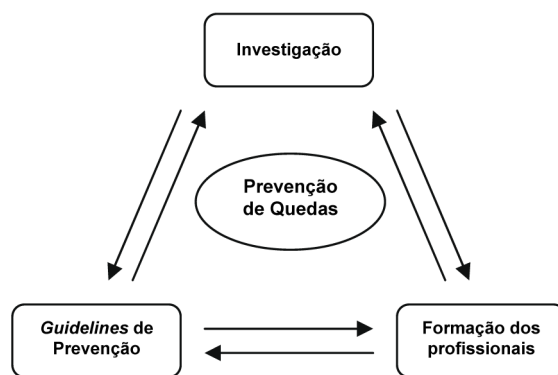


FIGURA 1 – Estratégias de prevenção de quedas baseada na evidência científica

Esta forma de compreender o fenómeno levou-nos a afirmar que após a aplicação de todos os procedimentos para a sua prevenção e se, mesmo assim, ocorrer uma situação de queda, torna-se relevante uma correcta caracterização retrospectiva do incidente, através da recolha do maior número de dados possíveis, de forma a haver uma reestruturação contínua das medidas de prevenção. Saraiva *et al.* (2008) consideram, ainda, relevante a realização de um exame físico cuidado do doente, identificando as circunstâncias da queda e os potenciadores ambientais do acidente. Esta análise sistemática e minuciosa permitirá adequar intervenções e medidas preventivas. Para que todo este processo seja possível é imprescindível a notificação da ocorrência de quedas em meio hospitalar. Ora, Oliver *et al.* (2004) referem que a queda do doente em meio hospitalar pode, também, ser um foco gerador de ansiedade e sentimento de culpa entre os cuidadores. Este facto pode ser exacerbado pelo surgimento de queixas ou

processos dos familiares dos doentes, induzidos pelo sentimento de que alguma coisa deveria ter sido feita para evitar a queda.

Tack *et al.* (1987), citado por Marin *et al.* (2000), alertava para o facto das quedas poderem levar ao ceticismo face à qualidade dos cuidados e à responsabilidade profissional. Sendo a taxa de quedas um indicador de qualidade dos cuidados e constituindo-se as quedas como um foco de atenção de enfermagem, a não realização de um diagnóstico de risco de queda e consequente implementação de medidas preventivas poderá ser considerada negligência profissional.

Perante a complexidade deste fenómeno, com consequências aos mais variados níveis, urge a necessidade de uma correcta percepção e compreensão por parte dos profissionais de saúde da importância da interdisciplinaridade na abordagem deste tipo de situações, com o objectivo de aumentar a qualidade da assistência.

Só procedendo ao registo da queda e sua correcta caracterização (local, hora, circunstâncias, lesões provocadas) será possível contribuir para a implementação de medidas preventivas e melhoria dos cuidados (Caldevilla e Costa, 2009). Esta comunicação não deverá ser entendida como uma punição dos cuidadores, mas sim como uma responsabilização e compromisso de todos os elementos da equipa de saúde na detecção de factores de risco e melhor compreensão do fenómeno da queda, contribuindo, assim, para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Hendrich (2006) menciona que de uma forma geral o sucesso dos programas de prevenção de queda tem atributos mensuráveis que incluem: investigação de factores de risco; a constante atenção aos perigos ambientais; coordenação das intervenções médicas e de enfermagem na redução dos factores de risco individuais; contínua aprendizagem sobre as especificidades das quedas (a partir da colheita de dados na ocorrência de acidentes); comunicação efectiva do risco do doente entre profissionais e

trabalho de grupo entre cuidadores/unidades de cuidados.

Saraiva *et al.* (2008) sistematizam a prevenção das quedas através da intervenção em quatro áreas prioritárias: identificação de indivíduos de risco; melhoria da autoconfiança; manutenção do indivíduo activo e independente; e melhoria da segurança do meio.

Apesar da multiplicidade de estratégias passíveis de serem colocadas em prática na promoção da segurança do doente, no que respeita ao risco de queda, a sua prevenção em meio hospitalar deverá passar por uma rigorosa avaliação individual do risco, logo no momento da admissão. Face a esse mesmo risco deverão ser aplicadas *guidelines* que visem a sua redução ou o controlo dos factores precipitantes. Finalmente, deverá ser conduzida uma contínua monitorização ao longo do internamento, notificando e caracterizando a ocorrência de quedas, o surgimento de novos factores de risco, de forma a adaptar e/ou reformular as intervenções planeadas (Figura 2).

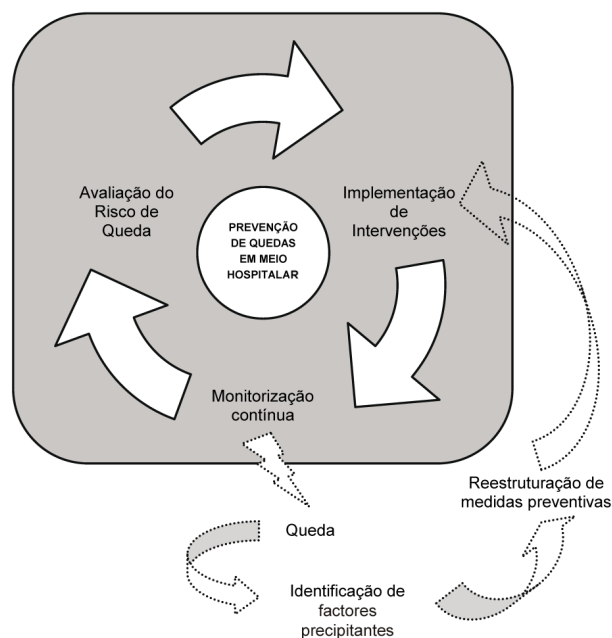


FIGURA 2 – Modelo de prevenção de quedas em meio hospitalar

Todo o processo terá de ser entendido como um processo multidisciplinar em que os profissionais, assim como o próprio doente e família influem num mesmo sentido. Conversar com o doente e família, alertando para o risco real de queda e suas consequências, pode ajudar a reduzir esse mesmo

risco (Mugaia, 2004; Hendrich, 2006). Da mesma forma, as chefias e direcções desempenham um papel vital na compreensão do problema, estabelecimento de uma cultura de segurança e melhoria do ambiente e condições de trabalho dos cuidadores (Hendrich, 2006).

De facto, ao nível das chefias e da gestão dos recursos, existe um dado relevante, vinculado por Calvo, (2001) que se refere ao número de doentes por profissional de saúde, ou seja, à disponibilidade que o cuidador tem (ou não) para dispensar a cada doente e estar atento ao seu risco de queda. Este facto, reencaminha-nos para as estratégias de gestão de recursos e a necessidade de manter dotações seguras na prestação de cuidados.

O desenvolvimento de um programa efectivo de prevenção de quedas requer, assim, um trabalho conjunto de todos na contínua criação e actualização de *guidelines* de boas práticas em cada unidade, pelo seu carácter específico (quer ao nível dos factores intrínsecos dos seus doentes, quer factores extrínsecos ou ambientais) (Hendrich, 2006).

Conclusão

Ao longo dos anos foi sendo construída a ideia de segurança associada ao hospital, enquanto local de excelência para a prestação de cuidados às populações. Contudo, o desenvolvimento destas instituições e a própria prática clínica demonstraram que mesmo no ambiente hospitalar existem riscos que podem ameaçar a integridade física, psicológica e sociológica dos utentes, como é o caso das quedas. Este tipo de acidentes traduz importantes consequências para o indivíduo e instituições, sendo a prevenção a estratégia prioritária a utilizar pelos profissionais de saúde.

A previsibilidade dos factores de risco, após uma correcta avaliação, deverá ser protocolada e alvo de um planeamento de enfermagem direccionado à redução do risco individual de queda, de forma a traduzir uma maior efectividade.

Contudo, a queda enquanto evento multifactorial de grande complexidade, associada a um ambiente e contexto de cuidados em constante mudança, suscita a necessidade de uma investigação e formação contínua sobre os principais factores de risco, incidências, consequências e medidas preventivas específicas.

Neste domínio, e no contexto de saúde português, existe ainda um grande percurso a desenvolver de forma a constituir uma prática baseada na evidência científica. Urge a necessidade de criar e desenvolver instrumentos específicos e adaptados que auxiliem

a prática clínica do enfermeiro, mas também a necessidade de um acompanhamento e avaliação das práticas preventivas implementadas.

A investigação terá, assim, um papel preponderante no desenvolvimento de instrumentos de avaliação do risco e na identificação de factores de risco de queda específicos nos doentes hospitalizados. Será, ainda, um meio imprescindível de monitorização do impacto da implementação de protocolos de formação e prevenção de quedas.

A formação, por seu lado, poderá ser um instrumento de promoção e fortalecimento de um ambiente de segurança, através da co-responsabilização profissional e da criação e utilização de *guidelines* de prevenção no seio das equipas cuidadoras.

A promoção da segurança do doente e, especificamente, a prevenção das quedas constituiu-se, assim, como um desafio para os enfermeiros, devendo estes profissionais de saúde assumir uma atitude proactiva ao nível da investigação, formação e implementação de medidas preventivas. Esta responsabilização profissional na melhoria da qualidade dos cuidados será, assim, um importante contributo no caminho para a excelência do cuidar.

Referências bibliográficas

- CALDEVILLA, Maria Nilza G. N. ; COSTA, Maria Arminda S. M. (2009) – Quedas nos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº 19, p. 25-28.
- CALVO MESA, M. ; RIU CAMPS, M. ; VILLARES GARCIA, M. J. (2001) – Las caídas intrahospitalarias: «una realidad». *Revista ROL de Enfermería*. Vol. 24, nº 1, p. 25-30.
- HEINZE, C. [et al.] (2006) – Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 53, nº 3, p. 327-332.
- HENDRICH, Ann (2006) – Inpatient falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*. (Mai./Jun.), p. 26-30.
- HENDRICH, Ann L. [et al.] (2003) – Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. Vol. 16, nº 1, p. 9-21.
- MARIN, Heimar F. (2000) – Desenvolvimento de um sistema de alerta para a prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 8, nº 3, p. 27-32.
- MUGAIAR, Ketrin Helena Batelli ; BORDIN, Luiz Carlos ; FONSECA, Ariadne da Silva (2004) – Risco de queda de paciente: percepção do enfermeiro. *Nursing*. São Paulo. Vol. 7, nº 73, p. 30-35.

OLIVER, D. [et al.] (2004) – Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. **Age and Ageing**. Vol. 33, nº 2, p. 122-130.

OMS (2008) - Falls [Em linha]. [Consult. 24 Fev. 2008]. Disponível em WWW:< URL:http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/>.

PEREIRA, S. R. M. [et al.] (2001) – **Quedas em idosos** [Em linha]. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [Consult. 24 Fev. 2010]. Disponível em WWW:< URL:http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>.

SARAIVA, D. M. R. F. [et al.] (2008) – Quedas: indicador da qualidade assistencial. **Nursing**. Lisboa. Ano 18, nº 235, p. 28-35.

TAVARES, Viviana (2001) – Prevenção das quedas. **Mundo Médico**. Ano 3, nº 16, p. 74.