

RISCO DE QUEDA EM IDOSOS: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

FALL RISK IN ELDERLY: ASSESSMENT INSTRUMENT

VIVIAN LARA SILVA NEVES^{1*}, RAYLA BRUNA NOGUEIRA CAMPOS², FRANCISCA ALINE AMARAL DA SILVA³, IVONIZETE PIRES RIBEIRO⁴

1. Enfermeira, Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí/ UESPI e Pós-Graduada em Enfermagem do trabalho. Teresina (PI), Brasil; 2. Enfermeira, Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica, Teresina (PI), Brasil; 3. Enfermeira, Professora Mestranda do Curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Piauí/ UESPI, Teresina (PI), Brasil; 4. Enfermeira, Professora Doutora do Curso de Enfermagem na Universidade Estadual do Piauí/ UESPI, Teresina (PI), Brasil.

* Conjunto Saci, Quadra 14 Casa 07, Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64020-310. vivianlarasilva@hotmail.com

Recebido em 16/02/2017. Aceito para publicação em 15/04/2017

RESUMO

Com o aumento do número de acidentes por queda em idosos e a criação das Metas Internacionais de Segurança o objetivo do estudo foi em avaliar a aplicação do instrumento utilizado para identificar risco de queda em idosos de um Hospital público de referência. Foi um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 59 idosos. A coleta dos dados foi realizada em outubro de 2015 e a análise estatística foi realizada através do programa SPSS 22.0 Na análise dos dados, as informações foram organizadas em tabelas e gráficos. A coleta foi iniciada após a emissão do parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Piauí (CAAE: 47110315.0.0000.5209) e do parecer da instituição coparticipante (CAAE: 47110315.0.3001.5613). Dos 59 prontuários vistos, apenas 59,32% estavam legíveis. Dos 29 instrumentos classificados quanto ao grau de risco de queda, predominou 62,07% com alto risco. A partir deste estudo, conclui-se a falta de habilidade do profissional enfermeiro diante da aplicação do instrumento de avaliação do risco de queda.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, acidentes por quedas, enfermagem.

ABSTRACT

With the increase in the number of accidents due to falling in the elderly and the creation of the International Safety Goals the objective of the study was to evaluate the application of the instrument used to identify risk of falls in the elderly of a public hospital of reference. It was an exploratory, descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 59 elderly people. Data collection was performed in October 2015 and the statistical analysis was performed through the SPSS 22.0 program. In the analysis of the data, the information was organized into tables and graphs. The collection was initiated after the opinion of the Ethics Committee of the State University of Piauí (CAAE: 47110315.0.0000.5209) and the opinion

of the participating institution (CAAE: 47110315.0.3001.5613). Of the 59 records seen, only 59.32% were legible. Of the 29 instruments classified according to the degree of fall risk, 62.07% were predominant with high risk. From this study, the nursing professional's lack of ability to apply the risk assessment instrument is concluded.

KEYWORDS: Elderly, accidents by falls, nursing.

1. INTRODUÇÃO

Metas Internacionais de Segurança

Para avaliar a excelência nos serviços de saúde, alguns programas foram criados para certificar a qualidade desses serviços, como por exemplo: a Joint Commission International (JCI) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA). A acreditação de um hospital envolve todo um processo de atividades educativas com os profissionais da saúde e a implantação de certificações de qualidade de assistência e segurança nos serviços prestados¹.

A JCI por meio das Metas Internacionais de Segurança do Paciente avalia a manutenção da acreditação nos hospitais. Essas metas são analisadas e classificadas de acordo com o padrão: conforme, parcialmente conforme e não conforme. As metas são seis e possuem elementos específicos para serem analisados. A primeira meta é identificar os pacientes corretamente, a segunda é melhorar a comunicação efetiva, a terceira é melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância, a quarta é assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto e a quinta meta é reduzir o risco de infecção associada aos cuidados de saúde².

Por fim, a sexta Meta Internacional de Segurança é reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas. Alguns requisitos são observados para se chegar a essa meta, como: utilizar de algum instrumento ou mé-

todo para se reduzir os riscos de lesões aos pacientes; realizar avaliações e reavaliações de risco de queda com os pacientes e aplicar métodos diferenciados aos pacientes que possuem esse risco. É de suma importância também estabelecer medidas preventivas para quedas, como: grades nas macas e cadeira de rodas aos pacientes hospitalizados durante consultas e exames³.

Quedas em pacientes idosos

Dentre todos os acidentes traumáticos que podem alterar a capacidade funcional de um paciente ou até mesmo ocasionar o óbito em um idoso, o mais frequente é a queda. Os acidentes por quedas são considerados um tipo de acidente traumático de causa multifatorial, um evento acidental, involuntário e inesperado e de grande complexidade, podendo acontecer repetidas vezes em um mesmo indivíduo. Contudo, pode gerar inúmeras consequências para a vítima, para o cuidador e para a sociedade⁴.

Segundo Ganança e seus colaboradores (2006)⁵, a queda é definida como um evento sem intenção, resultado de uma alteração de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial. Já Guimarães e Cunha (2004)⁶ relatam que a queda é ocasionada pela perda total do equilíbrio postural e pode ser relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares responsáveis pela manutenção da postura.

O envelhecimento causa inúmeras alterações anatômicas e funcionais e essas modificações estão muitas vezes relacionadas às quedas. As principais dessas alterações são na composição e estrutura corporal do idoso, como a diminuição da altura, a localização da gordura corporal, a perda de massa muscular e massa óssea e a redução nas atividades psicomotoras. As modificações juntas podem ocasionar a instabilidade postural ou a incapacidade de manutenção do equilíbrio, resultando em um acidente por queda⁷.

As causas multifatoriais são classificadas em intrínsecas e extrínsecas. Os fatores intrínsecos se relacionam às mudanças ocorridas nos idosos, como dificuldade de marcha, alterações no sistema musculoesquelético e nervoso, alterações cognitivas e uso de medicamentos. Os fatores extrínsecos são geralmente relacionados às mudanças no ambiente, como presença de piso molhado, tapetes, má iluminação, além do uso de calçados inadequados⁸.

Araújo e colaboradores (2014)⁹, em seus estudos observaram que as quedas possuem um importante impacto na vida dos idosos, desde elevados custos econômicos e sociais, dependência e internações hospitalares. Segundo Abrantes e seus colaboradores (2013)¹⁰, as principais consequências da queda destacadas nos idosos são: o medo de voltar a cair, a dependência de auxílio para a realização de atividades, o abandono de certas atividades

e as modificações de alguns hábitos.

Em um estudo realizado por Chianca e colaboradores (2013)¹¹, com uma amostra de 108 idosos, encontrou uma proporção de 59,3% de idosos que sofreram alguma queda em até um ano antes. Dessa amostra 64,1% referiram ter sofrido mais de um acidente por queda no último ano. Ferreira e Yoshitome (2010)¹² analisaram 121 prontuários de pacientes idosos, durante um ano, em uma Instituição de longa permanência em São Paulo que teve como prevalência 37,2% de queda.

A prevenção para acidentes por quedas inclui três níveis de abordagem: primário, secundário e terciário. No primário, a prática de exercícios físicos pode prevenir a ocorrência de incapacidades, deficiências ou doenças que levam ao risco para quedas. No secundário, o objetivo é a diminuição da deficiência causada pela doença. E, por fim, no nível terciário, objetiva-se a recuperação para uma maior autonomia e independência para realização de atividades diárias¹³.

Lima e Tocantins (2009)¹⁴ ressaltam que a ação da equipe de enfermagem com o idoso implica em um diálogo contínuo. No qual devem ser avaliadas as reais necessidades da pessoa idosa. Para a partir dos dados obtidos se compreender melhor a situação e direcionar o planejamento de cuidado.

A enfermagem tem o papel fundamental de propor ações que visem melhorar a qualidade de vida e a prevenção de quedas em idosos, com medidas de promoção da saúde. As medidas envolvem orientações sobre mudanças de hábitos nos idosos, como: reeducação alimentar (evita perda de massa óssea); reorganização da moradia (ambiente seguro); prática de exercício físico (fortalecimento do sistema musculoesquelético) e, por fim, orientações sobre o autocuidado¹⁵.

Tendo em vista o crescimento de acidentes por quedas em idoso, a importância do papel da enfermagem diante a assistência à saúde do idoso e a criação das Metas Internacionais de Segurança, o estudo gerou a seguinte hipótese: Qual a análise do instrumento de segurança para avaliação do risco de queda ao paciente, focando no idoso, em um Hospital de Referência de Teresina-PI?

Objetivo geral

- Avaliar a aplicação do instrumento utilizado para identificar o risco de queda em pacientes idosos em um Hospital público de referência.

Objetivos específicos

-Traçar o perfil dos idosos hospitalizados com risco de queda quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos;

- Identificar o preenchimento e a frequência da utilização do instrumento de avaliação do risco de queda no paciente idoso;

- Verificar entre os prontuários consultados preenchidos corretamente qual grau de risco de queda classificado.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo e de abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em um hospital de grande porte localizado na cidade de Teresina – PI, com idosos de ambos os sexos, no qual foram consultados os seus prontuários conforme o instrumento de coleta aplicado. Participaram do estudo apenas os idosos internados nas Clínicas Médica e Cardiovascular, por serem as clínicas que mais internam idosos, segundo informações da equipe do serviço de qualidade da instituição. De acordo com as informações dos setores, em média, cada clínica interna de 35-40 pacientes por mês.

Durante a pesquisa o estimado era uma amostra de 150 pacientes, mas só foram possíveis 59 pacientes, visto que houve atraso na liberação do parecer consubstanciado do CEP do Hospital, pois só foi aprovado em outubro. Os pacientes impossibilitados de assinarem o termo, os seus responsáveis assinaram por eles. A amostra foi censitária e intencional, delimitada de acordo com a quantidade de pacientes idosos que estavam internados no período da coleta de dados. Como critérios de inclusão, participaram do estudo: os pacientes a partir de 60 anos; internados nas Clínicas Médica e Cardiovascular. Como critérios de exclusão: os pacientes que se recusaram a assinar o TCLE ou impossibilitados de assinar e sem a presença de um familiar.

A coleta dos dados foi realizada no mês de outubro de 2015. No prontuário foi verificado o instrumento utilizado no Hospital pelo enfermeiro que avalia o risco de queda dos pacientes idosos através de um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A). O instrumento de coleta de dados era composto de duas etapas, a primeira continha informações sobre a caracterização sociodemográfica e clínica do idoso. A segunda etapa continha informações sobre a caracterização do instrumento de avaliação do risco de queda do hospital, como: o preenchimento, as avaliações a cada 72 horas, assinatura do instrumento e a classificação do grau do risco de queda. A coleta foi iniciada após a emissão do parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Piauí e do parecer da instituição coparticipante.

A análise estatística foi realizada através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0 for Windows). A coleta foi iniciada após a emissão do parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Piauí (CAAE: 47110315.0.0000.5209) e do parecer da instituição coparticipante (CAAE: 47110315.0.3001.5613). Os recursos metodológicos foram constados em conformidade com a Resolução nº 466/12, na qual apresenta considerações básicas da bioé-

tica e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa e da comunidade científica, em pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes foram informados sobre os objetivos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, com a garantia do sigilo dos seus dados e, após o consentimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e os pesquisadores assinaram também o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (ANEXO B).

3. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 59 idosos internados em um hospital público de Teresina-PI, na qual se verificou seus respectivos instrumentos de avaliação do risco de queda. Seus resultados foram agrupados e são apresentados nas seguintes categorias: caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos; preenchimento do instrumento e frequência de avaliação do risco de queda e grau de risco de queda.

Caracterização sociodemográfica e clínica do idoso

Visando caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra do estudo sobre os pacientes idosos hospitalizados, a tabela 1 mostra a caracterização dos idosos de acordo com o sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão e sistema afetado.

Tabela 1. Caracterização dos idosos de acordo com o sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão e sistema afetado. Teresina – PI, 2015.

VARIÁVEL	N	%
SEXO		
Masculino	36	61,02%
Feminino	23	38,98%
Total	59	100%
FAIXA ETÁRIA		
60-65	15	25,43%
66-70	9	15,25%
71-80	19	32,20%
>80	16	27,12%
Total	59	100%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	3	5,09%
Casado/Estável	37	62,71%
Separado/Divorciado	2	3,39%
Viúvo	16	27,12%
Não informado	1	1,69%
Total	59	100%
(Continua)		
(Continuação)		
VARIÁVEL	N	%
ESCOLARIDADE		

Analfabeto	17	28,81%
Ensino Fundamental	27	45,76%
Ensino Médio	2	3,39%
Ensino Superior	0	0,00%
Não informado	13	22,04%
Total	59	100%

PROFISSÃO

Aposentado	46	77,97%
Do lar	2	3,39%
Lavrador	6	10,17%
Motorista	3	5,09%
Vigia	1	1,69%
Comerciante	1	1,69%
Total	59	100%

SISTEMA AFETADO

Digestório	6	10,17%
Endócrino	5	8,48%
Cardiovascular	45	76,28%
Respiratório	1	1,69%
Nervoso	1	1,69%
Musculosquelético	1	1,69%
Urinário	0	0,00%
Genital	0	0,00%
Total	59	100%

Fonte: Prontuários dos pacientes internados na Clínica Médica e Cardiovascular do HGV, 2015.

Conforme a tabela 1, durante o período de avaliação do perfil dos idosos do presente estudo, houve um predomínio do sexo masculino com 61,02% (36). Segundo o Ministério da Saúde (2006)¹⁶, os homens não realizam cuidados preventivos, ou seja, quando procura um hospital a doença já está em um estágio mais avançado. Isso explica o número maior da população masculina hospitalizada. O estudo de Santos (2007)¹⁷, sobre o perfil dos idosos hospitalizados em um Hospital Geral de Belém corroborou com os dados encontrados, pois evidenciou que a maioria dos idosos hospitalizados, com 53,1%, era do sexo masculino.

A faixa etária encontrada na pesquisa variou entre 61 e 93 anos e a que apresentou mais idoso foi de 71-80 anos com 32,20% (19). E a com menos idoso foi de 66-70 anos, com 15,25% (9) do total da amostra. A profissão mais encontrada na amostra foi a de aposentado com 77,97% (46).

Também prevaleceram os idosos casados ou com união estável, com 62,71% (37) e viúvos, com 27,12% (16). E com 45,76% (27) prevaleceu a escolaridade até o nível fundamental, seguido dos analfabetos com 28,81% (17). O estudo de Queiroz, Lira e Sasaki (2009)¹⁸, sobre identificação do risco de quedas pela avaliação da mobilidade funcional em idosos hospitalizados tiveram, em sua amostra, a mesma similaridade de prevalência. A maioria dos idosos era casada ou viúvos e, em relação à escolaridade a maioria ou era analfabeta ou tinha apenas o ensino fundamental.

Pires e Silva (2001)¹⁹ relatam que o estudo antigamente era difícil, tanto para os homens como para as mulheres. Pois valorizavam mais que o homem traba-

lhasse para sustentar a família e a mulher arcasse com o cuidado da casa e dos filhos. Explicando, assim, hoje o número ainda grande de idosos com baixo grau de instrução, que implica em um autocuidado precário e consequentemente hospitalizações.

De acordo com o perfil clínico da amostra do estudo, verificou-se o sistema cardiovascular como o mais afetado com 76,28% (45) do total da amostra. O diagnóstico médico mais encontrado entre os idosos foi o de doença arterial obstrutiva periférica. Corroborando com o estudo de Santos e Barros (2008)²⁰, no qual encontrou como as principais causas de internação nos pacientes idosos as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho digestivo.

3.2 Preenchimento do instrumento e frequência de avaliação do risco de queda.

De acordo com Morse (2009)²¹, é importante o estudo sobre a prevalência de quedas em pessoas hospitalizadas, mas é importante primeiro avaliar o risco de queda. Por isso, a importância de se aplicar um instrumento com fiabilidade e validade para avaliá-lo. Segundo Dykes e colaboradores (2009)²², os programas de prevenção nos hospitais devem contar com algum instrumento que avalie os pacientes em alto ou baixo risco de queda.

A tabela 2 mostra o preenchimento do instrumento de avaliação de risco de queda pelo profissional enfermeiro, implantado no hospital em estudo. Após a avaliação dos instrumentos, nos 59 prontuários, predominou com 59,32% (35) os que estavam legíveis. Mas em 21 prontuários não havia o instrumento anexado, perfazendo 35,59% do valor total da amostra. O instrumento também foi encontrado em branco em dois prontuários e um prontuário continha o instrumento, mas este estava rasurado.

Tabela 2. Preenchimento do instrumento de avaliação. Teresina – PI, 2015.

VARIÁVEL	N	%
Sem instrumento	21	35,59%
Em branco	2	3,39%
Com rasura	1	1,70%
Legível	35	59,32%
Total	59	100%

Fonte: Prontuários dos pacientes internados na Clínica Médica e Cardiovascular do HGV, 2015.

Ivziku; Matararese e Pedone (2011)²³ relatam que a avaliação do risco de queda tem a finalidade de gerenciar recursos e solicitar medidas preventivas por parte da equipe. De acordo com Costa-Dias e Ferreira (2014)²⁴, essa avaliação deve ser realizada na admissão do paciente e pelo menos de 3 em 3 dias durante o período de internação ou depois de uma queda. Conforme as informações do instrumento implantado no hospital, as reava-

liações devem ocorrer a cada 72 horas ou em caso de alguma intercorrência, confirmando a teoria citada.

A análise sobre o preenchimento das avaliações a cada 72 horas foi avaliada em 35 instrumentos, pois apenas estes estavam legíveis. A análise foi feita por meio de observação da data da primeira avaliação e as datas das reavaliações, atentando se seguiam às 72 horas preconizadas. A figura 1 mostra que a maioria dos instrumentos com 68,57% (24) não eram avaliados no tempo adequado. Apenas 10 instrumentos possuíam as avaliações no tempo correto, 28,57%. E ainda uma das avaliações não tinha a data na qual foi realizada, perfazendo 2,86%, assim não se pôde analisar se as avaliações feitas estavam no tempo correto.

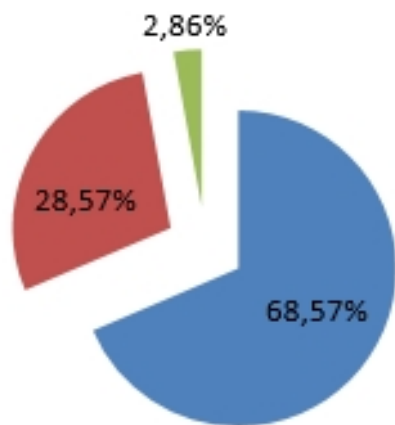


Figura 1. Avaliação a cada 72 horas. Teresina – PI, 2015. (N= 35).

De acordo também com as instruções que o instrumento traz depois da realização de cada avaliação o prontuário deve ser assinado pelo enfermeiro e pelo paciente, ou no caso do último estar impossibilitado de assinar, o seu responsável legal assina. Mas como se vê na tabela 3, a maioria dos instrumentos continha apenas a assinatura do enfermeiro com 51,43% (18). E ainda havia um instrumento sem nenhuma assinatura.

Tabela 3. Assinatura da avaliação do risco de queda. Teresina – PI, 2015.

Variável	n	%
Paciente/responsável e enfermeiro	16	45,71%
Apenas enfermeiro	18	51,43%
Apenas paciente	0	0,00%
Sem assinatura	1	2,86%
Total	35	100%

Fonte: Prontuários dos pacientes internados na Clínica Médica e Cardiovascular do HGV, 2015.

Grau de risco de queda

De acordo com o instrumento de avaliação do risco de queda implantado no hospital, deve ser selecionado um grau de risco de queda para os pacientes. A classificação é marcada com alto ou baixo risco de queda pelo

profissional enfermeiro, de acordo com as informações que constam no verso do instrumento. Apenas para os pacientes com baixo risco de queda devem ser implantadas medidas preventivas, que constam nessa folha em forma de *checklist*. Portanto, não sendo necessárias as medidas de prevenção para os idosos classificados com alto risco.

Na amostra total do estudo de 59 idosos, foram analisados apenas 35 instrumentos, pois apenas estes estavam legíveis. No estudo ainda dos 35 instrumentos legíveis, havia quatro instrumentos que estavam sem o grau de risco, mas que possuíam medidas preventivas marcadas. E dois com os dois graus de risco marcado (alto e baixo risco). Portanto, dos 59 prontuários da amostra, apenas 29 foram classificados quanto ao grau de risco de queda.

Evidencia-se que dos pacientes classificados, de acordo com a figura 2, houve prevalência do alto risco de queda com 62,07% (18), e com 37,93% (11) classificados em baixo risco. Conforme Costa-Dias e Ferreira (2014)²⁴, o grau do risco de queda depende da frequência de exposição do idoso a um ambiente inseguro ou do seu estado funcional. O alto risco de queda prevalece principalmente em idosos fragilizados, com sua capacidade funcional, cognitiva e motora reduzida. E Queiroz; Lira e Sasaki²⁵ (2009) confirmam relatando que os determinantes para uma classificação de alto risco são: dificuldade de marcha e equilíbrio; histórias prévias de quedas e déficit cognitivo.

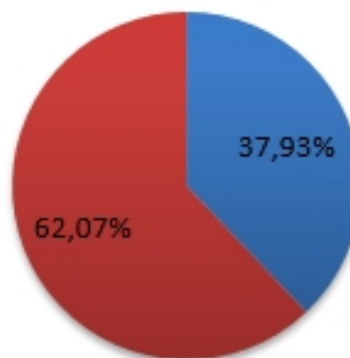


Figura 2. Grau de risco de queda. Teresina – PI, 2015. (N=29).

Lima e Cezario (2014)²⁶ relatam que quedas em idosos são ocasionadas por eventos multifatoriais e é importante o conhecimento sobre o grau de risco para se planejar medidas preventivas. Essas medidas preventivas são importantes para se evitar acidentes por quedas ou reduzi-los e, conseqüentemente, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso. De acordo com Luzia; Victor e Lucena (2014)²⁷ para se aplicar as medidas preventivas, o paciente deve ser primeiro analisado pelo enfermeiro. Pois é mediante a coleta de dados e a aplicação de um instrumento que se identificam os fatores de risco para esse evento e, a partir disso, estabelecer as

intervenções preventivas apropriadas.

Conforme a tabela 4, nos instrumentos avaliados todos que foram classificados como baixo risco estavam corretamente com as medidas preventivas marcadas, ou seja, dos 11 idosos classificados como baixo risco, 100% estavam com as medidas preventivas. Mas de 18 avaliações selecionadas como alto risco, 44,44% (8) estavam marcadas erroneamente as medidas preventivas. Pois, as medidas preventivas devem ser marcadas apenas para o baixo risco.

Tabela 4. Grau de risco de queda e Medidas preventivas. Teresina – PI, 2015.

Medidas Preventivas	GRAU DE RISCO DE QUEDA			
	Baixo risco		Alto risco	
	F	%	F	%
Sim	11	100%	8	44,44%
Não	0	0,00%	10	55,56%
Total	11	100%	18	100%

Discordando com o instrumento implantado no hospital, o Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013)²⁸, afirma que as unidades de saúde devem adotar medidas preventivas para todos os pacientes, independente do risco. Medidas de prevenção como um ambiente de cuidado, com: corredores livres de equipamento e entulhos, piso antiderrapante, mobiliário e iluminação adequada. Cita também a importância de se orientar sobre a prevenção, o risco e os danos dos acidentes por quedas aos pacientes e familiares.

Algumas das medidas preventivas citadas por este protocolo são: avaliar o risco de queda de todos os pacientes internados; os resultados da avaliação de queda de todos os pacientes devem estar nos prontuários destes; as medidas são individuais e adequadas para cada paciente; notificar todos os acidentes por queda; em caso de queda ou risco elevado de queda deve-se comunicar a família e a equipe de saúde e deve-se efetivar a comunicação da equipe e serviços sobre o risco de queda dos pacientes²⁸.

5. CONCLUSÃO

É de suma importância abordar as limitações para o desenvolvimento desse estudo, como a falta de literaturas recentes que abordassem sobre a temática. O número significativo de prontuários sem os instrumentos de avaliação de risco de queda e a redução do tamanho da amostra foram outros motivos que também limitaram a pesquisa.

Esse estudo demonstrou o perfil clínico e sociodemográfico dos idosos hospitalizados aos quais foram avaliados na pesquisa, como também as distorções encontradas na aplicação do instrumento de avaliação do

risco de queda. A partir dessas informações pretende-se melhorar a assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado quanto ao risco de queda. Embasado nos registros preenchidos de forma correta e anexados aos prontuários, encontrar medidas para minimizar tais distorções.

Em relação à avaliação do instrumento do risco de queda que é implantado no hospital, observamos a não conformidade tanto do preenchimento como das avaliações realizadas. O profissional de enfermagem, que é o responsável para liderar os programas de prevenção e classificação do risco de queda, mostrou falta de habilidade ao aplicar o mesmo.

Os instrumentos que possuíam o grau de risco de queda devidamente marcados revelaram uma prevalência do alto risco de queda nos idosos hospitalizados. Verificou-se a importância de se implantar mais programas de educação em saúde sobre autocuidado na pessoa idosa, prevenção de acidentes por queda e a promoção de um envelhecimento saudável. Para que futuramente haja a redução da população idosa com alto risco de queda.

Portanto, faz-se necessário a conscientização e treinamento no preenchimento do instrumento para os profissionais de saúde do hospital não só enfermeiros, mas para toda a equipe que de certa forma pode auxiliar o preenchimento. Assim, o instrumento será aplicado de forma correta e o hospital poderá alcançar a Sexta Meta Internacional de segurança, que é reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas.

REFERÊNCIAS

- [01] Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. In: _____. Controle de qualidade. 6 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.
- [02] CBA. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Padrões de acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 3 ed. Rio de Janeiro: CBA, 2008.
- [03] Franciscato L, Bessow CK, Ruzczyk JVA, Oliveira MA, Kluck MM. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. Rev do Hosp das Clí de Porto Alegre, Porto Alegre, 2011; 31 (4): 482-486.
- [04] Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Rev da Assoc Médica Brasil, 2004; 50 (1): 97-103.
- [05] Ganança FF, Gazzola JM, Aratani MC, Perracini MR, Ganança MM. Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. Rev Brasil de Otorrinolaringologia, São Paulo, 2006; 72 (3): 388-393.
- [06] Guimarães RM, Cunha UGV. Sinais e Sintomas Associados à Marcha. In: _____. Sinais e Sintomas em Geriatria. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004; 249-252.
- [07] Filho EC. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada, 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2002; 60-70.
- [08] Marin MJS, Castilho NC, Myazato JM, Ribeiro PC, Candido DV. Características dos riscos para quedas entre

- idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev Mineira de Enferm*, 2007; 11 (4): 369-374.
- [09] Araujo AM, Menezes RMP, Mendonça AEO, Lopes MS, Tavares AM, Lima HCF. Perfil da mortalidade por quedas em idosos. *Rev de Pesq: Cuidado é fundamental Online*, 2014; 6(3):863-875.
- [10] Abrantes KSM, Menezes TN, Farias MCAD, Silva MIL, Rolim VE, Junior HM, et al. Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev ABCS Health Sciences*, 2013; 38 (3).
- [11] Chianca TCM, Andrade CR, Albuquerque J, Wenceslau LCC, Tadeu LFR, Macieira TGR, et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte - MG. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2013; 66 (2).
- [12] Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2010; 63 (6).
- [13] Rose DJ, Hernandez D. The Role of Exercise in Fall Prevention for Older Adults. *Review Clinics in Geriatric Medicine*, 2010; 26 (4): 607-631.
- [14] Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2009; 69 (3): 367-373.
- [15] Freitas R, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Silva ME, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2011; 64 (3).
- [16] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [17] Santos MIPO. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). *Rev de Enferm Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2007; 11 (1).
- [18] Queiroz L, Lira S, Sasaki A. Identificação do risco de quedas pela avaliação da mobilidade funcional em idosos hospitalizados. *Rev Baiana de Saúde Pública*, 2009; 33(4): 534-543.
- [19] Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática na saúde do idoso. *Rev Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, 2001; 3(2).
- [20] Santos JS, Barros MDA. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. *Rev Epid e Serv de Saú*. 2008; 17(3).
- [21] Morse JM. *Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program*. New York: Springer, 2. ed, 2009.
- [22] Dykes PC, Carrol DL, Hurley AC. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? *J Nues Adm*, 2009; 39(6):299-304.
- [23] Ivziku D, Matararese M, Pedone C. Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. *Int J Nurs Stud*, 2011; 48:468-474.
- [24] Costa-Dias, MJM, Ferreira, P. Escalas de avaliação de risco de quedas. *Rev de Enferm Referência*, 2014; IV(2):153-161.
- [25] Queiroz L, Lira S, Sasaki A. Identificação do risco de quedas pela avaliação da mobilidade funcional em idosos hospitalizados. *Rev Baiana de Saúde Pública*; 2009; 33 (4).
- [26] Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Brasil de Enferm*, Brasília, 2009; 69(3):367-373.
- [27] Luzia MF, Victor MAG, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Rev Latino-Americana de Enferm*, 2014; 22(2).
- [28] Brasil, Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo prevenção de queda, 2013.