

Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização

Análisis de factores de riesgo para las caídas de adultos en las primeras 48 horas de hospitalización

Analysis of fall risk factors in adults within the first 48 hours of hospitalization



Carine Peres Remor^a
Carla Barroca Cruz^b
Janete de Souza Urbanetto^c

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores de risco para quedas nas primeiras 48 horas de hospitalização e associá-los com a ocorrência de quedas. **Método:** Estudo de coorte, realizado em um hospital de Porto Alegre/RS. A população do estudo foram os pacientes adultos hospitalizados, e a amostra configurou-se em 556 pacientes avaliados quanto aos fatores associados a quedas em até 48 horas do início da internação, como a Morse Fall Scale e a força muscular, dentre outros. **Resultados:** Evidenciou-se que a classificação de risco elevado pela Morse Fall Scale (MFS) e, especificamente, os itens história de quedas, auxílio na deambulação, marcha comprometida/cambaleante e superestimar capacidade para deambulação estavam associados com as quedas na hospitalização ($p \leq 0,005$). Além desses fatores de risco, a força muscular reduzida e o déficit visual contribuíram para a ocorrência desse incidente de segurança. **Conclusão:** A análise dos fatores de risco para quedas dos pacientes avaliados nas primeiras 48 horas de hospitalização pode contribuir para a minimização dessas ocorrências e prevenir eventuais danos.

Descritores: Acidentes por quedas. Segurança do paciente. Hospitalização. Fatores de risco. Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores de riesgo para caídas en las primeras 48 horas de hospitalización y asociarlos con el acontecimiento de caídas. **Método:** Estudio de corte, realizado en un hospital de Porto Alegre/RS. La población del estudio fue de pacientes adultos hospitalizados y la muestra fue de 556 pacientes evaluados con relación a los factores asociados a caídas en hasta las 48h del inicio de la internación, ya que la Morse Fall Scale (MFS) y la fuerza muscular, entre otros. **Resultados:** Se ha evidenciado que la clasificación de riesgo alto por la MFS y, específicamente, los ítems historiales de caídas, auxilio en la deambulacion, marcha comprometida/tambaleante y sobreestimar capacidad para la deambulacion estaban asociados con las quedas en la hospitalización ($p \leq 0,005$). Además de estos factores de riesgo, la fuerza muscular reducida y el déficit visual también contribuyeron para el acontecimiento de ese incidente de seguridad. **Conclusión:** Análisis de los factores de riesgo para caídas de los pacientes evaluados en las primeras 48 horas de hospitalización puede contribuir para la minimización de esos acontecimiento y prevenir eventuales daños

Descritores: Accidentes por caídas. Seguridad del paciente. Hospitalización. Factores de riesgo. Enfermería.

ABSTRACT

Objective: To analyze fall risk factors in the first 48 hours of hospitalization and to associate them with the occurrence of falls. **Method:** Cohort study conducted at a hospital in Porto Alegre/RS, Brazil. A sample of 556 patients from an adult in-patient study population were evaluated within the first 48 hours of hospitalization for factors associated with falls, based on the Morse Fall Scale (MFS) and muscle strength, among others. **Results:** Evidence showed that the classification of high-risk according to the MFS and, more specifically, the items history of falls, ambulatory aid, impaired gait and overestimation of walking ability, were associated with falls during hospitalization ($p \leq 0.005$). In addition to these risk factors, reduced muscle strength and visual deficit also contributed to the occurrence of this safety incident. **Conclusion:** The analysis of fall risk factors in patients evaluated within 48 hours of hospitalization may contribute to minimizing these occurrences and preventing injury.

Descriptors: Accidental falls. Patient safety. Hospitalization. Risk factors. Nursing.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.50716>

^a Enfermeira. Graduada pelo Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia (FAENFI) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul/Brasil.

^b Enfermeira. Graduada pelo Curso de Enfermagem da FAENFI/PUCRS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul/Brasil.

^c Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela PUCRS. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da FAENFI/PUCRS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul/Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A hospitalização caracteriza-se por um processo que exige adaptações do paciente relativas à estrutura física, às rotinas e normas e, principalmente, às relações com as outras pessoas. Somado a estas mudanças do cotidiano que o paciente tinha no seu domicílio, agravos à saúde podem gerar diminuição abrupta da autonomia e da funcionalidade, aspecto nem sempre compreendido pelo paciente/família e pelos profissionais da saúde.

Nesse contexto, e considerando os riscos próprios da hospitalização, os incidentes de segurança do paciente podem ocorrer e gerar danos que repercutem, muitas vezes, de forma a dificultar ou diminuir a qualidade de vida dos pacientes. Este aspecto é foco central das discussões mundiais e, no Brasil, tornou-se tema prioritário nas agendas de gestores e profissionais de saúde, com a Portaria 529, de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil⁽¹⁾.

A segurança dos pacientes, definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável⁽¹⁻²⁾ nas instituições hospitalares, tem gerado muitas discussões e alertas na área da saúde, com o intuito de reduzir os atos assistenciais inseguros, visando a uma qualidade melhor no serviço prestado aos pacientes.

Dentre as estratégias para redução dos incidentes de segurança, a prevenção da queda durante a hospitalização é uma das metas estabelecidas pelo PNSP⁽¹⁾, sendo definida como o evento em que a pessoa inadvertidamente cai ao solo ou níveis inferiores, excluindo mudança intencional da posição para repouso na mobília, parede ou outros objetos⁽³⁾. Dados de estudos presentes do Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde do Brasil, indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia e que os danos ocorrem em até 50% dos casos⁽⁴⁾.

O risco para quedas no ambiente hospitalar pode ser monitorado por meio de escalas validadas para este fim, como a Morse Fall Scale⁽⁵⁾, que foi traduzida e adaptada para o Brasil, em 2013⁽⁶⁾. Esta escala permite classificar o risco de cair dos pacientes em baixo, moderado e elevado⁽⁵⁻⁶⁾.

As quedas podem ser classificadas em três tipos: a Queda Acidental é aquela que ocorre quando o paciente escorrega ou tropeça, geralmente causada por fatores ambientais; a Queda Fisiológica Antecipada, que é definida como uma queda previsível, onde o paciente apresenta sinais que indicam a probabilidade de cair, e prevista pela pontuação de risco da Morse Fall Scale; e a Queda Fisiológica Não Antecipada, definida como imprevisível, antes

da primeira ocorrência, e geralmente associada à presença de convulsões, desmaios, fraturas de quadril, entre outras⁽⁷⁾. Diferenciar os três tipos quedas é de suma importância para que possamos prever e prevenir cada tipo de queda com diferentes estratégias⁽⁷⁾.

A relevância de investigar, nas primeiras 48 horas de hospitalização, acerca dos riscos de quedas, visa identificar precocemente os pacientes que estão mais propensos a ter queda fisiológica antecipada e outros aspectos que possam ser relevantes e contribuam para a construção de estratégias para prever, alertar e reduzir este incidente que pode tornar-se um agravo importante na saúde dos pacientes.

Frente ao exposto, o problema de pesquisa deste estudo foi: O risco de quedas nas primeiras 48 horas de internação está associado com a queda durante a hospitalização de paciente adulto? Para responder a questão acima, este estudo tem como objetivo analisar os fatores de risco para quedas nas primeiras 48 horas de hospitalização e associá-los com a ocorrência de queda.

■ MÉTODO

Pesquisa do tipo coorte prospectivo, realizada em um hospital de grande porte da região metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, Brasil, no período de novembro de 2013 a março de 2014.

A população do estudo foram os pacientes adultos hospitalizados e a amostra configurou-se em todos os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão de ter idade ≥ 18 anos, estar internado em unidades clínicas ou cirúrgicas e ser avaliado quanto aos fatores associados a quedas em até 48 horas do início da internação.

A coleta dos dados foi realizada por equipe capacitada para a utilização de um instrumento de coleta e manual orientador. O instrumento era composto por duas partes. A primeira parte continha idade, sexo, data de admissão, data de alta, problemas musculoesqueléticos, déficit visual e auditivo e motivo da internação. A segunda parte incluía força muscular, Morse Fall Scale traduzida e adaptada para Língua Portuguesa⁽⁶⁾ e a ocorrência de queda.

A Morse Fall Scale na versão em língua portuguesa contém seis itens de avaliação: histórico de queda (sim, caiu nos últimos três meses: 25 pontos; não caiu nos últimos três meses: zero ponto); diagnóstico secundário (sim, possui mais de um diagnóstico: 15 pontos, não possui mais de um diagnóstico: zero ponto); auxílio na deambulação (não utiliza: zero ponto; totalmente acamado: zero ponto; deambula auxiliado por profissional de saúde: zero ponto; usa muleta/bengala/andador: 15 pontos; segura-se no mobiliário/parede: 30 pontos); terapia endovenosa/dis-

positivo endovenoso salinizado ou heparinizado (não faz uso: zero ponto; sim, faz uso: 20 pontos); marcha (normal/não deambula/totalmente acamado/usa cadeira de rodas: zero ponto; marcha fraca: 10 pontos, marcha comprometida/cambaleante: 20 pontos); estado mental (orientado/capaz quanto à sua capacidade/limitação: zero ponto; superestima capacidade/esquece limitações: 15 pontos)⁽⁶⁾. A soma das pontuações de cada item gera um escore para a classificação do risco em Risco Baixo (0 – 24 pontos), Risco Moderado (25 – 44 pontos), Risco Elevado (\geq 45 pontos)⁽⁵⁾.

A força muscular foi avaliada pela aplicação da Escala de Rossi e Mistrorigo⁽⁸⁾, que pontua grau 5 (normal ou 100%): o movimento articular é completo e possui força suficiente para vencer a gravidade e grande resistência aplicada; grau 4 (bom ou 75%): o movimento é completo e com força suficiente para vencer a gravidade e alguma resistência aplicada; grau 3 (regular ou 50%): o movimento é completo e sua força é suficiente para vencer apenas a gravidade; grau 2 (pobre ou 25%): o movimento é completo, mas só produz movimento se não houver ação da gravidade; grau 1 (traço ou 10%): não há evidência de pequenas contrações, mas não aciona a articulação; grau 0 (zero ou 0%): não há evidência de contração muscular. Foi classificada em força preservada (grau 5), força reduzida (grau 2, 3 e 4) e força ausente (graus 0 e 1).

Definiram-se os problemas musculoesqueléticos foram definidos como presentes ou ausentes a partir da avaliação física do paciente e os déficits auditivos e visuais foram autorreferidos pelo paciente. Os diagnósticos médicos foram coletados diretamente do prontuário do paciente e agrupados em um ou mais de um diagnóstico médico.

Os dados foram inseridos em um banco de dados no programa Excel, por meio de dupla digitação e conferência de incongruências. Utilizaram-se os dados relativos à primeira avaliação e à ocorrência de quedas foram utilizados para este estudo. A análise se realizou no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 17.0), utilizando a estatística descritiva (frequência absoluta e relativa e de variabilidade) e analítica (Teste Qui-Quadrado ou Fischer para avaliação da associação entre as variáveis). Para critérios de decisão adotou-se o nível de significância (α) de 5%. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (OF CEP - 1272/09) e o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

■ RESULTADOS

A amostra para este estudo totalizou 556 pacientes internados. A média da idade foi de 58,14 \pm 15,6 anos, com

mediana de 59 anos (18-97). A maioria possuía idade maior ou igual a 58 anos e era do sexo masculino. No decorrer das internações, 44 (7,9%) pacientes apresentaram quedas. Os dados relativos aos problemas musculoesqueléticos, déficits visuais e auditivos, força muscular e presença de mais de um diagnóstico médico e sua associação com as quedas estão descritos na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta os dados relativos aos itens e à classificação de risco para quedas da MFS na admissão dos pacientes hospitalizados e sua associação com a ocorrência de quedas ao longo da internação. A média de pontuação da MFS foi 39,10 \pm 24,89, com mediana de 35 pontos (0 – 125 pontos).

■ DISCUSSÃO

Este estudo traz a análise dos fatores de risco nas primeiras 48 horas da internação e analisa sua associação com a ocorrência de queda dos pacientes hospitalizados. Foi evidenciada associação do déficit visual, da força muscular reduzida da MFS e da classificação elevada para o risco de quedas, com a ocorrência de quedas dos pacientes analisados.

A investigação desses aspectos situa-se em um patamar de extrema relevância, uma vez que os danos causados por quedas têm, infelizmente, se tornado rotineiros no ambiente hospitalar, não acarretando somente problemas ao paciente, como também preocupação aos cuidadores e gestores. Por esses motivos o foco do cuidado na prevenção, fazendo com que os profissionais da enfermagem e da saúde, em geral, sejam capazes de identificar corretamente os pacientes com maior risco para cair, durante a hospitalização. O planejamento das medidas preventivas é necessário, pois algumas quedas em pacientes hospitalizados são previsíveis e evitáveis.

Quanto à idade e sexo, estudos têm demonstrado maior relação da queda com pessoas do sexo feminino e com idades superiores a 65 anos⁽⁹⁻¹²⁾, e nos idosos que necessitam de ajuda nas atividades de vida diária a probabilidade de cair é 14 vezes superior⁽⁹⁾. Neste estudo, não foi encontrada associação estatística significativa da idade e do sexo com a ocorrência de quedas. No entanto, os dados descritivos apontam que, dos pacientes que caíram, o percentual maior estava entre os pacientes do sexo masculino e com idade igual ou menor a 57 anos.

O déficit visual também apresentou associação estatística com a ocorrência de quedas. Dos que caíram, 88,6% possuíam este agravamento. Esse aspecto é pouco documentado nos estudos existentes que acompanham os fatores de risco para quedas. Um estudo, que analisou os fatores associados a quedas em idosos residentes na comunidade

Tabela 1. Associação das variáveis idade, sexo e características clínicas com a ocorrência de quedas. Porto Alegre/RS, 2014 (n=556).

	N (%)	Queda		P
		Não n (%)	Sim n (%)	
Sexo				
Feminino	256 (46,0)	235 (91,8)	21 (8,2)	0,815*
Masculino	300 (54,0)	277(92,3)	23(7,7)	
Idade				
Até 57 anos	248 (44,6)	228(91,9)	20(8,1)	0,906*
58 anos ou mais	308 (55,4)	284(92,2)	24(7,8)	
Problemas musculoesqueléticos				
Não	385 (69,2)	360(93,5)	25(6,5)	0,063*
Sim	171 (30,8)	152(88,9)	19(11,1)	
Déficit visual				
Não	134(24,1)	129(96,3)	5(3,7)	0,025**
Sim	422(75,9)	383(90,8)	39(9,2)	
Déficit auditivo				
Não	437(78,6)	404(92,4)	33(7,6)	0,544*
Sim	119(21,4)	108(90,8)	11(9,2)	
Força Muscular de Membro Superior Direito				
Preservada	325(58,5)	308(94,8)	17(5,2)	0,019**
Reduzida	224(40,3)	197(87,9)	27(12,1)	
Ausente	7(1,3)	7(100,0)	-	
Força Muscular de Membro Superior Esquerdo				
Preservada	329(59,2)	310(94,2)	19(5,8)	0,039**
Reduzida	214(38,5)	189(88,3)	25(11,7)	
Ausente	13(2,3)	13(100,0)	-	
Força Muscular de Membro Inferior Direito				
Preservada	343(61,7)	328(95,6)	15(4,4)	≤0,001**
Reduzida	195(35,1)	167(85,6)	28(14,4)	
Ausente	18(3,2)	17(94,4)	1(5,6)	
Força Muscular de Membro Inferior Esquerdo				
Preservada	333(59,9)	317(95,2)	16(4,8)	0,001**
Reduzida	200(36,0)	173(86,5)	27(13,5)	
Ausente	23(4,1)	22(95,7)	1(4,3)	
Mais de 1 diagnóstico médico				
Não		163(92,1)	14(7,9)	0,998*
Sim		349(92,1)	30(7,9)	

Fonte: Dados da pesquisa.

* Qui-Quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher

Tabela 2. Itens e classificação da MFS nas primeiras 48 horas de hospitalização dos pacientes e a associação com a ocorrência de quedas durante a internação. Porto Alegre/RS, 2014 (n=556).

	n (%)	Queda		p
		Não n(%)	Sim n(%)	
Histórico de queda				
Não	407(73,2)	389(95,6)	18(4,4)	<0,001**
Sim	149(26,8)	123(82,6)	26(17,4)	
Diagnóstico secundário				
Não	181(32,6)	167(92,3)	14(7,7)	0,914*
Sim	375(67,4)	345(92,0)	30(8,0)	
Auxílio na deambulação				
Não utiliza	374(67,3)	358(95,7)	16(4,3)	<0,001**
Totalmente Acamado	99(17,8)	90(90,9)	9(9,1)	
Deambula Auxiliado por Profissional de Saúde	34(6,1)	26(76,5)	8(23,5)	
Usa Muleta/Bengala/Andador	24(4,3)	20(83,3)	4(16,7)	
Segura-se no Mobiliário/Parede	25(4,5)	18(72,0)	7(28,0)	
Terapia endovenosa				
Não	185(33,3)	173(93,5)	12(6,5)	0,240**
Sim	371(66,7)	339(91,4)	32(8,6)	
Marcha				
Normal	284(51,1)	278(97,9)	6(2,1)	<0,001**
Não Deambula/Acamado	99(17,8)	90(90,9)	9(9,1)	
Não deambula/usa Cadeira de Rodas	4(0,7)	2(50,0)	2(50,0)	
Fraca	106(19,1)	95(89,6)	11(10,4)	
Comprometida/Cambaleante	63(11,3)	47(74,6)	16(25,4)	
Estado mental				
Orientado quanto à sua capacidade limitação	453(81,5)	431(95,1)	22(4,9)	<0,001**
Superestima capacidade/ Esquece limitações	103(18,5)	81(78,6)	22(21,4)	
MFS				
Risco Baixo	177(31,8)	175(98,9)	2(1,1)	<0,001**
Risco Moderado	167(30,0)	161(96,4)	6(3,6)	
Risco Elevado	212(38,1)	176(83,0)	36(17,0)	

Fonte: Dados da pesquisa.

* Qui Quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher

de, apontou a visão deficiente como um dos fatores de risco para quedas entre esses indivíduos. Idosos com leve, moderada e severa diminuição na acuidade visual apresentaram, respectivamente, 1,4 (95% IC 1,1-2,0), 1,0 (95% IC 0,4-2,2), e 2,2 (1,1-4,3) vezes mais a chance de caírem; idosos com diminuição da sensibilidade ao contraste tiveram 1,1 vezes mais chance de experimentar quedas

(95%IC 1,0 – 1,2); e idosos com anormalidade no campo visual tiveram 1,5 vezes mais chance de experimentar quedas recorrentes do que idosos sem anormalidades no campo visual⁽¹³⁾.

O processo natural de envelhecimento associa-se a uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças

de retina. Cerca de 90% dos idosos necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente⁽¹⁴⁾.

As alterações da acuidade e do campo visual, bem como catarata, glaucoma e degeneração macular estão correlacionados com aumento do risco de quedas. Essa perda na acuidade visual também pode ser um fator relacionado à perda de equilíbrio, uma vez que a visão constitui o órgão sensorial que fornece a maior parte das informações ambientais⁽⁹⁾. Reforçando estes aspectos, estudo com idosos identificou alta prevalência de déficit visual (81,4%) e alta taxa de quedas (54,2%) entre os que tinham déficits⁽¹⁵⁾.

Os pacientes que possuíam força muscular reduzida em membros superiores e inferiores apresentaram associação com a queda durante a hospitalização. Estudo longitudinal realizado com pacientes internados também identificou diminuição da força muscular nos pacientes que caíram⁽¹²⁾. Outro estudo realizado também encontrou diminuição da força muscular nas extremidades inferiores em 92,3% das mulheres e 94,1 % dos homens⁽¹⁶⁾.

A perda da força muscular pode prejudicar a mobilidade, levando à dependência funcional, sendo esta uma condição relacionada com o evento queda^(4,17). Os achados relativos à força muscular possibilitam referir que, mesmo com variação discreta, existem diferenças de força entre os quatro membros, sendo necessário a realização de uma avaliação adequada e individualizada.

Na análise realizada com os pacientes hospitalizados, quanto aos itens da MFS, estiveram associados à queda o histórico de quedas, auxílio na deambulação, marcha e estado mental. A existência de diagnóstico médico secundário e o uso de terapia endovenosa, apesar de terem percentuais mais altos entre os que caíram, não apresentaram significância estatística.

Estudo realizado com idosos institucionalizados que avaliou 45 idosos, relatando 114 quedas no período estudado, teve uma prevalência de 37,2 %. Dentre os que caíram, 21 (46,7%) sofreram mais de uma queda no período estudado⁽¹⁸⁾. A história de queda anterior foi um fator descrito como importante na predição de uma nova queda^(9,18). Outro estudo também identificou, na admissão dos pacientes, que 30,3% tinham história de quedas anterior⁽¹¹⁾. Quanto ao auxílio na deambulação, estudo com idosos institucionalizados descreveu que 62,2% dos idosos necessitavam de algum tipo de auxílio⁽¹⁸⁾.

Apesar de a frequência absoluta dos pacientes que caíram ser igual, tanto para os orientados quanto para os que superestimavam sua capacidade de deambulação sozinhos, a frequência dos que superestimavam foi extremamente superior, demonstrando que este aspecto deve ser monitorado durante a hospitalização, e pode demonstrar maior

propensão à queda dos pacientes. O estudo dos pacientes para a construção da MFS também encontrou uma frequência similar (18,1%) de pacientes que superestimavam a capacidade para deambular, entre os pacientes que caíram⁽¹⁹⁾.

A marcha comprometida/cambaleante foi um fator também relevante no estabelecimento do risco elevado para quedas e este aspecto foi igualmente descrito em outro estudo, que encontrou maior prevalência da dificuldade na marcha em 55% dos pacientes⁽²⁰⁾.

Quanto à classificação do risco pela MFS, o risco moderado e principalmente o elevado associaram-se à ocorrência de quedas, demonstrando que, como referido anteriormente, as quedas do tipo fisiológicas antecipadas são as possíveis de prevenir a partir da MFS, pela identificação dos itens que a compõem⁽⁵⁾. Como podemos observar no estudo para a construção da MFS, a classificação de risco elevado para quedas também foi a mais frequente, com 76,9% dos pacientes, seguida do risco moderado com 16,4%⁽⁵⁾.

Os pacientes com os escores mais altos foram os que mais caíram, por isso podem-se direcionar, primeiramente, as ações e intervenções de enfermagem para estes pacientes. Para isso, intervenções educativas para a equipe assistencial, com foco na avaliação destes pacientes nas primeiras 48 horas de hospitalização, será um ponto fundamental para que as ações sejam previamente planejadas, e antecipadamente implementadas com vistas a minimizar riscos, evitar o sofrimento desnecessário dos pacientes, preconizando a segurança dos mesmos, além de uma assistência de qualidade.

A existência de inúmeros fatores de risco apresenta-se como forte indicador à ocorrência de quedas e pode, ainda, comprometer o desempenho das atividades de vida diária dos pacientes⁽¹⁶⁾. Este estudo retratou a associação de vários fatores de risco identificáveis nas primeiras 48 horas de hospitalização do paciente e a importância dessa evidência poderá contribuir para a minimização possíveis danos decorrentes desse incidente de segurança.

A investigação é um recurso importante para contribuir na modificação do comportamento da equipe de enfermagem, por meio da identificação de mecanismos para a implementação de planos de cuidados qualificados e eficazes que levem a reverter estas estatísticas de quedas e danos aos pacientes, contribuindo, assim, para o aumento da segurança do paciente e qualidade no atendimento.

■ CONCLUSÃO

O estudo representou um passo inicial para a análise dos fatores de risco para quedas dos pacientes avaliados nas primeiras 48 horas de hospitalização, conforme a MFS. Evidenciou-se que a força muscular reduzida, o déficit visu-

al e a classificação de risco elevado pela MFS, e, especificamente, os itens história de quedas, necessidade de auxílio na deambulação, marcha comprometida/cambaleante e superestimar capacidade para deambulação estavam associados com as quedas durante a hospitalização.

Os achados deste estudo podem servir de base para o planejamento de outros estudos ou para a implementação de ações voltadas ao paciente hospitalizado com vistas a reduzir, ao mínimo aceitável, a ocorrência deste evento, bem como prevenir eventuais danos, por meio da avaliação do paciente no momento da sua admissão. Proporcionar um ambiente seguro ao paciente em um local diferente do meio em que vive deve ser uma preocupação constante da equipe de enfermagem.

Outro aspecto relevante a ser considerado é o monitoramento contínuo da avaliação do risco e das medidas adotadas. A utilização da MFS, na identificação do risco para quedas, mostrou-se efetiva, uma vez que a grande maioria dos pacientes que caíram tinham risco elevado para cair. Este aspecto configura a queda do tipo fisiológica antecipada, aquela com possibilidade de ser prevista pela MFS. Por sua vez, é importante a capacitação de todos os profissionais de saúde quanto à sua aplicação para evitar interpretações equivocadas que possam comprometer a classificação do risco.

As limitações encontradas no decorrer do estudo foram devido ao número restrito de artigos com a avaliação da MFS, dificultando assim a discussão da temática do estudo que avalia a MFS na admissão dos pacientes hospitalizados.

Um importante fator a ser destacado é a necessidade de investimento em mais estudos que apliquem medidas preventivas, analisem a efetividades das mesmas na prevenção de quedas e analisem, de forma mais consistente, a efetividade da MFS.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2014 jul 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
2. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.
3. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age [Internet]. Geneva; 2007 [citado 2014 jun 18]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Anexo I: protocolo prevenção de quedas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz; 2013 [citado 2014 jul 28]. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf.
5. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Can J Aging*. 1989;8(4):366-77.
6. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 jun;47(3):569-75.
7. Morse JM. Preventing patient falls: establishing a falls intervention program. 2nd ed. New York: Springer; 2009.
8. Barros ALBL. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Bukmans S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH. Quedas em idosos: prevenção [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2008 [citado 2014 jul 28]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
10. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. *JAMA* 2010;304(17):1912-8.
11. Schwendimann R, De Geest S, Milisen K. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. *Age Ageing*. 2006 May;35(3):311-3.
12. Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Rev Lat-Am Enfermagem* 2012 maio;20(3):597-603.
13. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2002 dez;36(6):709-16.
14. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report [Internet]. Geneva; 2009 [citado 2014 mar 22]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
15. Menezes RL, Bachion MM. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Rev Bras Oftalmol*. 2012 jan-fev;71(1):23-7.
16. Costa AGS, Oliveira ARS, Moreira RP, Cavalcanti TF, Araújo TL. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery*. 2010 out-dez;14(4):684-9.
17. Menezes RL, Bachion MM. Estudos da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Cien Saude Colet*. 2008 jul-ago;13(4):1209-18.
18. Ferreira DCO, Yoshitomo AY. Prevalência e características das quedas em idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. 2010 nov-dez;63(6):991-7.
19. Morse JM, Black C, Oberle K, Donahue P. A prospective study to identify the fall-prone patient. *Soc Sci Med*. 1989; 28(1):81-6.
20. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino OS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 fev;46(1):67-74.

■ Endereço do autor:

Janete de Souza Urbanetto
Av. Túlio de Rose, 330/403C, Passo d'Areia
91340-110, Porto Alegre, RS
Email: jurbanetto@puccrs.br

Recebido: 07.10.2014

Aprovado: 24.10.2014