



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

LUISE MONTEIRO LOBÃO DE DEUS

**MEDIDAS EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS RESIDENTES  
AOS PACIENTES VULNERÁVEIS A QUEDAS NO CONTEXTO HOSPITALAR**

RIO DE JANEIRO

2024



LUISE MONTEIRO LOBÃO DE DEUS

**MEDIDAS EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS RESIDENTES  
AOS PACIENTES VULNERÁVEIS A QUEDAS NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para etapa de qualificação.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: “O impacto das tecnologias educacionais aplicadas por enfermeiras na continuidade aos cuidados”

Orientador (a): Ana Cristina Silva Pinto

RIO DE JANEIRO

2024

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

M Monteiro Lobão de Deus, Luise  
MEDIDAS EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS  
RESIDENTES AOS PACIENTES VULNERÁVEIS A QUEDAS NO CONTEXTO  
HOSPITALAR / Luise Monteiro Lobão de Deus. -- Rio de  
Janeiro, 2024.  
122

Orientador: Ana Cristina Silva Pinto.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado  
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
2024.

1. Educação em Saúde; 2. Prevenção de Quedas; 3.  
Residentes de Enfermagem. I. Silva Pinto, Ana Cristina ,  
orient. II. Título.

LUISE MONTEIRO LOBÃO DEUS

**MEDIDAS EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS RESIDENTES  
AOS PACIENTES VULNERÁVEIS A QUEDAS NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Relatório de Defesa de Dissertação do Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Silva Pinto (Orientadora)  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara ( 1<sup>a</sup> Examinadora)  
Instituto Nacional de Câncer – Jose Alencar Gomes da Silva - INCA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Freitas (2<sup>a</sup> Examinadora)  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Silva de Carvalho (Suplente)  
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad – INTO

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Natália Chantal Magalhães da Silva (Suplente)  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

## DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação primeiramente a minha família que sempre esteve ao meu lado durante toda a minha trajetória acadêmica. A realização deste sonho é algo coletivo, que só foi possível através de uma base familiar forte: com pais dedicados que proporcionaram ambiente ao qual estudo fosse prioridade; irmãos e cunhada (o)(s) que sempre incentivaram; meus tios e tias que além da presença, sempre estiveram a postos para ajudar no que fosse preciso nessa trajetória acadêmica.

As minhas avós, Geni e Maria Luiza que sempre trabalharam em ambiente hospitalar e sempre tiveram sonho de serem enfermeiras, seus sonhos e esforços não foram em vão.

A minha sobrinha Cecília, que a busca pelo conhecimento da sua tia seja um incentivo e um bom exemplo para você no futuro.

A minha prima Stephanie, ao qual teve sua vida perdida de maneira tão brusca, mas que sempre estará em nossos corações;

A todos os meus colegas de profissão ao qual me ajudaram positivamente durante toda essa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a minha base familiar: minha mãe Regina, meu pai Luis, meus irmãos Luiz Fernando e Fernanda, minha cunhada e minha sobrinha Kellen e Cecília.

Agradeço a minha orientadora Ana Cristina Silva Pinto e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UNIRIO. A Ana, obrigado pela paciência e a dedicação e ao programa por me auxiliar a cumprir mais uma etapa da minha trajetória acadêmica.

Agradeço as minhas amigas do mestrado, Isabelle, Lilian e Paula, obrigado por fazerem parte dessa trajetória, ao qual foi dura, porém foi mais divertida por estar com vocês.

Aos meus colegas de trabalho que me auxiliaram cumprir a carga horária do mestrado trocando plantões comigo, em especial Camila, Rafael e Flávia. Aos meus técnicos, Ana Lúcia, Flávia, Elaine, Kristine e Marcos. Além da compreensão das chefias do meu atual trabalho, o Complexo Hospitalar Niteroi (CHN).

Agradeço a minha psicóloga Renata, por ouvir todas as minhas dúvidas e questionamentos, não conseguiria sem esse suporte. E por fim, agradeço a Deus por ter colocado todas essas pessoas boas em meu caminho.

DEUS, Luise Monteiro Lobão de. **MEDIDAS EDUCATIVAS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS RESIDENTES AOS PACIENTES VULNERÁVEIS A QUEDAS NO CONTEXTO HOSPITALAR**– Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

## RESUMO

Quedas durante a internação são eventos desgastantes que podem comprometer a saúde e prolongar o tempo de hospitalização. Essas ocorrências interferem no tratamento prévio e impactam no processo de recuperação. Desta forma, enfermeiros residentes em processo de formação profissional buscam correlacionar o conhecimento teórico com a prática. Pretende-se, com essa pesquisa conhecer as medidas educativas de prevenção de quedas na perspectiva por enfermeiros residentes no contexto hospitalar; identificar as dificuldades e facilidades para prevenir quedas, na perspectiva dos enfermeiros residentes e analisar as medidas educativas de prevenção de quedas implementadas por enfermeiros residentes no contexto hospitalar. Trata-se de estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Os participantes do estudo são enfermeiros residentes que atuam em qualquer contexto hospitalar. Para coleta de dados foi utilizada a Técnica de Amostragem Não Probabilística de Conveniência Associada à Amostragem em Rede ou Bola-de-Neve (Snowball). O referido método pressupõe que haja uma ligação entre os membros da população dado pela característica de interesse, onde os membros da população são capazes de identificar outros membros. A proposta foi elaborada para que os primeiros participantes convidados fossem de diferentes unidades de treinamento, bem como de diferentes áreas de atuação. O tratamento dos dados foi utilizado o programa IRAMUTEQ, que possibilita a identificação e reformatação das unidades de textos transformando os Contextos Iniciais (UCI) em Unidade de Contexto Elementares (UCE). Foram selecionados 7 sementes, aos quais dois não responderam o contato, com 5 sementes iniciais e 17 participantes na amostra inicial. Os participantes demonstraram conhecimento parcial sobre conceito de quedas e—houve equilíbrio no relatado de facilidades e dificuldades na implementação de atividades educativas, sendo a adesão da equipe uma das mais citadas como dificuldade. Ambientes insalubres foram considerados como grande fator para quedas e uma preocupação citada por todos os participantes. O fator ambiental é modificável e embora seja apontado como um dos principais agentes de quedas, sua associação com condições clínicas e sociais devem ser mais estudados. As medidas mais citadas são educação e treinamentos para pacientes e enfermagem e controle do ambiente. Conclui-se que a presente pesquisa pode contribuir para três áreas temáticas: prevenção de quedas; práticas educacionais na assistência de enfermagem; e ações educativas realizadas por residentes, sendo necessários mais produções.

**Palavras chaves:** Acidentes por quedas; Enfermagem; Assistência hospitalar; Educação.

**DEUS, Luise Monteiro Lobão de. EDUCATIONAL MEASURES FROM THE PERSPECTIVE OF RESIDENT NURSES FOR PATIENTS VULNERABLE TO FALLS IN THE HOSPITAL CONTEXT – Alfredo Pinto School of Nursing, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.**

**SUMMARY**

Falls during hospitalization are stressful events that can compromise health and prolong hospitalization. These occurrences interfere with previous treatment and impact the recovery process. In this way, resident nurses in the professional training process seek to correlate theoretical knowledge with practice. The aim of this research is to understand educational measures to prevent falls from the perspective of nurses residing in the hospital context; identify the difficulties and facilities to prevent falls, from the perspective of resident nurses and analyze the educational measures to prevent falls implemented by resident nurses in the hospital context. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach. The study participants are resident nurses who work in any hospital context. For data collection, the Non-Probabilistic Convenience Sampling Technique Associated with Network or Snowball Sampling was used. Said method assumes that there is a connection between members of the population given by the characteristic of interest, where members of the population are able to identify other members. The proposal was designed so that the first invited participants would be from different training units, as well as different areas of activity. The IRAMUTEQ program was used to process the data, which allows the identification and reformatting of text units, transforming the Initial Contexts (UCI) into Elementary Context Units (UCE). 7 seeds were selected, of which two did not respond to contact, with 5 initial seeds and 17 participants in the initial sample. The participants demonstrated partial knowledge about the concept of falls and there was a balance in the reported eases and difficulties in implementing educational activities, with team adherence being one of the most cited difficulties. Unhealthy environments were considered a major factor in falls and a concern cited by all participants. The environmental factor is modifiable and although it is identified as one of the main agents of falls, its association with clinical and social conditions should be further studied. The most cited measures are education and training for patients and nursing and environmental control. It is concluded that this research can contribute to three thematic areas: fall prevention; educational practices in nursing care; and educational actions carried out by residents, requiring more productions.

**Key words:** Accidental Falls; Nursing; Hospital Care; Education.

## **LISTA DE SIGLAS**

ANVISA- Agência Nacional Vigilância Sanitária

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CEP- Comitê de ética em Pesquisa

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

BDEF - Banco de Dados em Enfermagem – Bibliografia Brasileira

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde

INTO- Instituto Nacional de Trauma e Ortopedia

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health. Bibliografia Internacional

OMS- Organização Mundial de Saúde

PubMed - Central National Library of Medicine, EUA.

PNH- Programa Nacional de Hospitalização;

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem;

Sinan- Sistema de Informação de Agravos de Notificação;

TCE- traumatismo crânio encefálicas;

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

UNIRIO- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro;

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

WHO-World Health organization;

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição dos artigos encontrados e selecionados por bases de dados	7
<b>Tabela 2 :</b> Produções selecionadas.....	7
<b>Tabela 3:</b> Síntese com os artigos segundo Público-Alvo e Principais resultados sobre as ações educativas para a prevenção de queda .....	11
<b>Tabela 4:</b> Medidas preventivas de acordo com risco de queda.....	24
<b>Tabela 5:</b> Amostra do perfil dos participantes.....	39
<b>Tabela 6:</b> Conhecimento sobre segurança do paciente.....	40
<b>Tabela 7:</b> Conhecimento sobre prevenção de quedas .....	41
<b>Tabela 8:</b> Produção de material educativo .....	41
<b>Tabela 9:</b> Protocolo de quedas nas Unidades de treinamento. ....	42
<b>Tabela 10:</b> Escalas preditivas de quedas .....	42
<b>Tabela 11:</b> Quedas nas unidades de treinamentos .....	43
<b>Tabela 12:</b> O ambiente enquanto preditor de queda. ....	43
<b>Tabela 13:</b> Fatores ambientais que influencia a queda .....	44
<b>U8:</b> Exemplo de corpus de análise .....	46
<b>Tabela 15:</b> Formas ativas analisadas no iramuteq .....	50
<b>Tabela 16:</b> O que você entende por quedas dentro do ambiente hospitalar? .....	52
<b>Tabela 17:</b> Caso tenha presenciado a queda, descreva sua conduta .....	54
<b>Tabela 18:</b> Qual a medida educacional de prevenção de quedas considera relevantes em sua práticas diárias na unidades de treinamento?.....	56
<b>Tabela 19:</b> Quais as facilidades encontradas na aplicação de medidas educacionais nas unidades de treinamento? .....	57
<b>Tabela 20:</b> Quais as dificuldades encontradas na aplicação de medidas educacionais nas unidades de treinamento? .....	57
<b>Tabela 21</b> Unidades de Registro mais citadas.....	58

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Conceitos chaves e classificação internacional de segurança do paciente .....	21
<b>Figura 2 :</b> Síntese de escalas preditivas de quedas .....	23
<b>Figura 3:</b> Seleção e fluxo de sementes .....	34
<b>Figura 4:</b> Análise inicial do iramuteq.....	45
<b>Figura 5:</b> Deograma da CHD .....	47
<b>Figura 6:</b> Análise de similitude.....	48
<b>Figura 7:</b> Análise de nuvem de palavras .....	49

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.2 Objetivos .....	5
1.3 Justificativa .....	5
1.3.1 Aspectos Pessoais .....	5
1.3.2. Contextualização com a literatura .....	6
<b>2. BASES CONCEITUAIS</b> .....	18
2.1: O conceito de quedas e impacto no contexto hospitalar .....	18
2.2: As metas internacionais de segurança e prevenção de quedas .....	27
2.3: Treinamento em serviço: articulação da teoria coma prática profissional .....	27
2.4: Ambiente hospitalar como fator de risco para queda: reflexo na teoria ambientalista .....	29
<b>3. MÉTODOLOGIA</b> .....	33
3.1: Tipo de Estudo .....	33
3.2: Participantes do Estudo.....	33
3.3: Coleta de dados .....	34
3.4: Análise de dados.....	35
3.5: Aspectos éticos .....	38
<b>4. RESULTADOS</b> .....	39
4. 1 Perfil dos participantes do estudo .....	39
4. 2 Conhecimento prévio sobre prevenção de quedas e ações educativas implementadas .....	40
4. 3 Tratamento dos dados iramuteq.....	43
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	59
5.1. Perspectiva dos residentes sobre prevenção de quedas .....	59
Sub categoria I: O conceito de queda .....	59
Sub categoria II: Prevenção de quedas .....	61
Sub categoria III: Ações no pós-quedas.....	63
5.2. Desafios nas ações educativas de prevenção de quedas.....	65
Sub categoria I: Dificuldades e facilidades na aplicação de prevenção de quedas dentro do contexto da residência. ....	65
Sub categoria II: Ações educativas propostas para prevenção de quedas .....	67
Sub categoria III: O perfil e a presença do enfermeiro residente e suas implicações dentro das Unidades de Treinamento em Serviço. ....	69

5.3. O ambiente como fator preventivo de quedas .....	71
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>74</b>
<b>8. REFERENCIAIS.....</b>	<b>75</b>
APENDICE A: Cronograma.....	1
APENDICE B: Orçamento .....	3
APENDICE C: Análise de conteúdo .....	4
APENDICE D: Questionário .....	6
APENDICE E: Termo de consentimento .....	9
ANEXO A: Aprovação do comitê de ética .....	12

## 1. INTRODUÇÃO

O atendimento hospitalar é linha terciária da assistência à saúde, ao qual contempla os tratamentos mais complexos que visa indivíduos com fragilidades que possuem risco de morte em possibilidades pequena, média e alta possibilidade (Brasil, 2013a).

Os hospitais são instituições complexas, com serviços tecnológicos específicos de caráter multidisciplinar e multiprofissional que visam à assistência de usuários com condições agudas e crônicas de saúde que podem apresentar instabilidade e complicações (Brasil, 2013a). Neste contexto, vem o termo hospitalização, compreende a remoção de um indivíduo do seu ambiente habitual para um meio ao qual se necessita de vigilância constante pela equipe de saúde (Neves, et al 2018).

Os processos de hospitalização no Brasil vêm aumentando sendo 5,32% para 5,81% de 2013 a 2019, sendo as doenças crônicas presentes em 57,61% nas internações hospitalares em 2019, segundo os dados do Programa Nacional de Hospitalização (NPH) (Andrade; Jesus, 2023).

O processo de hospitalização pode fragilizar ainda mais a saúde dos pacientes, devido a incidentes como infecções cruzadas, lesões físicas, traumas que podem decorrer de falhas assistenciais intencionais ou não, como ocorre no caso das quedas.

Quedas durante o período de internação são eventos desgastantes que causam estresse para os pacientes e para os profissionais envolvidos, podendo prolongar o tempo da internação (Quadros et al, 2022). A Queda pode ser um evento sem dano ou causar problemas sérios ao paciente, desde pequenas lesões até grandes traumatismos e fraturas, além do risco de morte. Geralmente esses incidentes são classificados pela etiologia: queda da própria altura, queda nos cuidados de saúde, dentre outros (World Health Organization, 2023; Baixinho 2019).

Essas situações podem causar sequelas físicas e em algumas situações levar à morte. Por não conseguir prevenir a intercorrência e pelas possíveis consequências, comumente, o profissional envolvido enfrenta sentimentos de frustração e culpa (Baixinho et al, 2019). Existe atualmente uma mudança na cultura

de culpabilidade, com a substituição pela oportunidade de melhorias, mediante programas de segurança do paciente (Coren MG, 2023).

Essa mudança iniciou em 2010 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o propósito de melhorar a qualidade dos serviços assistenciais e a segurança do paciente (Coren MG, 2023). Assim, assumiu-se um compromisso com a prevenção de eventos adversos, através da criação do programa Patient Safety Program (Brasil, 2013a; Brasil, 2014). Foram estabelecidos 6 metas internacionais de saúde, ao qual a sexta meta é reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de quedas (OMS, 2010).

Com base nesse compromisso, a ONU elaborou o Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice em 2007. Esse relatório trouxe reflexões sobre quedas dentro do contexto hospitalar, além de recomendações de cuidados. Foi traduzido em 2010 e serviu como base para o Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas, do programa de segurança do paciente nacional (Brasil, 2013b).

Cabe ressaltar que ocorrência de quedas deve ser notificada ao núcleo de segurança do paciente da instituição hospitalar e quando ocorre um evento adverso grave, como lesões com gravidade e até óbito, essa notificação é encaminhado para Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (Brasil, 2013a).

No Brasil, segundo o Datasus, a ocorrência de mortes pelo CID de quedas no mesmo nível em 2022 foi de 8.352 mortes, com a região sudeste com 3.688 (Brasil, 2023). Nos estudos epidemiológicos de quedas em ambiente hospitalar, a maioria das ocorrências de quedas ocorreram com mulheres, que apresentam marcha comprometida, declínio cognitivo, e em uso de medicamentos controlados, sendo o tipo de queda mais comum a da própria altura no período da noite (Baixinho et al, 2019; Barbosa et al 2019).

Segundo Barbosa et al (2019), 54 % dos pacientes internados que sofreram queda possuíam limitação para deambular e 68% estavam desacompanhados no momento da intercorrência. Alterações de marcha e equilíbrio podem dificultar ações de autocuidado, fazendo com que os pacientes tenham medo de realizar suas atividades diárias, principalmente após a ocorrência da queda (Baixinho et al 2019).

Vale ressaltar que o ambiente pode ser o agente causador de quedas. A má organização e distribuição dos móveis tornam o ambiente propício para quedas, assim como o uso de calçados inadequados, aos quais proporcionam instabilidade no momento da locomoção (Sena et al, 2020). Desta forma, condições insalubres podem potencializar os riscos de quedas, sendo necessários investimentos em melhores práticas e investir em políticas públicas (World Health Organization, 2021). Logo, fatores extrínsecos como piso e calçados antiderrapantes, disposição dos móveis, uso de iluminação adequada, barras de proteção, higiene dos leitos devem ser considerados (Ximenes et al 2019; Brasil, 2013a).

Nas situações de queda, além do desgaste físico e mental de pacientes, familiares e profissionais, pode-se aumentar os custos com a internação. Venâncio, Almeida e Filipe (2019) afirmam que o custo do paciente com queda é de mais ou menos € 141,77 e que mediante um programa de prevenção de quedas pode-se economizar € 76,02 por paciente.

O profissional de enfermagem que identifica, qualifica e notifica os acontecimentos, além de implementar ações para a diminuição desses eventos. Logo, são os principais agentes no controle e na prevenção de quedas no contexto hospitalar.

A enfermagem assistencial tem grande potencial para o desenvolvimento de atividades educativas por apresentar continuamente contato com o paciente e familiar. Os programas de residência desenvolvem no decorrer das suas práticas ações educativas, pois as residências uniprofissional e multiprofissional tem por objetivo proporcionar atividades e ações que articulem conhecimentos referentes à pesquisa, à assistência, à extensão e ao ensino de enfermagem, o inserindo no debate sobre o desenvolvimento técnico-científico (Brasil, 2022).

O perfil do enfermeiro residente de residências multiprofissional e/ou uniprofissional são de recém-formados, ou com até 2 anos de formação, da maioria do sexo feminino e com média de idade de 20-29 anos (Figueira; Pereira 2022; Silva et al, 2021). Esses perfis são de profissionais em início de formação, com conhecimentos atualizados por ser recém-formados e com potencial para ações educativas.

A vivência individual e coletiva do enfermeiro residente desenvolve o aprimoramento dos conhecimentos técnicos e científicos dos profissionais, promovendo a melhor assistência ao paciente fazendo uso de um olhar integral e personalizado (Bezerra et al, 2022). Entretanto, no decorrer do processo de formação ainda há desafios estruturais e organizacionais, que de certo modo dificultam a atuação dos enfermeiros residentes, como ausência de preceptores qualificados e carga horarias exaustivas (Bezerra et al, 2022).

No cenário hospitalar, o enfermeiro residente atua em diversos cenários como em unidades geriátricas, unidades cirúrgicas, unidade de terapia intensiva (UTI), entre outros. Nesses cenários os residentes deparam-se com diversas situações que podem ser influenciadas no risco de queda, como pacientes em delirium, como déficit motor, sem acompanhante, além de alta demanda de atividades práticas (Conrada et al 2019). Sendo assim, essa temática está presente nas vivências da residência.

Considerando que o residente é um profissional pós-graduado em formação lato-sensu, o qual possibilita correlacionar a teoria e a prática com as atividades voltadas para o mundo do trabalho, nota-se um potencial para adquirir novos conhecimentos e propor ações de melhorias para a unidade de treinamento, principalmente quando já vivenciou situações de quedas.

Assim emergir-se a seguinte questão norteadora: Quais são as perspectivas de enfermeiros residentes sobre medidas educativas de prevenção de quedas no contexto hospitalar? Tal questão possibilitou delimitar o seguinte objeto: medidas educativas de prevenção de quedas pela perspectiva por enfermeiros residentes no contexto hospitalar.

## **1.2 OBJETIVOS**

- Conhecer as medidas educativas de prevenção de quedas na perspectiva por enfermeiros residentes no contexto hospitalar.
- Identificar as dificuldades e facilidades para prevenir quedas, na perspectiva dos enfermeiros residentes.
- Analisar as medidas educativas de prevenção de quedas implementadas por enfermeiros residentes no contexto hospitalar.

## **1.3 JUSTIFICATIVA**

### **1.3.1 Aspectos pessoais**

O interesse em pesquisa sobre prevenção de quedas iniciou-se durante período de residência. Fui egressa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) na unidade de treinamento no Instituto Nacional de Trauma e Ortopedia (INTO).

No INTO a prevenção de quedas é uma das principais preocupações, pois pacientes ortopédicos podem ter sua condição originada por quedas ou podem ter sua condição piorada por quedas. A conscientização de prevenção de quedas envolve o contexto hospitalar e o ambulatorial. Os pacientes são orientados nas consultas de pré-operatório, na admissão e ao longo da internação, reforçando as orientações nas consultas de pós-operatório.

Vale salientar que nessa unidade de treinamento, as especialidades são divididas por Centro de atendimento especializados (CAE) e os residentes do segundo ano podem escolher quais CAE querem conhecer, pois não é possível passar em todos em um período de 12 meses.

Nesses CAE os residentes estão inseridos em contexto de educação para pacientes muito rico. A promoção de saúde, além de incluir a prevenção de quedas,

inclui várias outras vertentes, como cuidados com ferida operatória, atividades de melhora de musculatura, nutrição, entre outros, em uma equipe multidisciplinar.

Assim, na minha vivência como residente pude visualizar o enfermeiro sendo agente educador e com vistas à prevenção de quedas em todos os momentos da experiência do paciente. Conseqüentemente veio o interesse em evidenciar mais as medidas de prevenção de quedas visualizadas por enfermeiros residentes em formação nos diferentes cenários hospitalares.

Espera-se ainda fomentar mais produções sobre a temática de prevenção de quedas, ações educativas em ambiente hospitalar e enfermeiros residentes.

### **1.3.2. Contextualizando com a literatura atual**

Para o aprofundamento sobre o tema foi realizado pesquisa integrativa nos banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas Bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF (Banco de Dados em Enfermagem – Bibliografia Brasileira), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); CINAHL (Banco de Dados em Enfermagem – Bibliografia Internacional) e PubMed Central (National Library of Medicine, EUA). Utilizou-se a seguinte questão norteadora **Quais as ações educativas implementadas pela enfermagem para prevenção de queda de pacientes hospitalizados?** O objetivo dessa produção é analisar quais as principais ações educativas de enfermagem para prevenção de quedas dentro do contexto hospitalar.

Para atender essa pergunta de pesquisa, foi realizada pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa. As etapas para realização deste tipo de pesquisa incluem os seguintes passos: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Utilizando-se os descritores: Acidentes por quedas; Enfermagem; Assistência hospitalar; Educação, com boleoamento AND em todos os termos. Foram encontradas 1359 produções nacionais e internacionais. Após a delimitação dos 5 anos, permaneceram 525, aos 141 com texto completo, conforme tabela 1.

Como critérios de inclusão têm-se publicações: artigos disponíveis eletronicamente publicados no período de 2018 a 2023; artigos em português, espanhol e inglês; que abordem ações de enfermagem na prevenção de quedas no contexto hospitalar. Foram excluídos durante a busca: publicações sem artigo completo; teses; revisão integrativa. Considerando esses critérios foram selecionados 15 artigos, sendo 12 produções de CINAHL, 2 BVS, 2 PUBMED, como pode ser visualizado na tabela 1 e 2.

**Tabela 1:** Distribuição dos artigos encontrados e selecionados por bases de dados

Base de dados	Produções Encontradas	Nos últimos 5 anos	Texto completo	Selecionada
BVS (MEDLINE, LILACS, BDEFN)	57	11	4	2
PUBMED	345	115	54	2
CINAHL	953	400	83	12
Total	1359	525	141	15

**Tabela 2:** Produções selecionadas

Nº	Publicação	Ano	Nível de evidência	Revista	Objetivo	Método
A1	Evaluation of RESPOND, a patient-centred program to prevent falls in older people presenting to the emergency department with a fall: A	2019	1	PLOS Medicine	Investigar a eficácia do método RESPOND para reduzir quedas e lesão na pré internação em hospital de emergência	Ensaio clinico Randomizado

	randomised controlled trial					
A2	Chronoprevention in hospital falls of older people: protocol for a mixed-method study	2021	2	BMC Nursing	Determinar o efeito da aplicação de um programa de medidas preventivas baseado nos padrões temporais de os fatores de risco na ocorrência de queda hospitalar.	Estudo misto, longitudinal e retrospectivo.
A3	Minimizing the knowledge-to-action gap; identification of interventions to change nurses' behavior regarding fall prevention, a mixed method study	2021	4	BMC Nursing	Identificar opções de intervenção para mudar o comportamento de enfermeiros hospitalares em relação à prevenção de quedas em idosos hospitalizados.	Método qualitativo misto
A4	"Adapted" Motivational Interviewing to engage hospital nursing in fall prevention education	2022	4	OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing	fornecer treinamento baseado em evidências para enfermeiros hospitalares para facilitar o envolvimento do paciente com medidas de prevenção de quedas.	Quase experimental, com abordagem mista.
A5	Reducing falls through the implementation of a multicomponent intervention on a rural mixed rehabilitation Ward	2020	4	Quality improvement report	Diminuir quedas durante a implementação de protocolo de prevenção.	Abordagem quantitativa.
A6	Reduction of Falls: An Acute Care Neurology Unit Quality Improvement Plan	2021	5	Continuous Quality Improvement	Diminuir quedas entre os pacientes na unidade do projeto em 25% em 3 Meses	Relato de experiência

A7	Becoming fall-safe: a framework for reducing inpatient falls	2020	5	British Journal of Nursing	Descrever anos de experiência de protocolo de prevenção de quedas	10 de de de de	Relato de experiência
A8	Implementing a 'Safe Recovery' fall prevention program: Refining intervention theory using realist methods	2019	4	Australian Journal of Ageing	Explicar como o Programa de Recuperação Segura (SRP) pode funcionar melhor para reduzir quedas em idosos em reabilitação em quatro enfermarias do serviço de saúde e reabilitação do idoso.		Métodos qualitativos,
A9	Partnering with the Patient to Reduce Falls in a Medical-Surgical Unit	2019	5	Int J SPHM	Diminuir as quedas e melhorar a segurança do paciente, incluindo os pacientes em seus cuidados.		Relato de experiência
A10	Implementation of the MEDFRAT to promote quality care and decrease falls in community hospital emergency rooms	2018	5	J Emerg Enfermeiras	Identificar e implementar uma ferramenta de avaliação de risco de queda baseada em evidências para uso em departamentos de emergência da Essentia Health, um grande sistema de prestação de cuidados de saúde principalmente rural com 12 departamentos de emergência.		Abordagem Mista
A11	Implementation of Purposeful Hourly Rounds in Addition to a Fall Bundle to Prevent Inpatient Falls on a Medical-Surgical	2019	5	Continous Quality Improvement	Implementação de rodadas horárias propositais como parte de um protocolo de queda existente, as quedas do paciente diminuirão em		Relato de experiência

	Acute Hospital Unit				50% durante o período de implementação.	
A12	Improving Fall Rates Using Bedside Debriefings and Reflective Emails: One Unit's Success Story	2018	5	The Free Library	Aumentar o conhecimento e a conscientização da equipe sobre os fatores de risco de queda e a raiz dos pacientes causados de quedas.	Relato de experiência
A13	Key issues to consider and innovative ideas on fall prevention in the geriatric department of a teaching hospital	2018	5	Australas J Geriatrics	Descrever as estratégias para prevenir quedas no cenário hospitalar agudo que estudamos, que envolvem as pessoas com deficiência cognitiva que são mais propensas a cair.	Relato de experiência
A14	Decreasing Patient Falls and Increasing Communication Through the Use of Patient Mobility Cards	2019	5	Int J SPHM	Relatar método de melhora da comunicação na prevenção de queda	Relato de experiência
A15	Impact of Nurses' Intervention in the Prevention of Falls in Hospitalized Patients	2020	3	Int. Environ. Res. Public Health	Avaliar o efeito de uma intervenção educativa dirigida a enfermeiros hospitalares (avaliação sistemática da risco de quedas) na redução da incidência de quedas.	Estudo quase-experimental

Fonte: elaborado autoras da pesquisa.

Das produções selecionadas encontraram-se produções de abordagens qualitativas (n=10), com o relato de experiência (n=7) com uso da abordagem de uso do Plan DO-STUDY-ACT (n=4). Foram selecionadas produções quantitativas (n=3) e mistas (n=2) nessas produções foram encontrados estudos retrospectivos (n=2) e grupo focal (n=2).

O ano de publicação mais frequente foi o de 2019, com 5 produções, seguidos de 2020 (n=4), 2018 (n=3), 2019 (n=3). Esse dado demonstra equilíbrio entre os anos de publicação.

O nível de evidência foi classificado conforme Souza, Silva e Carvalho (2010). O nível de evidência teve o nível 5 mais predominante nas publicações (n=9). Sendo seguidos pelo nível 4 (n=4). Teve uma produção para cada um dos outros níveis. A seguir demonstra-se a tabela 2 das produções selecionadas.

As ações educativas foram geralmente para implementação de novas ferramentas de avaliação de risco de quedas, novas abordagens de cuidados, auditorias de pós-quedas com reformulações após eventos, como pode ser observados na tabela abaixo.

Em geral, as ações envolviam orientações verbais, com reforços periódicos para pacientes, acompanhantes e profissionais de enfermagem e de outras áreas. Há relatos de algumas produções com uso de fôlder e vídeos, mas a educação personalizada para cada grupo foi a mais divulgada.

**Tabela 3:** Síntese com os artigos segundo Público-Alvo e Principais resultados sobre as ações educativas para a prevenção de queda

Nº	Público-Alvo	Principais Resultados
A1	Pacientes e cuidadores	Uso do método RESPOND.
A2	Profissionais da saúde e pacientes.	Orientações aos pacientes sobre medidas preventivas de saúde; atenção aumentada em cuidados nas refeições e nas transferências; Uso de cartazes nas enfermarias; Gestões de risco de quedas, incluindo monitoramento pós-quedas, aumento do número de consultas de enfermagem ao paciente, promoção de mobilidade segura e práticas de banho baseadas em diretrizes clínicas específicas;
A3	Profissionais de enfermagem	Uso da técnica grupo focal com enfermeiros assistenciais de alguns hospitais.
A4	Profissionais da saúde e pacientes.	Implementação de treinamento.
A5	Profissionais da saúde e pacientes.	Uma intervenção multicomponente: (a) sessões de educação em serviço para o pessoal de enfermagem sobre

			medicamentos, (b) educação do paciente e da família sobre riscos de quedas e estratégias de prevenção, (c) melhoria da documentação de relatórios, (d) informações e atualizações oportunas e regulares, (e) a introdução do 'sistema de mobilidade de semáforos' e (f) uso das estratégias existentes de prevenção de quedas.
A6	Profissionais enfermagem	de	Utilização do Plan-Do-Study-Act (PDSA). Utilização das escalas de Morse Modificada e Escala de Triagem de Delirium de Enfermagem (NuDESC) -
A7	Profissionais enfermagem;	de	Programa de quedas com educação de equipe e palestras avaliação dos resultados.
A8	Pacientes e cuidadores		Educação de pacientes com a—utilização de vídeos e cartazes.
A9	Pacientes e Cuidadores		Fornecer aos pacientes um cartão educativo para lembrá-los de seu papel na prevenção de quedas e recompensar o paciente com um certificado no momento da alta comemorando 0 quedas durante o período de internação.
A10	Profissionais enfermagem	de	Aplicação de ferramenta de avaliação de risco de queda MEDFRAT.
A11	Profissionais enfermagem	de	Realização do Plan, Do, Study, and Act (PDSA). Implementação de rondas diárias de prevenção de quedas.
A12	Profissionais enfermagem;	de	Aplicação de novo protocolo de prevenção de quedas. Implementação de escala de morse e elaboração de ações educativas.
A13	Pacientes e Cuidadores;		Utilização de vídeos para orientação de prevenção de quedas de pacientes.
A14	Pacientes e Cuidadores;		Cartões de mobilidade para identificar o nível de assistência.
A15	Profissionais enfermagem	de	Foram treinados um grupo de enfermeiros com sessões teóricas e práticas na educação de prevenção de quedas. Depois foi feita comparação com os resultados de profissionais não treinados.

Fonte: elaborado pelas autoras

Após a leitura dos artigos, foi possível delimitar três categorias. A primeira *ações educativas para profissionais de enfermagem*; a segunda *ações educativas para pacientes*; a terceira *ações educativas para profissionais da saúde e pacientes*.

Na primeira categoria são ações desenvolvidas para profissionais de enfermagem para conscientização e implementação de protocolo de quedas. A segunda categoria são ações desenvolvidas com enfoque na educação de pacientes e cuidadores na prevenção de quedas. Nessas publicações são ações educativas voltadas para pacientes e cuidadores e/ou familiares

Na terceira categoria contemplam atividades desenvolvidas para profissionais de saúde e pacientes.

A categoria *ações educativas para profissionais de enfermagem* foi a mais abrangente, com 7 produções. Na sequência foram *ações educativas para pacientes* com 5 produções e *ações educativas para profissionais da saúde e pacientes* com 3 produções.

### **Categoria 1: ações educativas para profissionais de enfermagem**

As produções como enfermeiros possuíam duas abordagens. A primeira é diagnóstica sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre a prevenção de quedas e a segunda são atividades de educação para implementação de cuidados.

Há divergências entre profissionais assistenciais e especialistas sobre protocolos de prevenção de quedas. Segundo Hakvoort et al (2021) mediante de grupos focais e da técnica Deplhi as opiniões e ações de quedas são divergentes, os especialistas acreditam que o foco das ações devem ser 'cuidados posteriores', 'estimar o risco de queda' e 'fornecer informações, os enfermeiros já visualizam como 'fornecer informações', 'prevenção de quedas' e 'avaliação de risco de queda multifatorial', recomendando-se assim ações educativas para minimizar essas diferenças.

As ações para implementação de protocolo de quedas foram eficientes nos casos analisados. Lozaya et al (2020) observou-se que incidência geral de quedas

foi de 1,2% (n=7) no campo de estudo, sendo 0,3% (n=1) no grupo intervenção e 2,2% (n=6) no grupo controle, demonstrando assim a eficiência da ação em questão.

Maior parte das publicações sobre ações educativas foram relatos de experiências (Reswhan; Tucker; Norma, 2020; Mc Carty et al, 2018; Grillo; Firth; Hatchel, 2019; Kiyoshi-Teo; Northrup-Snyder, 2020). Os protocolos são ações eficientes, aos quais podem diminuir quedas, podendo economizar £ 13,3 milhões em 10 anos (Reswhan; Tucker; Norma, 2020). Outras ações eficientes são *debriefings*, que são pausas no plantão de 10 minutos, para discussão sobre pacientes para melhor práticas para prevenção de quedas, no qual apresentou redução significativa nas quedas segundo os estudos (Howard et al, 2018; Grillo; Firth; Hatchel, 2019). Entrevista motivacional com a equipe de enfermagem também foi citada como prática para melhorar o conhecimento dos profissionais, ao qual precisa-se de mais estudos para confirmar a eficácia (Kiyoshi-Teo; Northrup-Snyder, 2020).

O uso de novas tecnologias, como a Ferramenta de Avaliação de Risco de Queda do Departamento de Emergência do Memorial (MEDFRAT), foi visualizado. Ainda foi ressaltado que na implementação, os feedbacks dos enfermeiros foram incluídos e adicionados nessa nova ferramenta, sendo a eficiência ainda não testada (Mc Carty et al, 2018).

O uso Modelo Plan-Do-Study-Act foi visualizado em quatro produções (Rochon; Salaza, 2019; Howard Et Al, 2018; Grillo; Firth; Hatchel, 2019; Yost; Baur, 2021). Nessas produções analisaram-se as causas raízes das quedas, estudou-se sobre a temática, elaborou-se plano de intervenções e programaram as ações, seja por orientação com folhetos, pausas diárias, educação de enfermeiro sobre uso de escalas preditivas e ações preventivas (Rochon; Salaza, 2019; Howard Et Al, 2018; Grillo; Firth; Hatchel, 2019).

## **Categoria 2: ações educativas para pacientes/cuidadores**

Utilizaram-se diferentes tecnologias para prevenção de quedas para compreensão dos pacientes sobre os riscos. Uma delas foi via telefone, sendo utilizadas durante a internação e também após, com controle de 12 meses (Baker et

al, 2019). Nesse estudo multidisciplinar, com enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, a população foi acompanhada por visitas após a alta, observaram-se as reinternações e se havia quedas durante o período de um ano, além do contato telefônico (Baker et al, 2019). Através da análise com pacientes que não receberam orientações do protocolo, grupo controle, pode-se notar diminuição no número de quedas na internação e em ambiente domiciliar. No entanto, quando houve quedas não foi possível diminuir o dano ocorrido com esses eventos (Baker et al,2019).

O atendimento individualizado, com uma abordagem tranquila e com a utilização de tempo que for necessário para compreensão dos protocolos também foi visualizado. No estudo de Martins et al (2020) foram selecionados 201 pacientes para realizar orientações de prevenção de quedas. Dessa população foram realizadas pelo menos duas sessões de educação via telefone, com tempo médio de 27 minutos. O estudo teve saldo positivo, pois através do cuidado individualizado, foi possível receber feedback sobre a maneira como as ações foram desenvolvidas, ampliando e melhorando as práticas assistências na educação dos pacientes (Martins et al 2020).

Vale salientar que ações com pacientes com comprometimento cognitivo são mais difíceis de implementar. Em hospital na Austrália, foram utilizados vídeos curtos para programas de prevenção de quedas (Chan et al 2018). Não houve redução significativa de quedas em pacientes com comprometimento cognitivo ou que não falavam idioma local, contudo foi à ação mais eficiente do que outras utilizadas, como orientação verbal.

A utilização de folhetos explicativos é uma das ações mais visualizadas no ambiente hospitalar. Pacientes ortopédicos são clientela que podem fazer melhor uso dessa prática. Após a implementação desses folhetos em uma unidade ortopédica, houve redução significativa na taxa de queda dos pacientes, passando de 3 por 1000 pacientes por dia para 1 em 1000 pacientes (Lipsett; White, 2019).

Das ações educativas demonstradas, nenhuma causou dano ao pacientes. Contudo, houve consenso que necessita-se de mais produções enfocadas na educação dos pacientes e familiares (Baker et al,2019; Martins et al 2020; Chan et al 2018; Lipsett; White, 2019).

### **Categoria 3: ações educativas para demais profissionais da saúde**

O entendimento que não apenas a enfermagem é responsável pela prevenção de quedas começa a surgir nas produções. O envolvimento dos familiares/pacientes; profissionais como fisioterapeutas e médicos; além da enfermagem é base sólida para prevenção.

Lopes et al (2018) tem estudo em andamento que busca mediante auditorias e atividades de ensino entre todas as categorias. Entende-se por via de auditorias e seminários contínuos sobre registro correto; programas de prevenção multidimensionais; estudos retrospectivos sobre queda; grupo focais com a equipe multidisciplinar possa reduzir o número de quedas e lesões relacionadas; além de entender os padrões temporais na ocorrência de quedas (Lopes et al 2018).

Uma abordagem similar foi proposta por Ma, Morrissey (2020). Nesse estudo foi feito auditoria pré e pós-intervenção. As ações foram sessões de educação para familiares e pacientes; produção de modelo específico de produções de quedas; informações corretas entre a enfermagem e a fisioterapia; aprimorando estratégias já existente (Ma, Morrissey, 2020). O número total de quedas foi reduzido de 36 para 19, com uma diminuição no número de quedas repetidas de 8 para 4 no período de um ano, sendo abordagem eficiente (Ma, Morrissey, 2020).

### **Limitações do estudo**

Os estudos visualizados apresentam fragilidades por ser em sua maioria produções de nível 4 e 5, sendo sua base frágil para subsidiar produções educativas para outros profissionais. Os estudos com maior nível de evidência possuíam uma abordagem com mais de uma população, mostrando-se abordagens mais efetivas e com mais embasamento teórico.

Vale ressaltar, que apesar das vulnerabilidades das produções, o treinamento avançado mostrou-se com pontos positivos em todas as produções, porque mesmo em pequena escala melhorou a assistência ao paciente vulnerável à queda.

Estudos relacionando a promoção de educação da prevenção de quedas para enfermeiros inexperientes não foram encontrados, também não foram encontradas produções com residentes ou feitas por residentes de enfermagem. Apenas um das produções foi produzida por uma acadêmica de enfermagem.

Entendo que o estudo também quer entender atividades de ensino de residentes e pacientes, também foi realizado estratégias de busca para produções de atividades de ensino entre residentes e pacientes. Contudo, após algumas tentativas de utilização de descritores que seriam compatíveis, não foi possível realizar uma amostra conveniente para estudo. Mostrando ausência de estudos que contemplem essa perspectiva.

Assim, compreendendo a importância dos enfermeiros em relacionar as atividades preventivas de quedas e a necessidades de medidas educacionais, fazem-se necessário produções que com essa temática.

Considerando ainda o cenário da educação em serviço que busca a qualificação dos jovens profissionais no mercado da saúde, emerge a necessidade de mais estudos. Produções que busquem compreender as demandas da assistência alinhadas com atividades educativas de modo essencial, pois podem auxiliar na disseminação de conhecimento.

## 2. BASES CONCEITUAIS

### 2.1. O conceito de quedas e o impacto no contexto hospitalar

Quedas são eventos importantes no contexto da saúde mundial. São codificadas pela Classificação Internacional das Doenças, desde o CID 9 e estão presentes no CID 11 com mais de 19 tipos de quedas classificadas. Alguns exemplos são quedas da própria altura, quedas nos cuidados a saúde com dano ou sem; além de risco de queda, como tendência a cair e exposição a quedas (World Health Organization, 2022).

Nesse contexto a conceituação de quedas torna-se abrangente, pois implica diversas situações e contextos. Para pacientes, quedas podem ser as perdas de equilíbrio e para profissionais de saúde podem se referir ao contexto lesão após perda de equilíbrio (Organização Mundial de Saúde, 2010).

O conceito de queda hoje mais estabelecido pelos estudiosos é a definição presente no Relatório Global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice de 2007. Nesse relatório define-se quedas como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”(Organização Mundial de Saúde 2010).

O perfil dos pacientes que sofrem quedas no contexto hospitalar depende muito das unidades em que estão internados e das suas características clínicas. No entanto, é possível visualizar que muitos estudos epidemiológicos apontam quedas em idosos, do sexo feminino, no período da noite como mais comuns (Barbosa et al, 2019; Luzia et al 2019; Lorca et al, 2019; Baixinho et al 2019).

Esses eventos atingem em todos os setores de saúde, além do impacto do paciente e da família. Considerando o aspecto financeiro no contexto hospitalar, um evento sem dano pode custar € 12,26 e evento com dano grave pode custar até € 25.696,00 dependendo do país (Venâncio, Almeida, Felipe, 2019). O impacto financeiro também atinge aos pacientes e os familiares, pois se diminui a produtividade da família e aumentam-se os custos com consultas e reabilitação (Organização Mundial de Saúde, 2010).

Ainda se deve avaliar o impacto social, psicológico e ambiental de todos os envolvidos nesses eventos.

Os eventos de quedas são desgastantes tanto entre os pacientes e familiares, como aos de enfermagem, que são as segundas vítimas. Os profissionais envolvidos experimentam sentimentos de culpa, medo, angústia, impotência e banalização dos eventos ocorridos (Quadros et al 2022). As ocorrências desses eventos além de desencadear possíveis lesões ao paciente geram ansiedade aos profissionais, pois os mesmos sentem-se culpados achando que sua assistência foi falha, além do medo das consequências que esses atos podem ter em sua vida profissional (Quadros et al 2022).

As dificuldades em relação à sobrecarga de trabalho e entendimento das orientações prestadas aos pacientes são alguns dos fatores associados pelas quedas pelo entendimento das equipes de enfermagem (Quadros et al 2022). Assim, a alta demanda da assistência e as características clínicas e sociais dos pacientes podem afetar diretamente a adesão aos cuidados de prevenção de quedas.

Considerando essas características, muitos hospitais instauraram protocolos de prevenção de quedas. Esses protocolos baseiam-se na identificação dos pacientes em risco de queda; utilizando de ferramentas já consolidadas; implementação de medidas preventivas e notificação de eventos de quedas com ou sem lesão ao paciente.

A adesão aos protocolos de quedas pode variar conforme as características clínicas das unidades. Em um estudo de um hospital universitário de Cuiabá houve baixa adesão do protocolo em unidades obstétricas e pediátricas (Cunha et al 2022). Embora o estudo possua limitações aos quais não se pode responder o porquê da dificuldade na implementação dos protocolos nessas unidades, intervenções educativas personalizadas são mais efetivas em comparação com as generalizadas (Cunha et al 2022; Ximenes et al 2022).

No ambiente hospitalar as intervenções mais frequente e utilizadas pelas equipes são as orientações personalizadas mediadas por tecnologias educativas impressas e em vídeo, além de sessões breves individualizadas, sendo as abordagens mais efetivas visualizadas (Ximenes et al 2022).

Além do enfoque nos profissionais de enfermagem e nos pacientes, também deve-se considerar os familiares e/ou cuidadores no processo de prevenção de quedas. A insegurança à medida que aumenta o comprometimento do idoso é destacada na fala dessas pessoas (Coutinho et al 2021; Luo et al 2023).

A educação dessa população é importantíssima e por vezes desafiadora, pois são pessoas, assim como os pacientes, que podem não compreender o porquê das medidas preventivas. A orientação verbal é importante, no entanto, nem sempre é a mais efetiva (Luo et al 2023).

A utilização de práticas que exerçam escutas ativas, com demonstração de conteúdo teórico e prático, podem ser atividades efetivas na prevenção de quedas. Em um estudo em Recife em uma unidade de longa permanência, utilizou de metodologias ativas no ensino a prevenção de quedas, embora não possa afirmar que houve diminuição de quedas, essa interação permitiu um movimento de mudanças do contexto vigente (Coutinho et al 2021).

No ambiente hospitalar, estudos com cuidadores e pacientes são menores do que em ambiente domiciliar e em instituições de longa permanência. Essa situação pode ser devido à responsabilização da prevenção de quedas no contexto hospitalar ficar a cargo da enfermagem. No entanto, no momento da alta já pode ser visualizados as dificuldades de implementar medidas preventivas de quedas no contexto domiciliar. O número de cuidadores, o nível de dependência do paciente e impacto social e financeiro de uma pessoa com problemas de mobilidade são alguns dos fatores problemáticos relatados, sendo isso uma dificuldade na implementação de medidas preventivas de quedas no ambiente domiciliar, podendo impactar na ocorrência de quedas e reinternações (Gettel et al 2020).

Assim pode-se perceber o quando é complexo e multifatorial o processo de prevenção de quedas dentro do contexto hospitalar. Sendo necessário intervenções desde o momento da admissão até no processo de alta.

## 2.2 As metas internacionais de segurança e prevenção de quedas.

Em 2004 a OMS criou *World Alliance for Patient Safety*. A partir dessa situação foi criado a *Patient Safety Program* visando diminuir as ocorrências de eventos adversos e erros dentro do ambiente de saúde (Brasil 2014; Organização Mundial de Saúde 2010). Essa proposta entende que a segurança do paciente foi negligenciada por muitos anos e que o livro *Errar é Humano* forneceu subsídios para discussões sobre essa temática na área da saúde (Organização Mundial de Saúde, 2010).

Assim, esse programa busca promover estratégias para a diminuição de falhas dentro da assistência de saúde. Criando-se mais barreiras para que os erros, que ocorrem, não cheguem aos pacientes (Organização Mundial de Saúde 2010).

A primeira estratégia foi à definição de conceitos-chave para a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, como se pode visualizado pela figura 1 traduzido do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

**Figura 1-** Conceitos-chave de Classificação internacional de segurança do paciente

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de <b>dano desnecessário</b> associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Referência: Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2014).

Além dessas definições, foram feitos estudos para verificar as causas e quais são os mais comuns eventos no mundo, sendo através desses estudos o

estabelecimento das metas de segurança do paciente (COFEN, 2023). As metas foram estabelecidas pela OMS, com auxílio da Joint Commission International (JCI), (Comissão Conjunta de Acreditação de Instituições de Cuidados à Saúde) (COFEN 2023). São estas as seguintes metas: Identificação do paciente; Comunicação efetiva; Uso seguro de medicamentos de alta vigilância; Cirurgia segura; Prevenção do risco de infecções; Prevenção do risco de queda e Lesão por pressão (LPP).

Assim, a prevenção de quedas no contexto de saúde ambulatorial e hospitalar uma temática bastante difundida e pesquisada nos últimos anos. No Brasil, após a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, foi elaborado um anexo denominado: Protocolo prevenção de quedas\*.

Esse protocolo teve por finalidade

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garanta o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013b).

Foram estabelecidos as seguintes intervenções como mais efetivas para prevenção de quedas: avaliação do risco de queda; identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira; agendamento dos cuidados de higiene pessoal; revisão periódica da medicação; atenção aos calçados utilizados pelos pacientes, educação dos pacientes e dos profissionais, revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas (BRASIL, 2013b).

No quesito avaliação de risco de queda pode-se utilizar as condições clínicas dos pacientes ou usar instrumentos, como escalas validadas de prevenção de quedas. No Brasil, a escala de *Morse* é uma das mais conhecidas, mas existem muitas de escalas preditoras de quedas, como a *St. Thomas Risk Assessment Tool*, *Conley Scale*, *Hendrich II*, *Hester Davis Scale* (Andrade et al 2019).

Essas escalas levam em consideração as condições clínicas, físicas e ambientais como fatores que podem ocasionar quedas. Andrade et al (2019) elaborou um quadro com os domínios avaliados por algumas escalas, essa figura pode ser visualizado abaixo.

**Figura 2:** Síntese de escalas de prevenção de quedas e seus fatores analisados.

<b>Escalas</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Mental</b>	<b>Mobilidade</b>	<b>Uso de medicamentos</b>	<b>Histórico de queda</b>	<b>Dispositivos</b>	<b>Incontinência</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico secundário</b>	<b>Déficit sensorial</b>	<b>Disfunção cognitiva</b>
<i>Morse Fall Scale</i> <sup>(11)</sup>	-	X	X	-	X	X	-	-	X	-	-
<i>Hendrich Fall Risk Assessment</i> <sup>(14)</sup>	-	X	X	X	-	-	X	X	X	-	-
<i>Fall Risk Assessment Tool</i> <sup>(25)</sup>	X	X	-	X	X	-	X	-	-	X	-
<i>Downtown Index</i> <sup>(28)</sup>	-	X	X	X	X	-	-	-	-	X	-
<i>St. Thomas Risk Assessment</i> <sup>(12)</sup>	-	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-
<i>Conley Scale</i> <sup>(13)</sup>	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	X
<i>Johns Hopkins Fall Assessment</i> <sup>(26)</sup>	X	-	X	X	X	X	X	-	-	-	X
<i>Hester Davis Scale</i> <sup>(15)</sup>	X	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-
<i>Tu-FRHOP</i> <sup>(20)</sup>	-	-	X	X	X	-	X	-	X	X	X

Referências: Andrade D, Oliveira RA, Turrini RNT, Poveda VB. Escalas de avaliação de risco para queda: revisão integrativa da literatura. 2019.

Vale salientar que avaliação dos profissionais não deve ser apenas por escalas e seu julgamento clínico tem que ser o fator determinante para configurar o risco de queda dos pacientes (Andrade et al 2019).

Os fatores de risco de queda são: Idade (crianças com menos de 5 anos e idosos acima de 65 anos); Psico-cognitivos (Ex: diminuição do nível de consciência); Doenças crônicas; Funcionalidade (Ex: amputação de membros); Comprometimento sensorial (Ex: visão); Equilíbrio corporal; Uso de medicamentos (Ex: Benzodiazepínicos); Obesidade severa; Histórico de queda (Brasil 2013b).

Independente do risco, existem medidas universais que devem ser implementadas na prevenção de quedas, são elas: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes (Brasil 2013b).

Vale salientar que pacientes pediátricos possuem suas particularidades, como a questão das acomodações, sendo elas: Recém-nascidos devem ser colocados em berços de acrílico e/ou incubadora; Crianças menores de 36 meses devem utilizar berços com grades elevadas; Crianças maiores de 36 meses devem utilizar camas com grades (Brasil, 2013b).

O transporte é uma preocupação, a mobilização de pacientes vulneráveis deve ser realizada com o responsável segurando no colo, em cadeira de rodas ou maca (em caso de sedação). Em caso de ausência de responsável, a equipe de enfermagem vai com as crianças grandes (Brasil, 2013b).

Após o estabelecimento do risco de queda, a enfermagem inicia a implementação de ações preventivas conforme os fatores de risco pré-estabelecidos pelos pacientes. Abaixo se encontra figura com exemplo de ações considerando o risco de quedas de pacientes.

**Figura 3:** Medidas preventivas de acordo com risco de queda

FATOR DE RISCO DE QUEDA	MEDIDAS
Histórico de Queda	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.</p> <p>Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).</p>
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	<p>Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.</p> <p>Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.</p> <p>Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro. Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p>
Medicamentos	Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam

	<p>o risco de queda.</p> <p>Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).</p> <p>Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.</p>
Uso de Equipamentos/ Dispositivos	<p>Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.</p> <p>Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.</p> <p>Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p>
Mobilidade/Equilíbrio	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p> <p>Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama. Avaliar a independência e a autonomia</p>

	para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
Cognitivo	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p>
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.</p> <p>Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).</p>

Referência: Protocolo de Atenção à Saúde Segurança do Paciente, 2010.

Desta forma, nota-se que a diminuição do risco de quedas tem como principal base à educação de profissionais, pacientes e familiares, visto que a comunicação efetiva ainda é melhor ação preventiva contra quedas.

### 2.3 Treinamento em serviço: articulação da teoria como prática profissional

Os programas de residências multidisciplinar e uniprofissional na área da saúde foram reconhecidos no Brasil na LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005. Essa modalidade de pós-graduação, até então, só reconhecida no ambiente da medicina, começa a ganhar mais visibilidade para outros profissionais da saúde, como os enfermeiros (BRASIL, 2005b).

A residência nas áreas da saúde veio para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005b).

Essa modalidade de ensino em serviço é um curso de pós-graduação lato-sensu, com regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (BRASIL, 2005b).

A Lei 5.905/73, DE 12 DE JULHO DE 1973, que dispõe sobre a criação do Conselho Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências, tem em seu artigo 15, inciso II – disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal; inciso III – fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal; Assim toda modalidade de pós-graduação têm que ter fiscalização e aprovação do conselho federal de enfermagem.

Considerando o pressuposto, o trabalho do COFEN para a normatização da “Residência em Enfermagem”, nos autos do PAD-COFEN nº 096/94; o COFEN elabora a resolução COFEN-259/2001, // que institui o registro de especialista na Modalidade de Residência em Enfermagem, aos profissionais Enfermeiros, inscritos no COREN, egressos de Programas de Residência em Enfermagem que atendam aos Padrões Mínimos estabelecidos na presente resolução (COFEN, 2001).

Para conseguir o certificado de especialista em residência em enfermagem, o enfermeiro deve cumprir os seguintes critérios:

Duração mínima de 18 meses do curso, correspondendo a um total mínimo de 2.960 (duas mil novecentos e sessenta) horas, em regime não inferior a 40 horas semanais; Assegurar um mínimo de 20% (vinte por cento) da carga horária total e semanal para atividades teórico-práticas, tais como aulas, seminários, estudos de caso, sessões científicas e outras; Atividades

teórico-práticas ministradas durante todo o período de duração do Programa de Residência em Enfermagem, desenvolvidas semanalmente, assim como as atividades práticas; As atividades teórico-práticas, assim como a prática assistencial dos Programas de Residência em Enfermagem, devem proporcionar um desenvolvimento progressivo, voltado a subsidiar o desenvolvimento das competências técnico-científica e ética na área de concentração escolhida; Exigir, para fins de conclusão e da consequente certificação, um trabalho científico, na forma de monografia, artigo científico para publicação, ou equivalente (COFEN, 2001).

Dentro do programa de residência é necessário o desenvolvimento de 20% de atividades teóricas-práticas que incluem atividades de ensino em uma universidade conveniada. Essas atividades incluem aulas voltadas à especialização vigente, atividades de pesquisas e de extensão (Brasil, 2022). As pesquisas, em muitas vezes, são voltadas para a perspectiva da prática educacional, e as atividades de extensão são geralmente vinculadas a programas desenvolvidos no campo da residência, podendo ser elaboração de estudos de casos ou em programas de educação em saúde para profissionais e pacientes.

Os residentes de enfermagem são um excelente grupo para desenvolvimento de atividades inovadoras, uma vez que geralmente são profissionais em início de carreira profissional e bastante interessados em novas práticas. Um exemplo disso foi citado por Klippel et al (2020) ao qual foi proposta atividades realistas para em um grupo de residentes. A prática foi eficiente, tendo avaliação positiva de mais de 80% dos residentes, ao qual se teve o consenso que essas atividades forneceram estímulo ao pensamento crítico dos participantes e colaborando com resolutividade do trabalho individual e em grupo (Klippel et al 2020).

Além de atividades de ensino para o residente, o desenvolvimento de atividades de educação para os pacientes pelos residentes também é prática que deve ser estimulada. O desenvolvimento de atividades teórico-práticas para pacientes promove uma assistência mais eficaz e segura, além de proporcionar melhora nas habilidades de comunicação dos profissionais envolvidos (Pereira et al 2023).

O exercício de educação em saúde melhora não só a comunicação entre os profissionais envolvidos, mas como a comunicação entre o paciente e a equipe, fazendo com que o paciente seja capaz de dizer claramente o que precisa. Assim, a utilização de tecnologias nas atividades de educação em saúde, podem ser benéficas. A elaboração de vídeos educativos e podcast vêm sendo bem recebido por pacientes e profissionais de saúde (Araújo et al 2022; Pereira et al 2023).

A utilização de atividades de ensino alinhadas a uso de tecnologias são eficientes na manutenção à saúde dos pacientes, podendo reduzir nível de complicações em situações de fragilidade em saúde. Em uma revisão sistemática feita por metanálise sobre tecnologias educativas na prevenção de lesões diabéticas, notou-se que estudos associaram melhora nas lesões e diminuição das complicações com utilização de educação em saúde associada a prática assistencial (Lira et al 2023).

.Considerando o cenário da prevenção de quedas pode ser bem eficaz o contato direto. Pois se pode compreender as demandas dos pacientes e cuidadores, alinhando a prática assistencial através da educação (Martins et al, 2022).

Novas estratégias e discussões sobre formulações de programas de prevenção de quedas são necessárias. A utilização de recursos tecnológicos e intervenções diferenciadas, como a produção de ações produzidas por profissionais assistenciais são algumas das possibilidades (Alves, Colichi, Lima, 2023b).

#### **2.4 Ambiente hospitalar como fator de risco para queda: reflexos na teoria ambientalista**

A ampliação sobre discussão de segurança do paciente e a diminuição dos fatores que ofereçam riscos aos pacientes vêm ganhando mais espaço no ambiente da medicina e demais áreas da saúde. A medicina possui sistema de classificação internacional, denominado CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde). Na mais atual classificação, CID 11, observou-se a preocupação em relação segurança do paciente, como inclusão de novos CID, como o PL14 Modo de lesão ou dano associado a outras causas relacionadas com cuidados de saúde, com subsequente PL14.E Queda nos cuidados de saúde (WHO, 2022).

O CID PL14.E Queda nos cuidados de saúde pode ser classificado como com dano ou sem. Ainda é considerado a cinemática e a consequência da queda para melhor definição (WHO, 2022). Assim subentende-se que o ambiente da saúde, em especial o ambiente hospitalar, pode oferecer riscos de lesões aos pacientes, como, por exemplo, a queda.

A ocorrência de queda é associada a fatores internos e externos. Os fatores intrínsecos dos pacientes são idade avançada, uso de dispositivos para deambular, histórico de quedas, comorbidades e uso de agentes farmacológicos (Ximenes et al 2019). Os fatores extrínsecos seriam o ambiente em si, como piso e calçados antiderrapantes, disposição dos móveis, uso de iluminação adequada, barras de proteção, higiene dos leitos (Ximenes Et Al 2019; Brasil, 2013).

Segundo a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (2013) o ambiente hospitalar precisa possuir uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes. No Brasil, a estrutura física dos ambientes hospitalares foi estabelecido pelo Ministério da saúde, através do documento Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde de 1994 e regulado pela RDC 50 DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002, que definiu o regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (Brasil, 2002).

Assim, o ambiente hospitalar precisa proporcionar um ambiente mais seguro ao paciente possível. O dimensionamento precisa ser seguro e seguir um padrão aceitável, um quarto de enfermaria, por exemplo, precisa de 10 m em quarto com 1 único leito, 6m de distância de leitos em quartos coletivos de longa duração, sendo permitido no máximo 6 leitos em acomodação coletivas (Brasil, 2002).

É necessário também um banheiro para cada quarto, com iluminação de vigília nas paredes, duchas higiênicas nos vasos sanitários e box de chuveiros (Brasil, 2002). As portas de banheiros e sanitários de pacientes devem abrir para fora do ambiente, ou permitir a retirada da folha pelo lado de fora, a fim de que sejam abertas sem necessidade de empurrar o paciente eventualmente caído atrás da porta (Brasil, 1994; Brasil 2002).

Mesmo que com estabelecimento de estrutura padrões que visam à segurança dos pacientes, o ambiente hospitalar possui diversos fatores proponentes a quedas. Estudos vêm buscando novas tecnologias para evitar a quedas. O aumento de dispositivos que visam a prevenção de quedas é visualizado em um estudo conduzido por Alves, Colichi e Lima (2023a). Observou-se que atualmente existem 45 patentes de tecnologias de prevenção de quedas (Alves; Colichi; Lima, 2023a).

No entanto, vale salientar, que da inscrição de patente apenas 4 produzidas por profissionais da saúde; 2 enfermeiros, 1 médico, 1 fisioterapeuta; revelando necessidade de instrumentalizar universidades e serviços de saúde a fim de garantir o desenvolvimento de inovações que atendam e compreendam a demanda da assistencial (Alves; Colichi; Lima 2023a).

Entre as tecnologias desenvolvidas para prevenção de quedas são: sensores de movimento com acionamento sonoro acoplados em camas, almofadas, colchões; meias inteligentes que acionam movimentação dos pacientes; uso de equipamentos não invasivos como equipamentos de sensor de movimento, entre muitos outros (Alves; Colichi; Lima, 2023b).

Vale ressaltar que a disponibilidade desses recursos não é realidade devido ao custo benefício para instituições, ao qual não se tem confirmação efetiva da diminuição de quedas (Alves; Colichi; Lima, 2023b). Ainda se deve considerar que aumento de dispositivos de alarmes, sonoros e visuais, podem causar desgastes para equipe de enfermagem e causar desconforto aos pacientes que podem considerar os dispositivos invasivos e limitante a sua privacidade (Alves; Colichi; Lima, 2023b).

Assim, o fator ambiental é visto como fundamental na prevenção de quedas, impactando positiva ou negativamente na assistência.

Florence Nightingale após sua participação na guerra da Criméia em 1854 desenvolveu a teoria ambientalista (Alves et al 2021). Essa teoria há quatro conceitos-base: humano, ambiente, saúde e enfermagem (Bezerra et al 2018). O conceito humano que o indivíduo é capaz de interferir no seu prognóstico; o ambiente, que é fator externo, pode impactar na vida e na saúde do indivíduo; saúde que tem como base teórica a saúde/doença em que deve haver melhora; enfermagem que proporciona a circunstância da ação da natureza (Bezerra et al 2018; Alves et al 2021)

O cerne desta teoria é muito focada no ambiente de higiene ambiental, fornecendo uma base sólida para autores por muito tempo (Alves et al 2021). Contudo, o ambiente não é versado apenas higiene, a enfermagem deve proporcionar nutrição, conforto e socialização, podendo ser implementados na assistência por condições de recuperação, reabilitação e cura (Bezerra et al 2018).

Considerando o cenário de prevenção de quedas, o ambiente é sempre citado como pré-disponente para quedas, pois existe uma associação entre recursos externos e fatores de riscos intrínsecos (Pereira; Kanashiro, 2022). Os fatores ambientais mais comumente citados são superfícies escorregadias, tapetes soltos, iluminação insuficiente e calçados inadequados (Pereira; Kanashiro, 2022).

Assim, as quedas são multifatoriais, relacionadas a fatores comportamentais, ambientais, socioeconômicos e biológicos, no entanto, muitos fatores de risco não são modificáveis e a prevenção é limitada (Pereira; Kanashiro, 2022).

Contudo, quando se considera o ambiente hospitalar, o mesmo é modificável e adaptado às necessidades de grande parte da clientela, sendo assim um das ações mais significativas na prevenção de quedas (Alves; Colichi; Lima, 2022).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo de Estudo**

O presente estudo é de caráter descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa de dados. A pesquisa exploratória visa examinar a natureza de um determinado tema, a maneira como ele se manifesta e outros fatores associados. Esse método busca explorar a natureza e esclarecer como determinado fenômeno é expresso (Polit; Beck, 2019, p.12). Complementando essa abordagem utiliza-se a pesquisa descritiva que consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação (Polit; Beck, 2019, p.145).

Pesquisa qualitativas estão relacionadas à investigação construtivista, ao qual estudam-se fenômenos já existentes, assim os conhecimentos sobre determinados assuntos podem ser escassos e precisam ser identificados ou nomeados corretamente (Polit; Beck, 2019, p.11). A investigação ocorre de modo detalhado e holístico, por meio de coleta de dados narrativos, com abordagem de pesquisa flexível (Polit; Beck, 2019, p.401).

#### **3.2. Participantes do Estudo**

Os participantes do estudo são enfermeiros residentes que atuam em cenários hospitalares. A proposta foi elaborada para que os primeiros participantes fossem de diferentes áreas de especialidades, bem como de diferentes instituições de saúde.

Os critérios de seleção dos participantes foram: ser enfermeiros residentes do primeiro ou segundo de qualquer área de enfermagem e com mais de 6 meses de atuação na residência. Optou-se por esse grupo para evitar conflito de interesse em instituições e ampliar a amostra para diferentes práticas profissionais, com diferentes vivências e especialidades. Foram excluídos enfermeiros residentes com experiência inferior a 6 meses no programa de residência. De forma que os

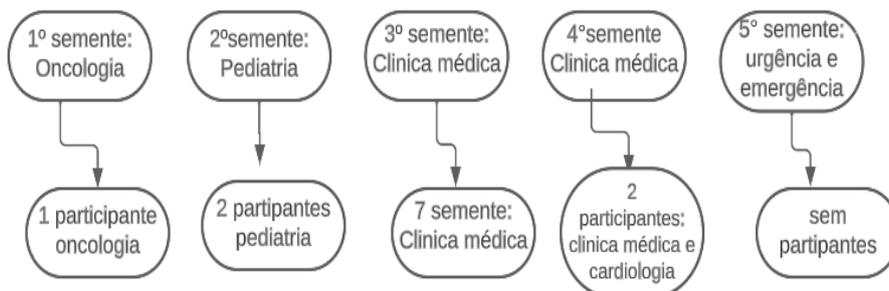
primeiros participantes selecionados. segundo os critérios pré-estabelecidos, foram nomeados de “sementes”.

Importante ressaltar que a proposta de amostragem em rede é para que os enfermeiros residentes convidados fossem de diferentes programas de Pós-Graduação, considerando as diversas unidades de treinamento de saúde, a partir da rede de contatos das sementes.

Destaco que os convidados foram informados quanto ao objetivo da investigação e a natureza da coleta de dados e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para responderem ao questionário.

Inicialmente foram selecionadas 7 (sete) sementes de diferentes programas e áreas da enfermagem, que atuassem no contexto hospitalar. Dessas sementes iniciais, 2 (duas) não responderam o questionário e nem indicaram novas sementes. Ao final foi atingido um número de amostra de 17 (dezesete) participantes que responderam os questionários, como pode ser visualizado em figura abaixo.

**Figura 4:** Seleção e fluxo das sementes.



Referência: elaborado pelas autoras.

### 3.3 Coleta de dados

A seleção da amostra foi por amostragem em rede ou amostragem em bola de neve. Nessa abordagem os informantes iniciais (sementes) fazem as indicações quem serão os próximos participantes do estudo (POLIT; BECK, 2019, p.196). Os primeiros participantes (sementes) foram selecionados pela rede pessoal dos pesquisadores, foi realizado contato por whatsapp, para o convite, através da carta

convite que constava o link do formulário do *google® forms* e o termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações da pesquisa, para ser respondido após aceite da participação na pesquisa.

A participação foi voluntária e o período da coleta e tratamento de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2023. O questionário contém itens sobre perfil social e acadêmico, para estratificar a amostra e questões abertas sobre as atividades educativas de prevenção de quedas realizadas pelos enfermeiros residentes no contexto hospitalar. O questionário Google *Forms®*, pode ser acessado pelo link: <https://docs.google.com/forms/d/1oMKvESY6K5DFilkcC2xH3XR8bo3gulSLZUzzV1FMpzs/edit>

### 3.4. Análise de dados

A análise de conteúdo divide-se em três etapas: pré-análise, análise do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021).

Na etapa de **pré-análise** refere-se à escolha dos documentos a serem submetidos à análise (corpus), a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final; retornando as questões-norteadoras e os objetivos da pesquisa, a fim de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021; Bardin, 2016, P.125).

Após transcrição das entrevistas, foi realizada uma pré-análise, na qual o material por meio da coleta foi organizado, considerando a necessidade de leitura minuciosa do material pela pesquisadora. Os dados produzidos foram organizados em um banco de dados, no Libre office®, foram selecionadas variáveis a serem usadas e realizado preparo do material para aplicação do software IRAMUTEQ®. Esse software é gratuito e desenvolvido sob a lógica da open source, licenciado por GNU GPL (v2) (CARMARGO; JUSTO, 2018).

Este programa informático viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação

hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras) (CARMAGO; JUSTO 2018).

Os textos foram separados por linhas de comando ou linhas de asteriscos, com variáveis selecionadas. No texto ficou a definido: \*Enf\_( determinou o participante), \*a\_ (\*a1= primeiro ano de residência e a2=segundo ano de residência), \*s\_ (referiu ao setor atual da residência, 1=clínica médica e/ou cirúrgica, 2= oncologia, 3= pediatria, 4=outros). O preparo do *corpus* foi a temática, onde cada linha pode conter dois textos, correspondentes a duas ou mais temáticas, com a inclusão de linhas subordinadas a principal.

Esse preparo foi escolhido devido às perguntas utilizadas no questionário. Cada pergunta foi identificada com comando -\*tema\_1.

O IRAMUTEQ oferece a possibilidade de diferentes formas de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (como cálculo Corpus (conjunto de textos) até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial) (Camargo; Justo, 2018), são elas:

I) Análises lexicográficas clássicas – Identifica e reformata as unidades de texto, identifica a quantidade de palavras, frequência média e hapax (palavras com frequência um), pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas), cria do dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares.

II) Especificidades – Associa textos com variáveis, ou seja, possibilita a análise da produção textual em função das variáveis de caracterização.

III) Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) – Os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas.

IV) Análise de similitude – Esse tipo de análise baseia-se na teoria dos grafos de Marchand & Ratinaud, 2012 e é utilizada frequentemente por pesquisadores das representações sociais (cognição social). Esta teoria estuda as relações de objetos de um dado conjunto. Este tipo de análise permite identificar as ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual. Permite também

identificar as partes comuns e as especificidades em função das variáveis descritivas identificadas na análise (CAMARGO; JUSTO, 2018).

V) Nuvem de palavras – Agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência.

Na etapa de **Exploração do material** é o momento de tratar o material coletado na fase anterior, transformando-o em dados passíveis de serem analisados, por meio de operações de codificação. O processo de codificação dos materiais implica o estabelecimento de um código que possibilite identificar rapidamente cada elemento da amostra recortada para pesquisa (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021). Os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades que permitem a descrição das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 2016, p.131).

Após a análise do iramuteq foram selecionadas as Unidades de registro com palavras e a enumeração por frequência, com a categorização por semântica a temática da pesquisa. Como pode ser observado no apêndice C.

Na etapa de **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação** resulta na enumeração e na sistematização das características de seus elementos, sendo produzido um texto síntese para cada uma das categorias, de modo a expressar o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021). Assim, através dos dados obtidos do *software*, foi possível decodificar as falas dos participantes e realizar o tratamento dos resultados e a síntese dos dados.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ajudar a difusão de conhecimento sobre a prevenção de quedas no ambiente da residência. Em relação aos riscos, se considera o desconforto, estresse, quebra de sigilo, cansaço, quebra de anonimato, alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre satisfação profissional, tomar o tempo do sujeito ao responder o questionário.

### **3.5 Aspectos éticos.**

O presente trabalho cumpriu as prerrogativas éticas da resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O presente trabalho foi encaminhado ao o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, sendo aprovado com CAAE: 68612123.8.0000.5285. A coleta iniciou após aprovação do Comitê de Ética da UNIRIO e ocorreu no período de agosto a setembro de 2023.

Foi solicitado liberação de carta de anuência dos programas de residentes ao comitê de ética, pois o objetivo do trabalho não é retratação dos programas e sim as atividades de educação preventivas de quedas realizadas por diferentes residentes no contexto hospitalar.

Os participantes foram convidados a participar e os que aceitarem a participar da pesquisa assinaram um termo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma via fica com pesquisador e o participante pode solicitar sua via pelo link do questionário. No TCLE constaram os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios, assinatura e telefone do pesquisador e do orientador da pesquisa. Foi esclarecido que, se por qualquer motivo, o entrevistado desejar abandonar estará livre para fazê-lo e quanto à garantia do sigilo que assegura a privacidade. Os dados confidenciais no estudo serão guardados durante cinco anos e após serão descartados de forma adequada.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Perfil dos participantes e das unidades de treinamento

Ao todo foram 17 participantes que responderam o questionário. Com idade de média 25,9 anos, com a maior parte da amostra com enfermeiros com menos de 2 anos de formação, com equilíbrio entre as universidades públicas e privadas nas formações.

O ano de residência também apresentou equilíbrio, tendendo ao segundo ano de residência. Os programas em sua maioria são vinculados as unidades de treinamentos federais, com dois representantes de unidade de treinamento municipal.

O perfil dos residentes foi bem diversificado, com representantes da oncologia, pediatria e clínica médica-cirúrgico. Esses dados podem ser visualizados na tabela abaixo.

**Tabela 4:** amostra de perfil dos participantes.

Dados	Número de participantes	Média/porcentagem
Idade	23 -25 (n=7/41%); 26-30 (n=7/41%) 31-41 (n=3/18%)	M= 25,9
Tempo de formação	Menos de 1 ano (n=6); 1-2 anos (n=6); 3-5 anos (n=2); Mais de 5 anos (n=1)	Menos de 1 ano = 40,% 1-2 anos = 40 % 3-5 anos = 13,3 % Mais de 5 anos (n=1)
Pós-graduação	Residência (n=12) Especialização (n=5)	Residência = 70,5 % Especialização = 29,5%
Instituto de ensino superior	Públicas (n=8); Particular (n=6)	Públicas= 53, 3% Particular= 46,7 %
Tempo de residência	Primeiro ano R1 (n=6)	R1= 40 %

	Segundo ano R2 (n=9)	R2= 60 %
Unidade de treinamento	Instituto Federal (N=13)	Hospital ou Instituto Federal = 86,6%
	Instituto Municipal (N=2)	Hospital Municipal= 13,3%
	Instituto privado (N=0)	
Setor	Clínica médica (n=10);	Clínica médica = 58,8%
	Pediatria (n=3);	Pediatria = 17,6%
	Oncologia (n=2);	Oncologia = 11,7%
	Urgência e Emergência (n=1)	Urgência e Emergência = 5,8%
	Cardiologia (n=1)	Cardiologia =5,8%

Fonte: elaborado pelas autoras através do *google form*®.

Na amostra pode-se observar que os residentes analisados, possuem mais de uma Pós-Graduação, sendo a segunda especialidade mais citadas residência e especialização. Alguns possuem mais de uma especialização, contudo não foram observados enfermeiros residentes com mestrado ou doutorado na amostra.

#### 4.2 Conhecimento prévio sobre prevenção de quedas e ações educativas implementadas

Em relação à prevenção de quedas, a amostra demonstra que os participantes relataram ter conhecimento sobre segurança do paciente e prevenção de quedas na graduação e pós-graduação. Como pode ser observado abaixo na tabela 5 e 6.

**Tabela 5:** Conhecimento sobre segurança do paciente

Durante sua formação acadêmica (Graduação/ Pós-graduação) você teve conhecimento sobre Segurança do Paciente?	
Sim	(N=17/100%)
Não	(N=0/0%)

Fonte: Elaborado pelas autoras através do *google form*®.

**Tabela 6:** Conhecimento sobre prevenção de quedas

Durante sua formação acadêmica (Graduação/ Pós-graduação) você teve conhecimento sobre medidas de prevenção de queda?	
Sim	(N=15/88,2%)
Não	(N=2/11,8%)

Fonte: Elaborado pelas autoras com base *google form*®.

Em relação às práticas educativas, alguns participantes já haviam produzido ações sobre a temática proposta, como pode ser observado nas tabelas 7 e 8 abaixo. As ações estão mais relacionadas às produções de material escrito para divulgação de boas práticas.

**Tabela 7:** Produção de material educativo.

Durante a graduação você produziu algum material educativo sobre prevenção de quedas?	
Sim	(N=9/52,9%)
Não	(N=7/41,1%)
Em caso afirmativo quais?	
Folder	(N=4/66,7%)
Cartilha	(N=1/,167%)
Outros	(N=4/66,7%)

Fonte: Elaborado pelas autoras através do *google@ forms*

A maioria das unidades de treinamento possuem protocolos pré-estabelecidos de prevenção de quedas, como pode ser observado na figura abaixo. As ações educativas relatadas são utilização de escalas preditivas, treinamentos e orientações verbais, com auxílio de folder e uso até mesmo QR code nos locais de internação.

**Tabela 8:** Protocolo de quedas nas Unidades de treinamento.

Na unidade de treinamento, onde você atua como residente tem protocolo de prevenção de quedas?	
Sim	(N=14/82,4%)
Não	(N=2/11,8%)
Não sei	(N=1/5,9%)

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras através do *google Forms*®

Em relação às escalas, a de Morse a mais utilizada, como pode ser visualizado na figura abaixo. Vale a pena salientar que a escala de Humpty-Dumpty é a segunda mais citada, sendo sua abordagem voltada para a área da pediátrica.

**Tabela 9:** Escalas preditivas de quedas

Como você identifica pacientes vulneráveis a queda?	
Escala de Morse	(N=13/76,5%)
Escala Humpty- Dumpty	(N=2/11,8%)
Escala de Downton	(N=0/0%)
Não utiliza escala, por avaliação clínica	(N=2/11,8%)

Fonte: Elabora pelas autoras via google@forms

Observa-se que mais da metade utiliza recursos de prevenção de quedas. Contudo, valeressaltar que mesmo com período curto de experiência dos participantes, mais da metade da amostra presenciaram quedas, como pode ser visualizado na tabela abaixo.

**Tabela 10:** Quedas na unidade de treinamento

Durante o treinamento em serviço você já acompanhou alguma queda do paciente durante a internação hospitalar?	
Sim	(N=12/70,6%)
Não	(N=5/29,4%)

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras através do google@ forms

Os participantes entendem que o ambiente hospitalar pode influenciar o risco de quedas. Entre os fatores ambientais mais citados são grades não elevados; Distância dos leitos do posto de enfermagem; banheiros insalubres. Abaixo a tabela 11 e 12 demonstra esses dados.

**Tabela 11:** O ambiente enquanto preditor de queda.

Você acredita que o ambiente influencia na ocorrência de quedas?	
Sim (N=17/100%)	
Não (N=0/0%)	

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras pelo google *Forms*®.

**Tabela 12:** Fatores ambientais que influencia a queda

Fatores ambientais que influencia a queda	
Piso Molhado	(N=10/58,8%)
Grades não elevadas	(N=13/76,5%)
Banheiros insalubres	(N=12/70,6%)
Alocação dos móveis	(N=9/52,9%)
Tamanho dos leitos	(N=8/47,1%)
Distância dos postos de enfermagem	(N=12/70,6%)

Fonte: Elabora pelas autoras através do google *Forms*®;

Vale salientar que nessa questão os participantes puderam responder mais de um fator ambiental e todos responderam mais de um fator, sendo o tamanho dos leitos o menos citados.

### 4.3 Tratamento dos dados com IRAMUTEQ

O corpus do texto foi preparado pelas respostas das perguntas qualitativas. As mesmas foram transcritas em *Libre office*® e codificadas e subsequente para corpus temática em monotemática com o *software* iramuteq. Abaixo segue como foram codificados as perguntas para análise do texto.

Os participantes do estudo foram identificados pelo código ENF\_, seguindo a ordem crescente de preenchimento do formulário. Outras variáveis utilizadas foram a\_1 e a\_2 que identificaram o ano da residência. A variável s\_ identificou o setor dos

residentes, foram selecionados: 1 para clínica médica, 2 oncologia, 3 pediatria e 4 outros.

Os dados foram colocados no iramuteq e os dados iniciais podem ser exemplificados na tabela abaixo.

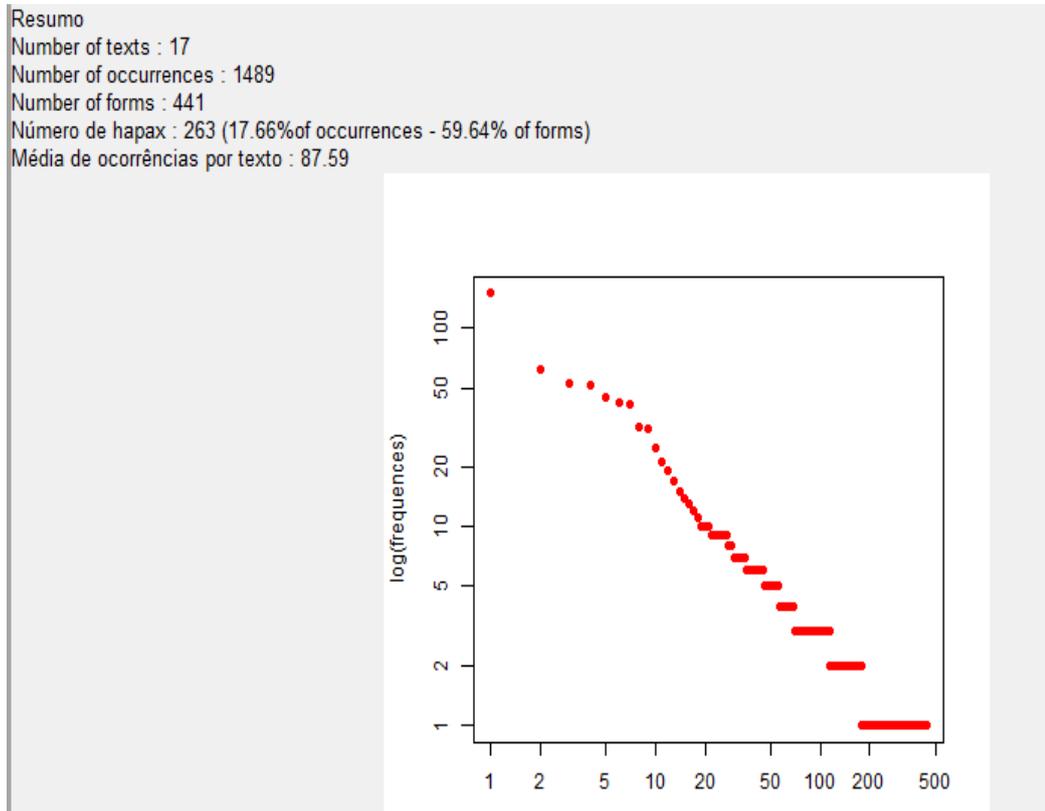
**Tabela 13:** Exemplo de corpus de análise.

Exemplo de Corpus de Análise do iramuteq
<p>**** * enf_1 *a_1 *s_2</p> <p>Qualquer movimentação abrupta e/ou não calculada, como queda em assentos, exemplo cadeira higiênica, cadeira de rodas, declínio da cabeceira do leito sem comando, e qualquer queda ao chão a partir do momento que se adentra no hospital. Avaliação do local, suporte na conduta a ser tomada e notificação para o núcleo de segurança do paciente da unidade. Além disso, revisão dos riscos de queda e identificação de cada paciente que tinha tal risco. Capacitação periódica para prevenção do risco de queda através de simulação realística, panorama do hospital sobre os riscos de queda, vigilância do núcleo de segurança do paciente na identificação daqueles que têm nas enfermarias. Sim. A presença dos residentes. O corpo de funcionário antigo muitas vezes não adere às medidas.</p>

Fonte: elaborado pelas autoras através do *google form*®.

No resumo inicial o software analisou e dividiu o corpus em 17 textos, 1489 ocorrências, 441 formas, 263 hapax, sendo este 17.66% das ocorrências em 59.64% das formas – hápax, que são as palavras apresentadas nos textos somente uma vez. A média de ocorrências por texto de 87.59. Esse resumo inicial pode ser visualizado na imagem abaixo.

**Figura 5:** Análise inicial do iramuteq



Fonte: dados da pesquisa pelo iramuteq

A primeira opção de análise do iramuteq, foi a estatísticas textuais, ao qual *software* utilizou o número de texto e segmentos de textos, ocorrências, frequência média das palavras, bem como a frequência total de cada forma; e sua classificação gramatical, de acordo com o dicionário de formas reduzidas. Na imagem acima pode ser visualizado o diagrama de Zip, que demonstrou o comportamento das palavras no corpus em gráfico que ilustra a distribuição e frequências x rangs (Camargo; Justo, 2013). A distribuição das formas ativas nessa análise que apareceram até 5 vezes, pode ser observado na tabela 14 abaixo.

**Tabela 14:** Formas ativas da análise inicial do iramuteq.

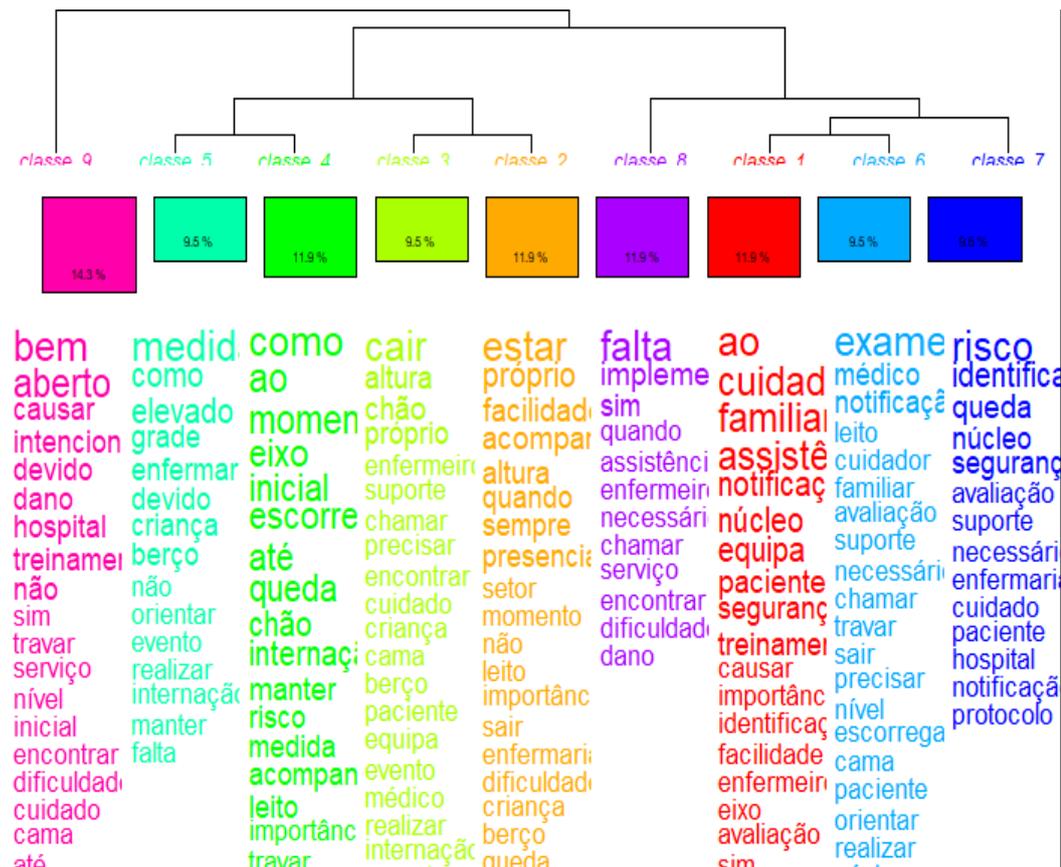
Forma	Frequência	Tipo
Paciente	53	Nom
Não	32	Adv
Queda	31	Nom
Ao	21	Adv
Equipe	17	Nom
Quando	14	Adv
Sim	13	Adv
Treinamento	10	Nom
Leito	10	Nom
Segurança	9	Nom
Risco	9	Nom
Grade	9	Nom
Estar	9	Ver
Acompanhante	9	Nom
Orientar	8	Ver
Setor	7	Nom
Medida	7	Nom
Elevado	7	Adj
Altura	7	Nom
Sempre	6	Adv
Próprio	6	Adj
Protocolo	6	Nom
Notificação	6	Nom
Momento	6	Nom
Manter	6	Ver
Evento	6	Nom
Presenciar	5	Ver
Núcleo	5	Nom
Médico	5	Nom
Falta	5	Nom
Cuidador	5	Nom
Como	5	Adv
Chão	5	Nom
Cair	5	Ver
Bem	5	Adv

Fonte: elaborado pelas autoras através do iramuteq.

Após essa avaliação inicial realizou-se o Método de Reinert, Análise de similitude e Nuvem de palavras.

O seguimento de CHD dividiu o corpus da análise em 9 classes. As classes 1 e 6 foram subdividas com a 7 e a 8, as 2 e 3 foram subdividas, assim como a 4 e 5. A classe 9 permaneceu como observa-se no deograma abaixo.

**Figura 6:** Deograma da CHD



Fonte: dados da pesquisa pelo iramuteq

Observando o dendrograma apresentado, percebe-se que a classe com maior percentual de segmentos de textos (ST) analisados foi a classe 9 com 14,3%. A classe 9 é representada pelos elementos: treinamento e treinamentos (N=10,  $\chi^2=6,54$ ), dano (N=4,  $\chi^2=4,61$ ). A classe 1 e 8 foi a segunda mais citada, com destaque para termo paciente, (n=29), equipe (n=10  $\chi^2 = 4,1$ ) assistência (n=3,  $\chi^2=9,24$ ), familiar (n=3,  $\chi^2 9,24$ ), falta (n=5  $\chi^2=25,9$ ). Nas classes 2 e 3 destaca-se os termos cair (n=5  $\chi^2 32,72$ ), evento (n=3  $\chi^2=7,61$ ) acompanhante (n=3,  $\chi^2=7,61$ ). Nas classes 4 e 5 os termos medida (n=6  $\chi^2=3,6$ ) e escorregar (n=3  $\chi^2=9,27$ ). Nas classes 6 e 7 destaca-se: exame(n=4  $\chi^2=4,2$ ), notificação (n=5



**Figura 8:** Nuvem de palavras



Fonte: dados da pesquisa pelo Iramuteq

Considerando a temática da pesquisa, pegou-se as palavras com associação a temática pesquisa nos textos para analisar e estabelecer as categorias dos resultados.

Na primeira pergunta observa-se a ocorrência das palavras com semânticas semelhantes no contexto da pesquisa, como **quedas, cair, evento, dano**, como pode ser observado nas falas abaixo.

**Tabela 15:** Respostas a pergunta: O que você entende como quedas dentro do ambiente hospitalar?

O que você entende como quedas dentro do ambiente hospitalar?	
PARTICIPANTE	RESPOSTA
**** * enf_1 *a_1 *s_2	Qualquer movimentação abrupta e/ou não calculada, como queda em assentos, por exemplo, cadeira higiênica, cadeira de rodas, declínio da cabeceira do leito sem comando, e qualquer <b>queda</b> ao chão a partir do momento que se adentra no hospital.
**** * enf_2 *a_1 *s_2	Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial causado por diversos fatores, resultando ou não em <b>dano</b> .
**** * enf_3 *a_2 *s_1	Qualquer tipo de amparo que o paciente precise, como um escorrego. Até uma <b>queda</b> para o nível inferior ao inicial.
**** * enf_4 *a_2 *s_1	Todo desvio da própria altura, ocasionado ou não algum <b>dano</b> .
**** * enf_5 *a_1 *s_1	<b>Quedas</b> são consideradas a partir do momento em que o paciente saia do seu eixo natural, como exemplo, tropeço, escorregou, até a queda efetivamente.
**** * enf_6 *a_2 *s_1	Qualquer <b>evento</b> que possa desposicionar o paciente de seu eixo inicial de forma não intencional.
**** * enf_7 *a_2 *s_1	Todo incidente que leva o paciente a <b>cair</b> seja da cama ou da cadeira, no banho,

	própria altura é queda, e a equipe é responsável.
**** * enf_8 *a_2 *s_1	Momento em que o paciente perde seu eixo de equilíbrio.
**** * enf_9 *a_2 *s_1	Quando o paciente teve a <b>queda</b> propriamente dita se encontrando no chão ou quando ainda não alcançou o chão, mas precisou de algum suporte para não cair.
**** * enf_10 *a_2 *s_2	Acidentes que podem culminar em <b>danos</b> ao paciente em decorrência do processo de doença ou falta de assistência necessária.
**** * enf_11 *a_1 *s_3	Quando o paciente <b>cai</b> de qualquer altura no chão durante a internação hospitalar.
**** * enf_12 *a_1 *s_3	<b>Quedas</b> da própria altura, queda do leito, queda do paciente ao estar no colo do acompanhante, queda por rebaixamento de consciência.
**** * enf_13 *a_2 *s_3	<b>Evento</b> em que o paciente cai da própria altura ou do seu leito.
**** * enf_14 *a_1 *s_1	Um <b>evento</b> adverso grave, provocado por circunstâncias multifatoriais como idade, condições físicas e/ou neurológicas, uso de medicamentos, tempo de internação, agitação, grades não elevadas. Pode causar uma lesão ou dano não intencional resultando em incapacidades, ou disfunções, temporárias ou permanentes, prolongando o tempo de permanência do paciente no ambiente hospital ou até mesmo a morte.
**** * enf_15 *a_1 *s_4	Falha na <b>segurança</b> do paciente.
**** * enf_16 *a_2 *s_1	Deslocamento do paciente para um nível menor ao que estava. Incluindo <b>escorregar</b> e precisar de apoio.
**** * enf_17 *a_1 *s_4	Quando o paciente sofre uma <b>queda</b> , seja da própria altura, seja em um transporte, seja em uma maca. Estando ou não

acompanhando por algum profissional.

Fonte: elaborado pelas autoras através do *google form*®.

Essas falas demonstram que os participantes apresentaram equilíbrio de entendimento do conceito de quedas. Alguns descrevem quedas como deslocamento não intencional ou perda de equilíbrio; outros descrevem a queda como cair ao chão e alguns como evento que pode causar dano ou não.

Quando questionados se já haviam presenciado quedas, 13 (86,7%) participantes responderam que sim. Aos que responderam que sim, foram perguntados quais as suas condutas. As palavras que se destacaram foram **equipe**, **notificação**, **paciente** e **protocolo** emergiram-se nessa questão específica. Abaixo segue as respostas.

**Tabela 16:** Respostas a pergunta: Caso você tenha presenciado a queda de paciente no contexto da internação hospitalar, descreva a sua conduta:

**Caso você tenha presenciado a queda de paciente no contexto da internação hospitalar, descreva a sua conduta:**

PARTICIPANTE	RESPOSTA
**** * enf_1 *a_1 *s_2	Avaliação do local, suporte na conduta a ser tomada e <b>notificação</b> para o núcleo de segurança do paciente da unidade. Além disso, revisão dos <b>riscos</b> de queda e identificação de cada <b>paciente</b> que tinha tal <b>risco</b> .
**** * enf_3 *a_2 *s_1	Primeiro atendimento ao <b>paciente</b> , comunicação da queda para o serviço de medicina e supervisão de enfermagem, encaminhar paciente para exame de imagem, evolução em prontuário, <b>notificação</b> ao Núcleo de Segurança do Paciente.
**** * enf_4 *a_2 *s_1	Assistência ao paciente, solicitação do médico para avaliação, <b>notificação</b> ao núcleo e orientação da <b>equipe</b> após evento.
**** * enf_5 *a_1 *s_1	Retornamos o paciente ao leito, reforçamos a importância das grades elevadas, de sempre chamar a <b>equipe</b> de enfermagem

	para auxiliar no que for preciso, reportamos a equipe médica responsável pelo paciente para realizar exames complementares necessários e avaliar a condição do paciente após a queda.
**** * enf_7 *a_2 *s_1	Observei, e informei a Enfermeira do setor que teria que realizar o <b>protocolo</b> de queda.
**** * enf_8 *a_2 *s_1	Prestar assistência ao paciente conforme a gravidade da queda, reorientar quando ao <b>protocolo</b> de segurança do paciente, certificar que essa paciente possui pulseira de identificação de queda e realizar <b>notificação</b> ao núcleo de segurança do paciente.
**** * enf_10 *a_2 *s_2	Socorrer de imediato o <b>paciente</b> , acalmá-lo, chamar ajuda.
**** * enf_11 *a_1 *s_3	Acolher a criança e a mãe, chamar a <b>equipe</b> médica imediatamente e descrever o ocorrido.
**** * enf_14 *a_1 *s_1	Chamei ajuda, comuniquei o evento à <b>equipe</b> multiprofissional, discutimos os motivos que causaram essa queda, reforçamos as medidas para que se evite que outras aconteçam. Avaliei o paciente, registrei o evento no prontuário do paciente e fiz <b>notificação</b> de queda.
**** * enf_16 *a_2 *s_1	Auxiliar o paciente, comunicar ao médico, exame de raio-x, avaliação médica, <b>notificação</b> .
**** * enf_17 *a_1 *s_4	Eu presenciei a queda da própria altura de uma paciente que não era do meu setor e por acaso eu estava passando pela enfermaria dela no momento da queda. Quando percebi que ela estava se desequilibrando logo corri para amparar-lá, porém não deu tempo. Mas consegui ajudá-la a levantar e solicitei apoio da <b>equipe</b> do setor.

---

Fonte: elaborado pelas autoras através do *google form*®.

Nas falas dos participantes observa-se grande preocupação no atendimento imediato ao paciente, solicitando ajuda aos profissionais mais próximos. O entendimento da notificação ao núcleo de segurança do paciente também foi observado nas falas.

As palavras: **orientar e orientação, treinamento, risco, capacitação e protocolo** emergiram na pergunta sobre quais medidas educacionais são importantes para os participantes.

**Tabela 17:** Pergunta: Quais as medidas educacionais de prevenção de quedas você considera ser relevante para serem implementadas em suas práticas diárias dentro das unidades de treinamento em serviço?

**Quais as medidas educacionais de prevenção de quedas você considera ser relevante para serem implementadas em suas práticas diárias dentro das unidades de treinamento em serviço?**

PARTICIPANTE	RESPOSTA
**** * enf_1 *a_1 *s_2	<b>Capacitação</b> periódica para prevenção do <b>risco</b> de queda por meio de simulação realística, panorama do hospital sobre os <b>riscos</b> de queda, vigilância do núcleo de segurança do paciente na identificação daqueles que têm nas enfermarias.
**** * enf_2 *a_1 *s_2	Implementar a escala de <b>risco</b> de queda.
**** * enf_3 *a_2 *s_1	Grades dos leitos elevadas, cama travada, sapato apropriado, remoção de objetos que dificultem a locomoção (tapetes, mesa), instalação de suportes no banheiro e onde for possível (suportes para segurar).
**** * enf_4 *a_2 *s_1	<b>Orientação</b> ao paciente e acompanhante.
**** * enf_5 *a_1 *s_1	<b>Treinamentos</b> mais lúdicos e práticos, importância da enfermeira incentivar o zelo pela segurança do paciente. Equipe disposta e empenhada a receber a educação continuada.
**** * enf_6 *a_2 *s_1	Informar ao paciente e acompanhante no momento da internação sobre o <b>risco</b> de quedas e as medidas preventivas, manter maca travada, grades elevadas, não se locomover sem ajuda, solicitar equipe sempre que necessário.
**** * enf_7 *a_2 *s_1	Aqui no salgado existe um <b>protocolo</b> feito pela equipe da segurança do paciente.
**** * enf_8 *a_2 *s_1	Não soube responder
**** * enf_9 *a_2 *s_1	<b>Treinamentos</b> acerca do que configura queda porque muitos acham que é apenas quando cai de fato ao chão. <b>Treinamento</b> de medidas de prevenção. Manter acompanhante na internação para todos os pacientes com risco. Identificar o paciente com pulseira de risco.
**** * enf_10 *a_2 *s_2	<b>Orientar</b> Grades elevadas, calçados

	adequados quando utilizados, pisos antiderrapantes, secos, corrimão, organização do leito (local).
**** * enf_11 *a_1 *s_3	O que já é feito, reforçar medidas de <b>segurança</b> , como manter grades do berço elevadas e <b>orientar</b> o acompanhante a não deixar a criança sozinha sem supervisão.
**** * enf_12 *a_1 *s_3	Não soube responder
**** * enf_13 *a_2 *s_3	<b>Orientar</b> os pacientes sobre o cuidado com as grades dos berços, visto que o cenário que atuo é o pediátrico. Alertar pais e acompanhantes sobre a importância de estar atenta a movimentação da criança nos berços quando estiverem acordadas, principalmente aquelas que já andam.
**** * enf_14 *a_1 *s_1	<b>Orientar</b> a equipe e o acompanhante manter os leitos travados. <b>Orientar</b> a manter as grades dos leitos sempre levantadas. <b>Orientar</b> o paciente que está sozinho para avisar e acionar a equipe quando desejar sair leito. Orientar o cuidador-familiar para ajudar o paciente sair do leito. Orientar paciente e cuidador a sentar, aguardar um pouquinho antes de o paciente levantar, principalmente após longo período deitado, exames ou cirurgias. Orientar o cuidador-familiar para avisar a equipe quando se ausentar do quarto. Orientar paciente e cuidador na escolha de sapatos, antiderrapante e adequado ao formato do pé. Adequar os horários dos medicamentos que podem causar sonolência. Sinalizar paciente com <b>risco</b> de queda. Recolocar óculos e aparelhos auditivos assim que possível, nos pacientes que fazem uso desses elementos. Avaliar a necessidade de contenção e quando necessária, siga o <b>protocolo</b> específico para essas ações, dentre outras.
**** * enf_15 *a_1 *s_4	Não soube responder.
**** * enf_16 *a_2 *s_1	<b>Orientar</b> a manter grades elevadas, cama travada, remover objetos que dificultem caminhar.
**** * enf_17 *a_1 *s_4	<b>Treinamentos</b> para todos os profissionais envolvidos no cuidado e/ou transporte do paciente. Além de identificar corretamente os pacientes conforme o seu <b>risco</b> de queda.

Fonte: elaborado pelas autoras através do *google form*®.

O entendimento dos participantes que quedas podem ser evitadas com educação em saúde nota-se pela fala dos participantes a preocupação com o ambiente físico, sendo os cuidados como as grades elevadas e camas travadas, citadas mais de uma vez pelo grupo.

As falas dos participantes divergem sobre as dificuldades e facilidades para implementação de atividades educativas. Alguns citam que não possuem facilidades e outros afirmando que não possuem dificuldades em aplicar atividades educativas. Os participantes usarem os termos sim e não para respostas das facilidades, com o termo Sim aparecendo em mais oportunidades. A adesão das equipes e a facilidade e abertura para treinamentos foram os mais citados como facilidades pelos participantes.

Nas dificuldades também foi respondido com sim e não pelos participantes. Os relatos apontam a falta de tempo, de protocolos e de adesão da equipe como as principais dificuldades. Sendo os termos **falta, treinamento, equipe, medidas** mais proeminentes nas duas perguntas.

A seguir as tabelas 18 e 19 com as respostas sobre as facilidade e dificuldades de implementar medidas educativas de prevenção de quedas.

**Tabela 18:** Perguntas: Quais são as facilidades encontradas na aplicação de medidas educacionais dentro das Unidades de treinamento em serviço?

Quais são as facilidades encontradas na aplicação de medidas educacionais dentro das Unidades de treinamento em serviço?	
PARTICIPANTE	RESPOSTA
**** * enf_1 *a_1 *s_2	Sim. A presença dos residentes.
**** * enf_2 *a_1 *s_2	<b>Equipe</b> disposta a participar.
**** * enf_3 *a_2 *s_1	Sim, os <b>profissionais</b> são bem abertos a treinamentos.
**** * enf_4 *a_2 *s_1	Sim. Temos total liberdade para aplicar <b>treinamentos</b> mensais nos setores.
**** * enf_5 *a_1 *s_1	Temos facilidade quanto ao recurso tecnológico para apresentação mais lúdica.
**** * enf_6 *a_2 *s_1	Não sei.
**** * enf_7 *a_2 *s_1	Sim, possuímos.
**** * enf_8 *a_2 *s_1	Sim.
**** * enf_9 *a_2 *s_1	As <b>equipes</b> do hospital são bem abertas a <b>treinamento</b> , retiram dúvidas, sempre participam de todos. A dificuldade se encontra na implementação, visto que se tem muitas intercorrências e admissões ao longo do plantão e coisas pequenas, mas que fazem toda a diferença no cuidado, acabam passando despercebidas
**** * enf_10 *a_2 *s_2	Adesão dos <b>profissionais</b> em setores fechados.
**** * enf_11 *a_1 *s_3	Não.
**** * enf_12 *a_1 *s_3	Não acho que exista facilidade, pois implementar protocolos sempre tem resistente da equipe assistencial.
**** * enf_13 *a_2 *s_3	Facilidades acredito que não por que na maioria das vezes temos dificuldades em estabelecer um momento para realização dessas atividades.

**** * enf_14 *a_1 *s_1	Sim, pois faço <b>orientações</b> diretas ao paciente e cuidador-familiar.
**** * enf_15 *a_1 *s_4	Não.
**** * enf_16 *a_2 *s_1	Sim, o ambiente é bem aberto.
**** * enf_17 *a_1 *s_4	Sim, a UTS é sempre muito solícita quando se trata de <b>treinamentos</b> e medidas educacionais implementadas por residentes.

Fonte: elaborado pelas autoras através do *google form*®.

**Tabela 19: Pergunta:** Quais são as dificuldades encontradas na aplicação de medidas educacionais dentro das Unidades de treinamento em serviço?

**Quais são as dificuldades encontradas na aplicação de medidas educacionais dentro das Unidades de treinamento em serviço?**

PARTICIPANTE	RESPOSTA
**** * enf_1 *a_1 *s_2	O corpo de funcionário antigo muitas vezes não adere às medidas.
**** * enf_2 *a_1 *s_2	Tempo para o treinamento devido à alta <b>carga</b> de demandas.
**** * enf_3 *a_2 *s_1	Não.
**** * enf_4 *a_2 *s_1	Não.
**** * enf_5 *a_1 *s_1	Existem limitações devido à alta rotatividade dos serviços, a rotina militar e pela alta demanda dos profissionais que podem não estar bem focado na informação da educação.
**** * enf_6 *a_2 *s_1	Sim. Um fator dificultante é a constante troca dos acompanhantes e a perda da informação que muitas vezes não temos tempo para passar para todos os acompanhantes do paciente.
**** * enf_7 *a_2 *s_1	Aderência das <b>equipes</b> .
**** * enf_8 *a_2 *s_1	Sim.
**** * enf_9 *a_2 *s_1	Dificuldade porque possui <b>falta</b> de pessoal. Em média 30 pacientes para 4 técnicos e uma enfermeira. É difícil conseguir implementar com eficácia quando mal tenho dimensionamento correto. Buscamos dar nosso melhor dentro do que conseguimos nas 12h.
**** * enf_10 *a_2 *s_2	Baixa adesão dos <b>profissionais</b> a "modificações", nesse caso, a implementação de <b>medidas</b> educativas nos setores de enfermaria.
**** * enf_11 *a_1 *s_3	A <b>falta</b> do tempo para realizar a atividade devido à correria no plantão.
**** * enf_12 *a_1 *s_3	Resistência da equipe assistencial.
**** * enf_13 *a_2 *s_3	As rotinas dos setores.
**** * enf_14 *a_1 *s_1	Não.
**** * enf_15 *a_1 *s_4	Sim, <b>falta</b> de protocolo.
**** * enf_16 *a_2 *s_1	Não.
**** * enf_17 *a_1 *s_4	Sim. <b>Falta</b> de tempo e de adesão dos profissionais que se encontram na ponta do serviço.

Fonte: elaborado pelas autoras através do *google form*®.

As facilidades mais citadas são o apoio das equipes. As dificuldades relatadas são a rotatividade, equipe técnica e aderência das equipes sobre as ações educativas. Vale aqui ressaltar em relação às facilidades, mesmo sendo afirmadas que sim pelos enfermeiros residentes, muitos não souberam responder quais seriam.

Assim, com base nessas informações e com as análises do iramuteq, utilizou-se realizou-se a análise de conteúdo. Nessa metodologia utilizou-se as palavras como as Unidades de registros e a enumeração selecionada foi por frequência. Ainda a categorização por semântica a temática da pesquisa, como pode ser observado na tabela 10 abaixo. Assim emergiram-se três principais categorias, a primeira: Perspectiva dos residentes sobre prevenção de quedas; Desafios sobre ações educativas de prevenção de quedas; e O ambiente como fator preventivo de quedas;

**Tabela 21:** Algumas unidades de Registro mais citadas para formação das categorias.

<b>Categoria 1</b>	<b>Categoria 2</b>	<b>Categoria 3</b>
Quedas	Paciente	Falta
Dano	Equipe	Protocolo
Evento	Notificação	Assistência
Cair	Treinamento	Medidas
Escorregar	Orientação	Segurança
	Médico	Risco
	Orientar	

Fonte: elaborado pelas autoras da pesquisa

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Perspectivas dos enfermeiros residentes sobre quedas dentro do contexto hospitalar

#### Sub Categoria 1: O conceito de queda

O estudo demonstra que muitos dos enfermeiros residentes estão cientes do conceito de queda aceito pelo ministério da saúde e da organização mundial de saúde, como pode ser observado abaixo.

Qualquer movimentação abrupta e/ou não calculada, como queda em assentos, por exemplo, cadeira higiênica, cadeira de rodas, declínio da cabeceira do leito sem comando, e qualquer queda ao chão a partir do momento que se adentra no hospital (enf\_1 \*a\_1 \*s\_2).

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial causado por diversos fatores, resultando ou não em dano (enf\_2 \*a\_1 \*s\_2).

Qualquer tipo de amparo que o paciente precise, como um escorrego. Até uma queda para o nível inferior ao inicial (enf\_3 \*a\_2 \*s\_1).

Quando o paciente teve a queda propriamente dita se encontrando no chão ou quando ainda não alcançou o chão, mas precisou de algum suporte para não cair (enf\_9 \*a\_2 \*s\_1).

Deslocamento do paciente para um nível menor ao que estava. Incluindo escorregar e precisar de apoio (enf\_16 \*a\_2 \*s\_1).

A definição de queda pelo ministério da saúde é: “Deslocamento não intencional para nível inferior à posição inicial, resultando ou não em dano. (BRASIL, 2013)”. Essa definição partiu do Relatório Global da OMS sobre

Prevenção de Quedas na Velhice de 2007, traduzido para português em 2010. Pela OMS, quedas são “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos (Organização Mundial de Saúde, 2010)”.

Essas definições ainda podem dificultar o entendimento. Com alguns enfermeiros residentes com entendimento parcial desse conceito, como pode ser observado abaixo.

Quedas são consideradas a partir do momento em que o paciente saia do seu eixo natural, como exemplo, tropeço, escorregou, até a queda efetivamente (enf\_5 \*a\_1 \*s\_1).

Momento em que o paciente perde seu eixo de equilíbrio (enf\_8 \*a\_2 \*s\_1).

Quando o paciente cai de qualquer altura no chão durante a internação hospitalar (enf\_11 \*a\_1 \*s\_3).

Quedas da própria altura, queda do leito, queda do paciente ao estar no colo do acompanhante, queda por rebaixamento de consciência (enf\_12 \*a\_1 \*s\_3).

Evento em que o paciente cai da própria altura ou do seu leito (enf\_13 \*a\_2 \*s\_3).

Um evento adverso grave, provocado por circunstâncias multifatoriais como idade, condições físicas e/ou neurológicas, uso de medicamentos, tempo de internação, agitação, grades não elevadas... (enf\_14 \*a\_1 \*s\_1).

Ainda a respostas equivocadas ao conceito de quedas, aos quais estão distantes do que é preconizado. Essas respostas demonstram ainda um pouco de como a ocorrência de queda é vista, versada na cultura da culpabilidade.

Todo incidente que leva o paciente a cair, seja da cama ou da cadeira, no banho, própria altura é queda, e a equipe é responsável (enf\_7 \*a\_2 \*s\_1).

Acidentes que podem culminar em danos ao paciente em decorrência do processo de doença ou falta de assistência necessária (enf\_10 \*a\_2 \*s\_2).

Falha na segurança do paciente (enf\_15 \*a\_1 \*s\_4).

Quando o paciente sofre uma queda, seja da própria altura, seja em um transporte, seja em uma maca. Estando ou não acompanhando por algum profissional (enf\_17 \*a\_1 \*s\_4).

O relatório de 2007 já havia sinalizado ao problema na definição do conceito de quedas, não apenas aos profissionais de saúde, como até aos pacientes. O mesmo refere que idosos podem ter a tendência a entender queda como perda do equilíbrio e profissionais a eventos que levem a ferimentos e danos a saúde (Organização Mundial de Saúde, 2010).

Essa divergência no entendimento do conceito de queda pode ser devido a sua definição no entendimento popular, geralmente o termo queda está associada aos sinônimos de tombo e ao verbo cair, que normalmente refere a prejuízos (Aurélio, 2004).

A Compreensão do que é queda pode impactar diretamente nas estatísticas e nas ações de direcionamento para prevenção. A amostra desta pesquisa demonstrou que mais da metade dos enfermeiros residentes já presenciaram quedas. Vale ressaltar que para prevenção efetiva deve-se compreender o conceito básico e evitar danos relacionados a esses eventos.

## **Sub Categoria 2: Prevenção de quedas**

A queda em seu conceito bruto é muito desafiador prevenir, no entanto, deve-se garantir que pacientes dentro da unidade hospitalar não sofram nenhum dano. Essa situação só é possível com equipe qualificada e com bom entendimento do conceito de quedas. Os enfermeiros residentes demonstraram essa percepção, ressaltando que uma das ações mais efetivas é educação de profissionais de saúde, paciente, familiares e cuidadores.

Capacitação periódica para prevenção do risco de queda mediante simulação realística, panorama do hospital sobre os riscos de queda, vigilância do núcleo de segurança do paciente na identificação daqueles que têm nas enfermarias (enf\_1 \*a\_1 \*s\_2).

Orientação ao paciente e acompanhante (enf\_4 \*a\_2 \*s\_1).

Treinamentos mais lúdicos e práticos, importância da enfermeira incentivar o zelo pela segurança do paciente. Equipe disposta e empenhada a receber a educação continuada (enf\_5 \*a\_1 \*s\_1).

Treinamentos acerca do que configura queda porque muitos acham que é apenas quando cai de fato ao chão; treinamento de medidas de prevenção; manter acompanhante na internação para todos os pacientes com risco. Identificar o paciente com pulseira de risco (enf\_9 \*a\_2 \*s\_1).

A prevenção de quedas é o foco de muitos estudos, sendo atividades educativas para pacientes e profissionais de saúde o cerne dessas pesquisas (Renshaw; Tucker; Norman, 2020; Grillo; Firth; Hatchel, 2019; Kiyoshi Teo; Northrup-Snyder, 2020). Atividades educativas nem sempre apresentam os resultados esperados, no entanto, nenhuma ação preventiva causou aumento na ocorrência de queda, como pode ser visualizada na revisão integrativa proposta neste estudo.

Houve equilíbrio em relação a uso de recursos educativos para prevenção de quedas, 52,9% (n=9) dos residentes relataram a utilização de pôster, cartilhas e slides, além da abordagem individualizada ao paciente. A utilização desses recursos é visto como efetivos em alguns estudos, melhorando a comunicação entre enfermeiros e pacientes e familiares (Lipsett,; Branco, 2019; Martins, 2020).

Importante salientar que pela fala dos enfermeiros residentes as melhores práticas estão relacionadas à educação e não houve nenhum relato de tecnologia mais avançada. Assim, não se pode afirmar se uso de tecnologias mais avançadas seria benéfico ou não na perspectiva dos participantes, uma vez que muitos não têm contato com essa possibilidade.

Em uma prévia de um estudo, os autores afirmaram que através do uso de monitoramento em vídeo foi possível reduzir 39,15% de quedas em 6 meses (Ergai et al 2024). Contudo, o uso desse tipo de tecnologia é caro, mesmo tendo efeito positivo em alguns estudos, a sua efetividade ainda é frágil e pode causar desconforto em alguns pacientes (Alves; Colichi; Lima, 2023b).

Enquanto o uso de tecnologia não é realidade nos hospitais, são ações educativas voltadas ao paciente e ao acompanhante que são a base para prevenção. Através da educação habilita-se os pacientes e familiares sobre os riscos das condições de saúde e do ambiente em que está inserido (Coutinho et al, 2021). O processo educativo deve ser contínuo e de linguagem acessível para todos, evoluindo de maneira dinâmica (Bakes et al, 2022). Os programas de educação em serviços de saúde institucionais de prevenção devem ir além de atividades periódicas, visando uma aprendizagem contínua e permanente, como sugerido pelos enfermeiros residentes (Bakes et al, 2022).

### **Sub Categoria 3: Ações no pós-quedas**

Nota-se ainda que muitas das ações foram no pós-queda, as mais citadas são chamar ajuda, orientação e notificação com as ações imediatas.

Avaliação do local, suporte na conduta a ser tomada e notificação para o núcleo de segurança do paciente da unidade. Além disso, revisão dos riscos de queda e identificação de cada paciente que tinha tal risco (enf\_1 \*a\_1 \*s\_2).

Primeiro atendimento ao paciente, comunicação da queda para o serviço de medicina e supervisão de enfermagem, exame de imagem, evolução em prontuário, notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente (enf\_3 \*a\_2 \*s\_1).

Assistência ao paciente, solicitação do médico para avaliação, notificação ao núcleo e orientação da equipe após evento (enf\_4 \*a\_2 \*s\_1).

Prestar assistência ao paciente conforme a gravidade da queda, reorientar quando ao protocolo de segurança do paciente, certificar que essa paciente possui pulseira de identificação de queda e realizar notificação ao núcleo de segurança do paciente (enf\_8 \*a\_2 \*s\_1).

A ação imediata mais abrangente após a queda foi à notificação ao núcleo de segurança ao paciente após a queda. Essa percepção dos pacientes vai de encontro com diretriz nacional de notificação de eventos adversos. Quedas são notificadas ao núcleo de segurança do paciente da instituição hospitalar, em caso de eventos mais graves, notifica-se a Anvisa através do Sinan (Brasil, 2013a).

A notificação ao núcleo de segurança do paciente é prática baseada pela Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009, que instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipos). Uma das premissas do Vigipos é a necessidade de promover a identificação precoce de problemas relacionados com os serviços e produtos sob vigilância sanitária, a fim de eliminar ou minimizar os riscos decorrentes do uso destes. O recomendado é notificação de eventos adversos, de maneira anônima, com aspecto não punitivo, com objetivo de monitoramento quanto a falhas de produtos e processos de cuidados (Brasil, 2014).

Os sistemas de notificação de quedas são direcionador para os pesquisadores sobre as causas e consequências de quedas. Analisando os dados de um núcleo de segurança do paciente por período de três anos, observou-se 75 notificações. Essas quedas ocorreram com idosos (50,6%), em uso contínuo de múltiplos medicamentos (91,8%) (Dornelles et al 2021). As quedas mais notificadas foram quedas da própria altura (67%), cama (15,1%), cadeira higiênica (9,6%), sendo o período noturno (50%) a demais ocorrência, com presença de acompanhante e familiar geralmente (69,9%). Houve 50,7% danos aos pacientes, com dano leve como o prevalente (62,2%) (Dornelles et al, 2021).

Em outro estudo, que usou o sistema de notificação como base para caracterização do perfil de quedas. Observou se que em hospital público da região sul, no período de 3 anos, foram notificados 153 notificações de quedas, com pacientes do sexo masculino (61,4%), adultos entre 20-59% (52,4%), presenciadas por acompanhantes e equipe de enfermagem (56,7%), com 22% da

amostra com dano, relatado como escoriações, abrasão e contusão (Hermann et al, 2023).

Assim, percebe-se que os enfermeiros residentes estão de ciente dos com os protocolos de segurança do paciente nacional.

## **5.2 Desafios nas ações educativas de prevenção de quedas enfrentada pelos enfermeiros residentes**

### **Sub Categoria 1: dificuldades e facilidades na aplicação de prevenção de quedas dentro do contexto da residência.**

O entendimento do porquê ocorrem quedas é de suma importância para comunidade acadêmica. Siqueira et al (2022) relataram que sobrecarga de trabalho de enfermagem e o ambiente físico são os principais agentes da queda segundo a percepção de enfermeiros. Essa percepção também é perceptível na fala dos enfermeiros residentes deste estudo.

Tempo para o treinamento devido à alta carga de demandas (enf\_2 \*a\_1 \*s\_2).

Existem limitações devido à alta rotatividade dos serviços, a rotina militar e pela alta demanda dos profissionais que podem não estar bem focado na informação da educação (enf\_5 \*a\_1 \*s\_1).

Dificuldade porque possui falta de pessoal. Em média 30 pacientes para 4 técnicos e uma enfermeira. É difícil conseguir implementar com eficácia quando mal tenho dimensionamento correto. Buscamos dar nosso melhor dentro do que conseguimos nas 12h (enf\_9 \*a\_2 \*s\_1).

A falta do tempo para realizar a atividade devido à correria no plantão (enf\_11 \*a\_1 \*s\_3).

Sim. Falta de tempo e de adesão dos profissionais que se encontram na ponta do serviço (enf\_17 \*a\_1 \*s\_4).

Vale salientar que muitos residentes tiveram problemas para descrever as facilidades e as dificuldades dentro das Unidades de Treinamento em serviço. Contudo, pode ser observado que existe um incentivo para os residentes realizarem atividades educativas.

Equipe disposta a participar (enf\_2 \*a\_1 \*s\_2).

Temos total liberdade para aplicar treinamentos mensais nos setores (enf\_4 \*a\_2 \*s\_1).

A Unidade Treinamento em Serviço é sempre muito solicitada quando se trata de treinamentos e medidas educacionais implementadas por residentes (enf\_17 \*a\_1 \*s\_4).

As ações educativas sempre citadas pelos participantes são os reforços de treinamento e orientações às equipes e aos pacientes. Contudo, observa-se que equipe disciplinar é citada apenas após a ocorrência de quedas.

Acolher a criança e a mãe, chamar a equipe médica imediatamente e descrever a queda (enf\_11 \*a\_1 \*s\_3).

Chamei ajuda, comuniquei a queda à equipe multiprofissional, discutimos os motivos que causaram essa queda, reforçamos as medidas para que se evite que outras aconteçam... (enf\_14 \*a\_1 \*s\_1).

Auxiliar o paciente, comunicar ao médico, exame de raio-x, avaliação médica, notificação (enf\_16 \*a\_2 \*s\_1).

Assim, faz-se necessário a inclusão da equipe multidisciplinar nas ações preventivas de queda e não apenas após a queda. Um caminho para inserção da equipe multidisciplinar na prevenção de quedas é comunicação mais efetiva entre os mesmos.

A comunicação mostra-se intimamente relacionada à qualidade dos serviços prestados, pois facilita o diálogo entre os atores, refletindo nos pacientes e na qualidade da gestão, minimizando os desafios e potencializando os reflexos positivos na área da saúde (Valadão et al 2022).

Não só a enfermagem que tem a preocupação com prevenção de quedas. Os profissionais atuantes na área geriátrica e de gestão tem a preocupação em prevenir

quedas. Quedas com dano leve, podem ter custo adicional de R\$ 20,40 e R\$ 275,38 nas contas dos pacientes, considerando a longo prazo um custo alto, sendo assim uma preocupação na área de gestão de uma unidade hospitalar (Paulino et al, 2022).

Outras áreas também se preocupam com prevenção de quedas. Na área da fonoaudiologia, por exemplo, existem instrumentos como o Dynamic Gait Index (DGI) e o Timed Up and Go (TUG) que avaliam a mobilidade dos pacientes associados ao risco de queda considerado bem eficaz pelos mesmos (Taguchi et al 2021). Fisioterapeutas também são profissionais atuantes na prevenção de quedas, possuindo grande número de publicações na área, como salientado por Souto em sua revisão integrativa (Souto et al 2021). Assim, o envolvimento da equipe multidisciplinar é imprescindível na promoção de ações educativas preditivas de quedas.

O entendimento que não apenas a enfermagem que deve se preocupar com a prevenção de quedas ainda é limitado. Em um estudo proposto com residentes de um programa multidisciplinar, os participantes denotam que a maior dificuldade é envolvimento de outros profissionais na prevenção de quedas, sendo os profissionais que não são enfermeiros relatando pouco conhecimento sobre a temática (Paiva; Godeiro Jr; Menezes, 2019). Na revisão integrativa proposta nesta dissertação, os trabalhos com a equipe multidisciplinar foram os mais efetivos na prevenção de quedas.

## **Sub Categoria 2: Ações educativas propostas para prevenção de quedas**

Outra situação a se considerar, qual o melhor modelo de ação educativa considerando a realidade de cada ambiente. Renswhan, Tucker e Normam (2020) afirmam que se uma ação educativa não está sendo efetiva, a mesma deve ser substituída por uma nova abordagem, assim como qualquer ação terapêutica.

Considerar as características de cada setor para ações educativas de prevenção de quedas é uma abordagem que pode ser efetiva. McCarty et al (2018) elaboraram uma proposta de ferramenta para prevenção de quedas dentro de unidade de Pronto Atendimento (PS), os mesmos utilizaram de informações

relatadas por enfermeiros do PS e formaram esse instrumento, tendo sido efetiva dentro da sua realidade hospitalar.

A individualização do atendimento ao paciente e a reavaliação das ações elaboradas são ações importantes na segurança do paciente (Howard, 2018). Assim, a avaliação sistemática do risco de queda de um paciente durante os processos hospitalares é uma intervenção que pode ser eficaz para reduzir a incidência de quedas (Montejano-Lozoya, 2020).

Foi observado à utilização e recursos visuais para prevenção de quedas. Mais da metade dos enfermeiros residentes, 52,9% da amostra, revelaram que produziram algum tipo de produção, como fôlder e cartilhas, sobre prevenção de quedas.

No dia a dia da residência os relatos de uso de recursos para ações educativas são de slides, fôlder e até QR code com as informações de prevenção de quedas, além da orientação verbal.

Utilizo slides com educação continuada (enf\_3 \*a\_2 \*s\_1).

Orientação verbal ao paciente e acompanhante (enf 4).

Normalmente são slides e oratória (enf 5).

Fôlder espalhados pela unidade e orientação verbal durante a internação (enf 6).

Realizamos treinamento com a equipe de enfermagem sobre como proceder (enf 7).

Utilizamos Qr code nos locais de internação que direciona ao protocolo de segunda do paciente (enf 8).

Orientação verbal quando visualizado não conformidade (enf 9).

A utilização dessas ações educativas já foi demonstrada efetiva, seja pelo uso de cartões impressos, vídeos, ou orientação verbal aos pacientes, familiares e equipe de enfermagem (Ximenes et al 2021; Ximenes et al 2022).

O enfermeiro residente dentro dessa dinâmica pode auxiliar a multidisciplinaridade, uma vez que os programas são voltados com essa

perspectiva. Os residentes são profissionais que atuam na área de assistência, gestão e educação, com grande potencial para construir no aprendizado e competência nas unidades de treinamento em serviço (Figueira; Pereira, 2022). Sendo assim, essa população tem grande potencial no desenvolvimento de novas ações educativas e implementação de protocolos assistenciais.

### **Sub Categoria 3: O perfil e a presença do enfermeiro residente e suas implicações dentro das Unidades de Treinamento em Serviço.**

O perfil de adesão dos enfermeiros residentes que responderam essa pesquisa também é um dado interessante, pois foram dez participantes da clínica médica e cirúrgica. Esse dado denota com perfil de adesão aos protocolos de quedas, em um estudo no hospital universitário de Cuiabá, a maior da adesão ao protocolo de prevenção de quedas foram nas unidades clínica, cirúrgicas e pediátricas (Cunha et al, 2022).

Pacientes da clínica médica geralmente são mais suscetíveis a quedas, principalmente por possuírem múltiplas comorbidades, com uso de polifarmácia, com muitos com alterações motoras, visuais, auditivas (Vieira et al 2022). Considerando esse cenário, talvez esses profissionais sejam mais sensíveis à importância da prevenção de quedas (Organização Mundial de Saúde, 2010). Sendo assim necessários mais estudos em especialidades aonde a queda não sejam tão discutidas.

A presença do residente permite que o processo de trabalho seja remodelado enquanto está em processo de amadurecimento profissional (Campos; Silva, 2021). O objetivo da residência é olhar sistêmico, com promoção de um programa com ensino em serviço (Campos; silva, 2021).

No 13º Encontro Nacional de Residências em Saúde de 2023 foram inscritos 375 produções elaboradas por residentes, aos quais 64 estavam no eixo de ensino, aos quais em sua maioria são produções elaboradas por enfermeiros residentes e/ou enfermeiros residentes em conjunto com outros residentes de outras áreas (Fortaleza, 2023).

Os profissionais recém-formados buscam na residência o aprimoramento profissional, aumentando da sua capacitação técnica e facilitando a sua inserção no mercado de trabalho, sanando as lacunas e inseguranças não supridas na graduação (Conrada et al 2019).

Vale ressaltar que o programa de residência não é benéfico só para os egressos, mas para as unidades de serviços, aos preceptores e aos próprios pacientes. As unidades de serviços ganham profissionais com conhecimentos atualizados que podem auxiliar na implantação de práticas assistenciais como SAE (Tavares; Tavares, 2018). Os preceptores também aprendem através das relações estabelecidas (Paczek; Alexandre, 2019). E os pacientes ganham com profissionais engajados, com conhecimentos atualizados e com disposição para realizar práticas educativas.

#### 5.4 O ambiente como fator preventivo de quedas

Todos os participantes afirmaram acreditar que o ambiente influencia na ocorrência de quedas. Barbosa et al (2019) descreveu que 1096 notificações de quedas, as causas de quedas foram relacionadas ao ambiente, sendo falha de equipamentos, piso molhado, ausência de grades e pouca iluminação os mais citados. Esse entendimento é visualizado em outros estudos aos quais apontam fatores ambientais mais citados foram a falta de piso antiderrapantes e pouca iluminação (Nogueira; Ulbinski; Jaques; Baldissera, 2021; Gonçalves et al 2020).

Na perspectiva dos enfermeiros residentes, os maiores riscos ambientais são grades não elevadas, banheiros insalubres, distância entre os postos. A iluminação não foi citada pelos enfermeiros residentes, essa situação talvez seja relacionada à carga horária diurna da /proposta pela residência. Assim, as ações descritas pelos enfermeiros residentes foram relacionadas a grades, calçados e organização dos leitos.

Grades dos leitos elevadas, cama travada, sapato apropriado, remoção de objetos que dificultem a locomoção (tapetes, mesa), instalação de suportes no banheiro e onde for possível (suportes para segurar) (enf\_3 \*a\_2 \*s\_1).

Informar ao paciente e acompanhantes no momento da internação sobre o risco de quedas e as medidas preventivas, manter maca travada, grades elevadas, não se locomover sem ajuda, solicitar equipe sempre que necessário (enf\_6 \*a\_2 \*s\_1).

Orientar grades elevadas, calçados adequados quando utilizados, pisos antiderrapantes, secos, corrimão, organização do leito (enf\_10 \*a\_2 \*s\_2).

Orientar a manter grades elevadas, cama travada, remover objetos que dificultem caminhar (enf\_16 \*a\_2 \*s\_1).

As ações indicadas pelos enfermeiros residentes estão conforme as produções científicas atuais e com as orientações do ministério da saúde (Brasil 2014; Barbosa et al 2019; Carvalho et al 2020; Fernandes; Sá; Nabais, 2020;).

A prevenção de quedas deve ser iniciada mediante avaliação multifatorial, com intervenções que permitem a diminuição do risco ambiental, bem com a associação as características clínicas dos pacientes envolvidos (Fernandes; Sá; Nabais, 2020). Considerando o cenário da prevenção de quedas, o ambiente é sempre fator mutável e adaptável às necessidades do paciente, sendo o principal foco das atividades preditivas e educativas. Assim, grande parte das produções sobre ações preventivas relacionadas a quedas estão focadas em melhorar a destreza e o equilíbrio com exercícios físicos; uso de apoiadores de marcha como andadores, sempre que necessário; organização de ambiente adequado com boa iluminação, especialmente à noite (Santos; Mirando,2021).

Florence Nightingale (1898) em 1898 no livro *Notas da Enfermagem* já afirmava que instalações sanitárias, arquitetônicas e administrativas insalubres impossibilitam uma assistência segura, mas que a enfermagem deve incluir arranjos que permitam o trabalho.

Um dever do enfermeiro é certamente a prevenção, e o meio ambiente pode influenciar o processo de saúde (Nightingale, 1898; Alves et al 2021). Um dos fundamentos da teoria ambientalista é a prevenção, embora seja aplicado geralmente a enfermagem sanitária, sua aplicabilidade também atinge outros tópicos da segurança do paciente, como, por exemplo, na prevenção de quedas.

Florence promove na sua teoria que o ambiente pode influenciar a recuperação do paciente, se entendemos isso, alinhado ao fator que o ambiente seguro é um dos principais cuidados na prevenção de quedas, pode-se correlacionar essas duas temáticas (Alves et al 2021; Pereira et al 2022).

Ao considerar o ambiente como algo terapêutico, foi possível que a enfermagem visualiza-se que o paciente tem necessidades além das características clínicas (Cordeiro; costa 2021).

A preocupação com a segurança do paciente e a prevenção de eventos adversos seja um conceito relativamente novo, concomitante com a enfermagem moderna preservou-se muitos os princípios da teoria ambientalista (Riegel et al 2021).

Florence Nightingale em seu livro discute a prevenção como foco baseado no ambiente, embora suas percepções sejam limitadas aos conceitos pré-existentes na

época, a mesma é considerada uma das precursoras da segurança do paciente (Nightingale, 1898; Brasil, 2014). Embora Florence não cite diretamente a prevenção de quedas, o seu conceito em minimizar problemas relacionados ao ambiente certamente tem impacto na prevenção de quedas.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

O presente trabalho demonstrou pelas falas dos participantes a promoção de ações educativas e preventivas sobre quedas. Notou-se que os residentes conhecem as ações preventivas de quedas e implementam as ações no dia a dia.

O estudo ainda abriu discussão para três assuntos pouco discutidos atualmente. O enfermeiro residente enquanto difusor de conhecimento e não apenas aluno; fragilidades dos conceitos básicos sobre prevenção de quedas; o ambiente enquanto fator determinante para prevenção de agravos.

Assim sugere-se estudos mais estudos sobre enfermeiros residentes exercendo suas atividades dentro das unidades de treinamentos; produções que trabalhem com conceitos básicos de quedas e inserção da equipe multidisciplinar nas atividades preventivas; o impacto do ambiente dentro da saúde dos pacientes.

## 8. REFERÊNCIAS

ALVES, A. S. et al. A teoria ambientalista no ensino e na prática profissional em enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Práxis**, v. 13, n. 25, junho, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/luise/Downloads/2982-Texto%20do%20Artigo-12417-12608-10-20210624.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

ALVES, R. C.; COLICHI, R. M. B.; LIMA, S. A. M. Tecnologias de monitoramento para prevenção de acidentes por quedas de idoso em ambiente hospitalar. **Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria**. v.8, n.2, p. 73-92, 2022. Disponível em: <https://revistapai.ucm.cl/article/view/956/1069>. Acesso em 21 ago. de 2023.

ALVES, R. C.; COLICHI, R. M. B.; LIMA, S. A. M. Análise dos registros de patentes relacionadas à prevenção e sinalização de quedas no Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**. v.44:e20220020, 2023a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4PjnTHmYRFqzskPqZbQjTGL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 19 ago. 2023.

ALVES, R. C.; COLICHI, R. M. B.; LIMA, S. A. M.. Estratégias tecnológicas voltadas para prevenção de quedas em ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Acta Paulista De Enfermagem**, v.36, eAPE01462, 2023b. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR01462>. Acesso em : 19 ago. 2023.

ANDRADE, A. et al. Escalas de avaliação de risco para queda: revisão integrativa da literatura. **Rev baiana enferm**. v.33, e27981, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/luise/Downloads/27981-Manuscrito%20no%20template%20padr%C3%A3o%20RBE-107412-2-10-20190401.pdf>. Acesso em 28 jun. 2023.

ANDRADE, A. O., JESUS, S.R. Hospitalizations in Brazil according to National Health Survey estimates, 2013 and 2019. **Revista de saúde pública**. v.57, n. 73, Out. 2023, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10547397/>. Acesso 27 nov. 2023.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Míni Aurélio: O dicionário da língua portuguesa**. 6 Curitiba: Editora Positivo Ltda, 2004.

ARAÚJO J. et al. Produção de Podcast sobre temas de Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v.15, n.9, e11046, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e11046.2022>. Acesso 24 jul. 2023.

BACKES, D. S. et al. Educação permanente: percepção da enfermagem à luz do pensamento da complexidade. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. 2022, v. 35, e1906, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO019066>. Acesso em: 20 mar 2023.

BAIXINHO, C.L. et al. Falls in institutionalized elderly with and without cognitive decline A study of some factors. **Dement Neuropsychol**, v.13,n.1,p:116-121, Mar 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6497019/>. Acesso em 12 jul. de 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São

Paulo: Edições 70, 2016, p. 125-131.

BARKER, A. et al. Evaluation of RESPOND, a patient-centred program to prevent falls in older people presenting to the emergency department with a fall: A randomised controlled trial. **PLoS Med**. v.16, n.5, p.1-18, Mai 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002807>. Acesso em: 20 out. 2022.

BARBOSA, A. S. et al. Caracterização dos incidentes de quedas de pacientes adultos internados em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**. v.40,(esp), 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180303>. Acesso em 12 jul. de 2022.

BEZERRA, C.M.B. et al. Análise descritiva da teoria ambientalista de enfermagem. **Enfermagem em foco**. v. 9, n. 2, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1105/450>. Acesso em 21 ago. 2023.

BEZERRA, L.O. et al. Fragilidades e dificuldades da residência multiprofissional em saúde sob a ótica da enfermagem: um relato de experiência. **Society and Development**. v. 11, n.10, e40111028632, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28632/28128>. Acesso 23 nov. 2023.

BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 5.905/73, DE 12 DE JULHO DE 1973**. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1976. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5905.htm#:~:text=LEI%20No%205.905%2C%20DE,Enfermagem%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5905.htm#:~:text=LEI%20No%205.905%2C%20DE,Enfermagem%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias). Acesso em 20 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Normas. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília. Série: Saúde & Tecnologia, 1994. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas\\_montar\\_centro.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_montar_centro.pdf). Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República. Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050\\_21\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html). Acesso em: Acesso 05 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Marinha do Brasil. **Guia de orientação para enfermeiro residente: Curso de Pós graduação (Especialização), sob forma de treinamento em serviço (Residência) para enfermeiros (Residência em Enfermagem)**. Serie A normas e manuais técnicos. Brasília; 2005a, p: 10-11. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientacoes\\_enfermeiros\\_residentes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_enfermeiros_residentes.pdf). Acesso em 18 de julho de 2022.

BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências [Internet]. Brasília, 2005b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm). Acesso 03 em out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009**, que institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Vigipos). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 22 de julho de 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660\\_22\\_07\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html). Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 4 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas**. Brasília; 2013b. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos\\_cp\\_n6\\_2013\\_prevencao.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf). Acesso em 12 jul. de 2022.

BRASIL . Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente 2014**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em 16 ago. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)**. Informações de Saúde. Mortalidade – Brasil. 2023. [acessado em 07 fev. 2024] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 10 fev. 2024.

CAMARGO, B. Z.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição**. Santa Catarina: UFSC, v. 2, p. 1-74, 2018. Disponível em:

<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso 18 set 2023.

CAMPOS, T.; da SILVA, G. Pontecialidades do ensino em serviço: percepção da preceptoria de enfermagem. **Fag Journal Of Health (FJH)**. v.3, n.2. p. 212-216, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.35984/fjh.v3i2.345>. Acesso em 28 out. 2023.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**. v.20, n.43, p.98-111, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/luise/Downloads/2347-Texto%20do%20Artigo-8462-1-10-20210325.pdf>> Acesso em 25 ago. 2023

CARVALHO, T. C. et al. Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: A cohort study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. 2018, v. 21,n.2, p. 134-142. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170143>> Acesso em 21 set. 2022.

CARVALHO, A.B. et al. Evento quedas: cuidados de enfermagem para a segurança do idoso hospitalizado. **Enferm. Foco**. 10, v.6, p. 105-110, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2100/658> Acesso 17 dez. 2023.

CHAN, D. K. et al. Key issues to consider and innovative ideas on fall prevention in the geriatric department of a teaching hospital. **Australas J Ageing**. v.37,n.2, p.140-143, Jun 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29679434/>. Acesso em 10 out. 2022.

COUTINHO, D. T. R. et al. Risco de quedas em idosos: estratégia cuidativa-educacional para cuidadores para adoção de medidas preventivas. **Rev. enferm. UFPE on line**. v.15, n.2, p.1-14, jul. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/247773/39295>. Acesso em 21 de set. 2022.

COFEN. Comissão Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. As metas internacionais para apoio da segurança no cuidado. In CIRNE, MATHEUS **Notícias Cofen**. Brasília, 2023. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/as-metas-internacionais-de-seguranca-para-apoio-da-seguranca-no-cuidado\\_107966.html/print/](http://www.cofen.gov.br/as-metas-internacionais-de-seguranca-para-apoio-da-seguranca-no-cuidado_107966.html/print/). Acesso 26 de jun 2023.

COFEN. **RESOLUÇÃO COFEN-259/2001**. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2592001\\_4297.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2592001_4297.html). Acesso 26 de jun 2023.

CONRADA, D. et al. Residência no processo de construção do conhecimento do enfermeiro: motivações e percepções dos residentes. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**. v.21,n.1. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/19777/21812>. Acesso em 28 mar. 2024.

COREN-MG. **Segurança do Paciente: Manual de orientações quanto À competência técnico-científico-científico, ético e legal dos profissionais de saúde**. 2º ed. Belo Horizonte. 2023. Disponível em: [file:///C:/Users/luise/Downloads/manual\\_seguranca\\_paciente\\_2a\\_edicao%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/luise/Downloads/manual_seguranca_paciente_2a_edicao%20(1).pdf). Acesso 12 out 2023.

CUNHA, C.R.T. et al. Adesão de enfermeiros a um protocolo de prevenção de quedas. **Rev. enferm. UERJ**. 2022. v.30, e63462. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/63462/41808>. Acesso em 22 de maio 2023.

DORNELLES, Cristian et al . Avaliação e características das quedas de pacientes durante a internação hospitalar. **Enfermería (Montevideo)**. v. 10, n. 2, p. 160-174, 2021. Disponível em [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062021000200160&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000200160&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 15 out. 2023.

ERGAI, Awatef et al. The Effectiveness of Remote Video Monitoring on Fall Prevention and Nurses' Acceptance. **Journal of Nursing Care Quality**. v.39, n.1, p 24-30, jan/mar de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37094580/>. Acesso em 17 dez. de 2023.

FERNANDES, J.B.; SÁ, M.C.L.; NABAIS, A.S.C. Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: **Revisão Scoping**. v. 3 n.1, 2020. Disponível em: <http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/131>. Acesso 30 de out. de 2023.

FIGUEIRA, I. V. da S.; PEREIRA, K. S. (2022). Desafios e potencialidades para a gestão do cuidado: a perspectiva dos residentes de enfermagem de saúde da família

e comunidade do município do RJ. **Revista Multidisciplinar Em Saúde**. p.1–17. Disponível em: <https://doi.org/10.51161/remss/3548>. Acesso em 26 out. 2023.

FORTALEZA. **Anais 13º Encontro Nacional de Residência em Saúde**. 2023. Disponível em: <https://even3.blob.core.windows.net/anais/392946.pdf>. Acesso em 28 mar 2024.

GONÇALVES, E.R.S et al. Fatores de risco ambientais, prevalência e consequências de quedas no domicílio de idosos. **Rev Enferm UFPI**. v.9, e10458. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/10458/pdf>. Acesso 26 out. 2023.

GRILLO, D. M.; FIRTH, K. H.; HATCHEL, K. Implementation of Purposeful Hourly Rounds in Addition to a Fall Bundle to Prevent Inpatient Falls on a Medical-Surgical Acute Hospital Unit. **Medsurg Nursing**. v.28, n.4, jul/ago 2019. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/eec0dd7780fb425a757c331b77edc605/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30764>. Acesso 16 mar. 2023.

KIYOSHI-TEO, H.; NORTHRUP-SNYDER, K. “Adapted” Motivational Interviewing to Engage Hospital Nurses in Fall Prevention Education. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**. v. 27, N. 2, 2022. Disponível em: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-27-2022/number-2-may-2022/articles-on-previously-published-topics/adapted-motivational-interviewing-to-engage-hospital-nurses-in-fall-prevention-education/>. Acesso 16 mar. 2023.

KLIPPEL, C. et al. Contribuição do debriefing no ensino baseado em simulação. **RevenfermUFPEonline**. v.14, e241872. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241872/34380>. Acesso 20 jul. 2023.

HAKVOORT, L.; DIKKEN, J.; VAN DER WEL, M.; DERKS, C.; SCHUURMANS, M. Minimizing the knowledge-to-action gap; identification of interventions to change nurses' behavior regarding fall prevention, a mixed method study. **BMC Nursing**. v. 20, n.8, 2021. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00598-z>. Acesso em 16 mar. 2023.

HERMANN, A.P., et al. Quedas entre pacientes internados em um hospital público e de ensino: Uma análise das notificações. **REME Rev Min Enferm. [Internet]**. v.27,

24º de julho de 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/38457>. Acesso em 15 out 2023.

GETTEL, C. J. et al. Care Transition Decisions After a Fall-related Emergency Department Visit: A Qualitative Study of Patients' and Caregivers' Experiences. **Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine**. 2020, v. 27,9, p.876-886. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7423638/>. Acesso em 13 jun. 2023.

HOWARD, K. et al. Improving Fall Rates Using Bedside Debriefings and Reflective Emails: One Unit's Success Story. **The Free Library**. 2018. Disponível em: <https://www.thefreelibrary.com/Improving+Fall+Rates+Using+Bedside+Debriefings+and+Reflective+Emails%3A...-a0568974192>. Acesso 16 mar 2023.

LEITE, K. N. S.; SOUSA, M. N. A. de; NASCIMENTO, A. K. de F.; SOUZA, T. A. de. Utilização da metodologia ativa no ensino superior da saúde: revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama, v. 25, n. 2, p, 133-144, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/8019/4099>. Acesso em 13 dez. 2023.

LIPSETT, A.; WHITE, E. Decreasing patient falls and increasing communication through the use of patient mobility cards. **Int J SPHM**. v.19, n.1, p.37-41, 2019. Disponível em: <https://sphmjournal.com/product/decreasing-patient-falls-increasing-communication-use-patient-mobility-cards/#:~:text=The%20group%20developed%20mobility%20cards,a%20decrease%20in%20patient%20falls>. Acesso 10 out. 2022.

LIRA, J.A.C., et al. Efectos de las tecnologías educativas en la prevención y tratamiento de la úlcera diabética: revisión sistemática y metaanálisis. **Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]**. v.31, e3944, jan 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6628.3944>. Acesso em 07 de ago. 2023.

LORCA, L. A. et al. Incidência e risco de quedas em pacientes tratados por neoplasias hematológicas na Unidade de Hematologia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3145,2019. Disponível em:

[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100332&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100332&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 11 mai. 2023.

LÓPEZ-SOTO P.J. et al. Chronoprevention in hospital falls of older people: protocol for a mixed-method study. **BMC Nurs**. v. 20, n.1, p.88. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092223/>. Acesso 16 mar. 2023.

LOZOYA, Raimunda Montejano, et al. Impact of Nurses' Intervention in the Prevention of Falls in Hospitalized Patients. **Int J Environ Res Public Health**. v.17, n.17, p. 6048, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32825282/>. Acesso 10 out. 2022.

LUO, Y. et al. Paid caregivers' experiences of falls prevention and care in China's senior care facilities: A phenomenological study. **Front Public Health**. Fev, 2023, v. 11, p.973-827. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9978790/>. Acesso 13 jun. 2023.

LUZIA M.F., PRATES, C.G., BOMBARDELLI, C.F., ADORNA, J.B., MOURA, G.M.S.S. Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. **Rev Gaúcha Enferm [Internet]**. 2019; v.40, (spe): p.20180307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180307>. Acesso em: 18 out. 2023.

MA, C.L. K.; MORRISSEY, R. A. Reducing falls through the implementation of a multicomponent intervention on a rural mixed rehabilitation ward. **Aust J Rural Health**. v.28, n.4, p. 408-413, 2020 Aug. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajr.12646>. Acesso 16 mar 2023.

MARTIN, R.A et al. Implementing a 'Safe Recovery' fall prevention program: Refining intervention theory using realist methods. **Australas J Ageing**. v.39,n.3, p.259-270, 2020 Sep. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12795>. Acesso em 16 mar. 2023.

McCARTY, C.A. et al. Implementation of the MEDFRAT to Promote Quality Care and Decrease Falls in Community Hospital Emergency Rooms. **J Emerg Nurs**. v.44, n.3, p.280-284, mai 2018. Disponível em: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(17\)30353-7/fulltext](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(17)30353-7/fulltext). Acesso em 16 mar. 2023.

MENDES, K.D.S.M.; SILVEIRA, R.C.C.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista**

**Texto & Contexto em Enfermagem.** v.17, n.4, p.758-764, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018).

Acesso em 16 mar. 2023.

NEVES, Leticia et al. O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. **Esc Anna Nery.** v.22, n.2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/J8c759Q7bqntF6VfbbtXrQr/?lang=pt#>. Acesso 21 set. 2022.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.174 p.

NOGUEIRA, I.S.; ULBINSKI, N.F.; JAQUES, A.E.; BALDISSERA, V.D.A. Environmental risks for falls of elderly attended by the Family Health Strategy team. **Rev Rene.** v. 22, e60796. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260796>. Acesso 28 out. 2023.

PAIVA, M.F.M; GODEIRO Júnior C.O; MENEZES, K.VRS. Percepção dos residentes sobre prevenção de quedas no programa de residência multiprofissional em saúde. **Rev Espaço para a Saúde.** v.20, n.1, p. 29-39, Jul 2019. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/630>. Acesso 03 out 2023. Acesso 28 out. 2023.

PACZEK, R.S., ALEXANDRE, E.M. Preceptoria em enfermagem em um serviço público de saúde. **RevenfermUFPEonline.** v.13, e242697, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242697/33550>. Acesso 28 mar. 2024.

PAULINO, G. M. E. et al. Costs and root causes of medication errors and falls in a teaching hospital: cross-sectional study. **Texto & Contexto - Enfermagem,** v. 30, e20200045, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MrtWXHZVDkT4pysFnvd3Mth/?format=html&lang=pt#>. Acesso em 17 dez. 2023.

PEREIRA, J.F., et al . Estrategias de comunicación enfermero-paciente: propuesta de un video educativo para estudiantes de enfermería. **Rev Latino-Am Enfermagem [Internet].** v.31, e3857, jan. 2023. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6177.3857>. Acesso em 24 jul. 2023.

PEREIRA, C.B.; KANASHIRO, A.M.K. Falls in older adults: a practical approach. **Arq Neuro-Psiquiatr [Internet].**; v.80, n.5, p.313–23, mai. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2022-S107>. Acesso 21 ago. 2023.

PI, Hong Ying, et al. Risk Factors for In-Hospital Complications of Fall-Related Fractures among Older Chinese: A Retrospective Study. **BioMed research international.** n.2016, p: 1-11, dez. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5220428/>. Acesso em 12 jul. de 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 456 p.

OLIVEIRA, L.L.C; RIVEMALES, M.C.C. Articulando a prática de enfermagem com as teorias de Nightingale, King e Peplau: relato de experiência. **J.nurs. health.** v.11, n.4,e2111418421, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18421>. Acesso 28 out 2023.

QUADROS et al . Modelagem de quedas de pacientes adultos e as repercussões à Enfermagem como segunda vítima. **Rev Latino-Am Enfermagem [Internet].** v.30, e 3617, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5830.361>. Acesso em 26 jun. 2023.

QUEIROZ, S. M. et al. Condições clínicas de idosos vítimas de trauma musculoesquelético. **Cienc Cuid Saude.** v.15, n.3, p. 530-537, jul/set 2016. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28482>. Acesso em 12 jul. de 2022.

RENSHAW, M.; TUCKER, P.; NORMAN, K. Becoming fall-safe: a framework for reducing inpatient falls. **Br J Nurs.** v.29, n.20, p.1198-1205, nov. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33180630/>. Acesso em 10 out. 2022.

RIEGEL, F.; CROSSETTI, M. da G. O.; MARTINI, J. G.; & Nes, A. A. G. Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. **Revista Brasileira De Enfermagem,** v.74, n.2, e20200139. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>. Acesso em: 10 out. 2023.

ROCHON, R.; SALAZAR, L. Partnering with the patient to reduce falls in a medical surgical Unit. **Int J SPHM**. v.9, n. 4, p.135-142, 2019. Disponível em: <https://sphmjournal.com/product/partnering-patient-reduce-falls-medical-surgical-unit/>. Acesso em 18 mar 2022.

SANTOS, A.P.L., MIRANDA, M.R.B. Enfermagem Método Prevenção de Quedas em Idosos Institucionalizados. **Rev Inic Cient Ext**. v.4, n.1, p.586-94, 2021 Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/319/256>. Acesso 17 de dez. de 2023.

SENA A.C. et al. Nursing care related to fall prevention among hospitalized elderly people: an integrative review. **Rev Bras Enferm**. v.74, (Suppl 2), e20200904, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0904>. Acesso em 12 out. 2023.

SIQUEIRA, C.D. et al. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a prevenção de quedas em idosos no ambiente hospitalar. *Revista Nursing*. v.25, n. 292, p.8518-8522. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2724/3301>. Acesso 26 out. de 2023.

SILVA, A.C.P. et al. Perfil sociodemográfico e formativo de enfermeiros especialistas em saúde mental. **Rev Enferm Atual In Derme**; v. 95, n. 33, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/luise/Downloads/katiasimoes2018,+846+Versao+Portugues.pdf>. Acesso em: 07 fev. de 2024.

SOUTO, H.C., et al. Produção científica sobre atividade física e prevenção de quedas em idosos: estudo bibliométrico. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J. Online) [Internet]**. v.13, p.205-13, jun 2021. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8231>. Acesso 26 out. 2023.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R.. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v.8, n.1, p.102-6, mar. 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>. Acesso 20 fev. 2023.

TAGUCHI, C. K. et al. Intervenção fonoaudiológica na prevenção de quedas no envelhecimento. **Codas**, v.33, n.6, e20200312, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202020312>. Acesso em 28 out. 2023.

TAVARES, FMM, TAVARES, WS. Elaboração do instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. V.8, e2015, 2018. Disponível: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2015/1948>. Acesso 28 mar. 2024.

VALADÃO, F.S. et al. Processo de comunicação entre a equipe multiprofissional no contexto da gestão na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. v. 11, e86111133465, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33465. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33465>. Acesso em 9 fev. 2024.

VENÂNCIO, B.; ALMEIDA, A.; FELIPE, M. O impacto económico da prevenção de quedas em idosos: uma análise custo-utilidade à intervenção das Equipas de Cuidados Continuados Integrados. **J Bras Econ Saúde**, v.11,n.1, p: 34-41, 2019. Disponível em: <https://jbes.com.br/images/v11n1/34.pdf> Acesso em 12 jul. 2022.

VIEIRA, C.P.B. et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos hospitalizados. **Rev Enferm Atual In Derme** v. 96, n. 38, e-021258, 2022. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1370/1406>. Acesso em 26 out. de 2023.

YOST, D. L.; BAUR, K. Reduction of Falls: An Acute Care Neurology Unit Quality Improvement Plan. **Medsurg Nursing**. v.30, n.2, p.122-126, mar/abr. 2021. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/9f3abb95a5ea54a3eda302e40769c6e4/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30764>. Acesso 16 mar, 2023.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. **World Alliance for Patient Safety Forward Programme**. p.25, 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>. Acesso em 16 de jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Alliance for Patient Safety. **Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care**. p.31, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/luise/Downloads/9789240032705-eng.pdf>. Acesso em 16 ago. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Classificação Internacional de Doenças e Estatísticas de Mortalidade e Morbidades. Guia de referencia.** 11<sup>a</sup> edição. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Disponível em : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Acesso em 11 mai. 2023.

Organização Mundial da Saúde - OMS. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice.** São Paulo: OMS, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_prevencao\\_quedas\\_velhice.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf) . Acesso em 11 de mai. 2023.

XIMENES, M.A.M. et al. Efetividade de intervenções educativas para prevenção de quedas: revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm [Internet]**. v.30, e20200558, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0558>. Acesso em 23 mai. 2023.

XIMENES, M.A.M. et al. Efetividade de tecnologia educacional para prevenção de quedas em ambiente hospitalar. **Acta Paul Enferm.** v.35,:eAPE01372, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sq3bHR8RbqJjR4yWnfCsZCG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 ago. 2023.

XIMENES, M.A.M. et al. Risco de queda de pacientes hospitalizados: fatores de risco e atuações de enfermagem. v. 32, 2019. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/9003>. Acesso 19 ago. 2023.

## APÊNDICE A- CRONOGRAMA

	Mai 202 2	Jun 202 2	Jul 202 2	Ago 202 2	Set 202 2	Out 202 2	Nov 202 2	Dez 202 2	Jan 202 3	Fev 202 3	Mar 202 3	Abr 202 3	Mai 202 3	Jun 202 3	Jul 202 3	Ago 202 3	Nov 202 3	Dez 202 3	Jan 202 4	Fev 202 4	Mar 202 4	
Revisão de literatura	x	X	X	X	X	x	x	X	X	X	x	X	x	X	X	X	X	X	X	X	x	X
Montagem do projeto			X	X	X	x	X	X	X	X	x											
Submissão ao comitê de ética e Coleta de dados											X	X	x	X								
Tratamento dos dados														X	X	X						
Elaboração de relatório parcial																X						
Revisão de texto														X	X	X	X	X	X	X	x	X
Qualificação da Dissertação																	X					



**APÊNDICE B: ORÇAMENTO**

<b>MATERIAIS</b>	<b>VALOR</b>
<b>2 PACOTE DE FOLHAS A4</b>	<b>R\$ 50,00</b>
<b>CANETAS</b>	<b>R\$ 20,00</b>
<b>COMPUTADOR</b>	<b>MATERIAL PESSOAL</b>
<b>TABLET</b>	<b>MATERIAL PESSOAL</b>
<b>PEN DRIVE</b>	<b>MATERIAL PESSOAL</b>

## APENDICE C- ANALISE DE CONTEÚDO

### Categoria 1, 2, 3

Código	Palavras/Unidades de significação	Número de Unidades de registro																	Total de UR	Número de corpus analisados
		Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6	Enf 7	Enf 8	Enf 9	Enf 10	Enf 11	Enf 12	Enf 13	Enf 14	Enf 15	Enf 16	Enf 17		
Rosa	Dano		1		1						1				1				4	17
Rosa	Treinamento		2	1	1	1				3								2	10	17
Vermelho	Paciente	3		3	2	5	3	2	5	4	2	1	2	2	9	1	2	4	53	<b>17</b>
Vermelho	Equipe				1	3	1	3		1		1	2		4			1	17	17
Vermelho	Assistência				1				1		1		2						5	17
Laranja	Acompanhante				1		3			1		1	1	1	1			1	10	17

Verde	Medidas	1					1			1	1	1			1			1	7	17
Verde																				
Verde	Evento				1		1								1	3			6	17
Verde	Cair							1		2		2							5	17
Verde	Escorregar			1		1											1		3	17
Azul	Medida	1					1			1	1	1			1			1	7	17
Azul	Exame			1		1					1						1		4	17
Azul	Médico				1	1					1						2		5	17
Azul	Notificação	1		1	1				1							1	1		6	17
Azul	Risco	4					1			2					1			1	9	17
Azul	Segurança	2		1		1		1		2			1			1			9	17
Azul	Protocolo							2	1				1		1	1			6	17

o																				
Roxo	Falta									1	1	1				1		1	5	17

**APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Universidade de formação: \_\_\_\_\_

Unidade de treinamento de serviço: \_\_\_\_\_ Setor Atual: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: ( ) menos de um ano formação ( ) 1-2 anos ( ) 3-5 anos ( ) mais de 5 anos;

Pós graduação antes da residência: ( ) Residência ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Ano da Residência: ( ) ANO 1 (R1) ( ) ANO 2 (R2)

Durante sua formação acadêmica (Graduação/ Pós-graduação) você teve conhecimento sobre segurança do paciente?

Durante sua formação acadêmica (Graduação/ Pós-graduação) você teve conhecimento sobre medidas de prevenção de queda?

O que você entende como quedas dentro do ambiente hospitalar?

Durante a graduação você produziu algum material educativo sobre prevenção de quedas?

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, informe: ( ) Folders ( ) Cartilha ( ) Panfleto ( ) Vídeo ( ) Podcast ( ) Outros

Você já participou de Houve algum treinamento de prevenção de quedas dentro da Unidade de treinamento em serviço: ( ) Sim ( ) Não

Na unidade de treinamento, onde você atua como residente tem protocolo de prevenção de quedas estabelecido na instituição? ( ) Sim ( ) Não

Você já presenciou alguma situação de queda ou quase queda? ( ) Sim ( ) Não

Caso você tenha presenciado a queda de paciente no contexto da internação hospitalar, descreva a sua conduta:

Como você identifica pacientes vulneráveis a queda?

- ( ) Escala de Morse
- ( ) Escala Humpty- Dumpty
- ( ) Escala de Downton
- ( ) Não utiliza escala, por avaliação clínica

Quais as medidas educacionais de prevenção de quedas você considera ser relevante para serem implementadas em suas práticas diárias dentro das unidades de treinamento em serviço?

Utiliza algum recurso para implementar as ações educativas ?

- ( ) Sim ( ) Não

Se afirmativo, descreva.

Você acredita que o ambiente influencia na ocorrência de queda? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais são esses fatores ambientais?

- ( ) Piso molhado
- ( ) Grades não elevadas
- ( ) Banheiro insalubre
- ( ) Alocação dos moveis

( ) Tamanho dos leitos

( ) Distância dos leitos para posto de enfermagem

Quais são as facilidades encontradas na aplicação de medidas educacionais dentro das Unidades de treinamento em serviço?

Quais as dificuldades encontradas na aplicação de medidas educacionais dentro das Unidades de treinamento em serviço?

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Projeto: Medidas educativas implementadas na assistência de enfermagem a paciente vulneráveis a quedas dentro do contexto hospitalar.

Pesquisadora Responsável: Luise Monteiro Lobão de Deus.

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF/UNIRIO

Formas de contato com a pesquisadora: Telefone: (21)97205-9898 email: [Imldunipampa@gmail.com](mailto:Imldunipampa@gmail.com)

Nome \_\_\_\_\_ do(a) \_\_\_\_\_ voluntário(a): \_\_\_\_\_

Baseadas nas Resoluções CNS 466 de 2012 e 510 de 2016, O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa *Medidas educativas implementadas na assistência de enfermagem a paciente vulneráveis a quedas dentro do contexto hospitalar*, de responsabilidade da pesquisadora Luise Monteiro Lobão de Deus, orientado pela Orientador (a): Ana Cristina Silva Pinto. O projeto tem como objetivos: Conhecer as medidas educativas de prevenção de quedas implementadas por enfermeiros residentes no contexto hospitalar; Identificar as dificuldades e facilidades para prevenir quedas, na perspectiva dos enfermeiros residentes e Analisar as medidas educativas de prevenção de quedas implementadas por enfermeiros residentes no contexto hospitalar.

O senhor (a) foi convidado por está dentro dos critérios de seleção da pesquisa que são: Enfermeiros residentes regularmente matriculados em Programa de Residência de Enfermagem, que atuam no cenário hospitalar e que estejam no primeiro ou segundo ano da residência de qualquer instituição com programa de residência com enfermagem. Critérios de exclusão: Residentes que estejam de licença médica ou com matrícula desativada. Optou-se por esse grupo para ampliar a amostra para diferentes práticas profissionais e pela visão de prática e ensino que a residência proporciona.

Essa pesquisa é de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Com amostragem de em rede ou amostragem em bola de neve. Essa abordagem os informantes iniciais (sementes) fazem as indicações quem serão os próximos participantes do estudo. Você responderá questionário sobre perfil social e acadêmico e sua experiência com pacientes vulneráveis a quedas. As perguntas serão abertas e fechadas, dentro do questionário Google *Forms*®. O preenchimento levará 10 minutos, variando de 5 a 10 minutos. Ao final do preenchimento, você poderá indicar um participante que contemple os mesmos critérios da pesquisa, sendo opcional e não obrigatório.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ajudar a difusão de conhecimento sobre a prevenção de quedas dentro no ambiente hospitalar e residência. A pesquisa será publicada como dissertação de mestrado e posteriormente artigo e se caso o participante quiser receber uma cópia, basta que ele insira o e-mail no final do questionário. Ressalta-se que o preenchimento do e-mail pelo participante opcional e o registro representa a declaração de interesse em receber a devolutiva. No entanto, essa cabe ressaltar que essa pesquisa não necessariamente lhe trará benefícios diretos. Mas, a sua participação fornecerá informações relevantes para temática pesquisa.

Em relação aos riscos, se considera o desconforto, estresse, cansaço, quebra de anonimato e sigilo (divulgação de dados do participante sem codificação), alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre satisfação profissional, tomar o tempo do sujeito ao responder o questionário. SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA, o que significa que o senhor (a) terá autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir de fazê-lo, podendo esse consentimento ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento ou qualquer outra penalização. Para isso, basta fechar o questionário, uma vez que os dados só são submetidos após pressionar o botão “Enviar” ao final do documento preenchido, caso já tenha enviado só entra em contato com a pesquisadora responsável. Além disso, ressalto que no caso de ser identificado alguma complicação ou dano decorrente da participação da pesquisa, será oferecido ao participante assistência imediata e integral, de forma gratuita, assim como poderá buscar indenização, basta que entre em contato com a

pesquisadora principal pelo e-mail: [lmldunipampa@gmail.com](mailto:lmldunipampa@gmail.com), através do telefone: (21)97205-9898. Não haverá qualquer despesa ou remuneração pela participação.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, e com o fim deste prazo, será descartado. Os dados serão armazenados, até o fim da fase de coleta de dados, dentro da plataforma Google, onde somente os pesquisadores terão acesso. Após esse momento, os dados serão transferidos para um pen drive de acesso exclusivo da pesquisadora responsável. As informações armazenadas na plataforma “Google Forms” serão devidamente excluídas enquanto os dados armazenados no pen drive serão guardados por cinco anos.

Caso deseje obter uma via do TCLE é só clicar no link a seguir para o download.

Link:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdodc0aXdnDshG7heun9UxZXM24y\\_X6hFJV7e492GNASz8rQw/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdodc0aXdnDshG7heun9UxZXM24y_X6hFJV7e492GNASz8rQw/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0).

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel CEP: (21) 2542 – 7796 Email: [cep@unirio.br](mailto:cep@unirio.br)

Endereço: Av. Pasteur 296, Botafogo, Subsolo do prédio da Escola de Nutrição.

---

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador de campo)

Informo que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “*Medidas educacionais implementadas na assistência de enfermagem a paciente vulneráveis a quedas no contexto hospitalar*” e concordo em participar.

Sim, eu concordo e por isso quero participar da pesquisa.

Não, eu não concordo e por isso me recuso a participar da pesquisa.

---

(Assinatura do participante da pesquisa)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** MEDIDAS EDUCATIVAS IMPLEMENTADAS POR ENFERMEIROS RESIDENTES AOS PACIENTES VULNERÁVEIS A QUEDAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

**Pesquisador:** Luise Monteiro Lobão de Deus

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 68612123.8.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.163.701

**Apresentação do Projeto:**

Textos dos itens "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" retirados dos documentos do projeto inseridos na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador(a) responsável ou qualquer membro da equipe de pesquisa.

**Descrição:**

Este estudo é de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, oriundo da dissertação de mestrado do PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF. O presente trabalho por objetivo analisar as medidas educativas de prevenção de queda dos enfermeiros residentes dentro do contexto hospitalar. Os sujeitos do estudo são residentes de enfermagem dentro do contexto hospitalar. A seleção será através da amostragem em rede, sendo as sementes contatos da rede pessoal. Escolheu-se esse grupo para evitar conflito de interesse em instituições; ampliar a amostra para diferentes práticas profissionais e pela visão de prática e ensino que a residência proporciona. Compreendendo o potencial da residência na implementação de ações educativas dentro do ambiente hospitalar este trabalho busca compreender como o enfermeiro residente atua e se vê nessas atividades. Espera-se ainda fomentar mais produções sobre ações preventivas de quedas e de enfermeiros em início de trajetória profissional.

**Resumo:**

**Endereço:** Av. Pasteur, 206 subloco da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

Continuação do Protocolo nº 163.791

Quedas durante internação são eventos desgastantes dentro do ambiente hospitalar. Essas situações causam estresse para os pacientes e para os profissionais envolvidos aumentando a duração da internação em grande número dos casos. A enfermagem por estar na linha de frente é a principal agente na prevenção de quedas. Sendo assim, a educação de familiares e pacientes é ferramenta eficaz na prevenção. A residência de enfermagem tem por objetivo formação de profissionais com domínio científico e técnico, com a visão prática alinhada ao conhecimento teórico. Assim, o presente trabalho por objetivo analisar as medidas educativas de prevenção de queda dos enfermeiros residentes dentro do contexto hospitalar. Este estudo é de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Os sujeitos do estudo são enfermeiros residentes dentro do contexto hospitalar. O critério de seleção dos participantes: Enfermeiros residentes do primeiro e segundo ano de residência dentro do contexto hospitalar de qualquer instituição com programa de residência em enfermagem. A seleção será através da amostragem em rede, sendo as sementes contatos da rede pessoal. Escolheu-se esse grupo para evitar conflito de interesse em instituições; ampliar a amostra para diferentes práticas profissionais e pela visão de prática e ensino que a residência proporciona. O tratamento dos dados será realizado a partir da análise de conteúdo. O estudo será submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Os participantes adequados serão convidados a participar por email. Os participantes serão convidados a participar e os que aceitarem a participar da pesquisa assinarão um termo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma via fica com pesquisador e o participante pode solicitar sua via pelo link do questionário.

#### Metodologia Proposta:

O presente estudo é de caráter descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa de dados. Pesquisa qualitativas estão relacionadas à investigação construtivista, ao qual estuda-se fenômenos já existentes, assim os conhecimentos sobre determinados assuntos podem ser escassos e precisam ser identificados ou nomeados corretamente (POLIT; BECK, 2019, p.11). A investigação ocorre de modo detalhado e holístico, por meio de coleta de dados narrativos, com abordagem de pesquisa flexível (POLIT; BECK, 2019, p.401). A pesquisa exploratória visa examinar a natureza de um determinado tema, a maneira como ele se manifesta e outros fatores associados. Esse método busca explorar a natureza e esclarecer como determinado fenômeno é expresso (POLIT; BECK, 2019, p.12). Complementando essa abordagem utiliza-se a pesquisa descritiva que consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma determinada situação (POLIT; BECK, 2019, p.145).

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
Bairro: Urca CEP: 22.290-240  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2542-7196 E-mail: osp@unirio.br

Continuação do Projeto 6.163.701

A coleta será realizada no ano de 2023, com calendário a ser definido, a partir da autorização do comitê de ética da Unirio. Os sujeitos do estudo são enfermeiros residentes. O número de participantes irá até a saturação de dados. O critério de seleção dos participantes: Enfermeiros residentes dentro do contexto hospitalar do primeiro e segundo ano. Optou-se por esse grupo para evitar conflito de interesse em instituições; ampliar a amostra para diferentes práticas profissionais e pela visão de prática e ensino que a residência proporciona. Após estabelecimento dos critérios de inclusão e seleção, a seleção da amostra será por amostragem em rede ou amostragem em bola de neve. Essa abordagem os informantes iniciais (sementes) fazem as indicações quem serão os próximos participantes do estudo (POLIT; BECK, 2019, p.196).

As sementes serão os residentes de enfermagem da rede pessoal das pesquisadoras. Importante ressaltar que a proposta do estudo foi planejada para que os enfermeiros residentes convidados fossem de diferentes programas de Pós-Graduação, considerando as diferentes unidades de treinamento de saúde, a partir da rede de contatos das sementes. O acesso aos participantes será por meio de contato por telefone e ou e-mail.

Destaco que a motivação para o uso desta técnica deve-se ao fato de que este estudo não tem a intenção de retratar a realidade de uma única instituição hospitalar em particular, e sim, uma dimensão ampliada do cotidiano de prática de enfermeiros residentes que implementam medidas educativas no cenário hospitalar.

Os participantes responderão no primeiro momento um pequeno questionário sobre perfil social e acadêmico, para estratificar a amostra. As perguntas serão abertas e fechadas, dentro do questionário Google Forms®, que pode ser acessado pelo link:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdodc0aXdnDahG7heun9UxZXM24y\\_X8hFJV7e492GNA5z8rQw/viewform?vc=0&c=0&w=1&fr=0](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdodc0aXdnDahG7heun9UxZXM24y_X8hFJV7e492GNA5z8rQw/viewform?vc=0&c=0&w=1&fr=0).

#### Critério de Inclusão:

Enfermeiros residentes dentro do contexto hospitalar do primeiro e segundo ano de qualquer instituição com programa de residência com a enfermagem.

#### Metodologia de Análise de Dados:

O tratamento dos dados será realizado a partir da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo envolve analisar o conteúdo dos dados narrativos e identificar temas proeminentes e padrões dos temas (POLIT; BECK, 2010, p.278). No primeiro momento envolve a

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** oep@unirio.br

Contribuição do Pesquisador: 6.163.751

quebra de dados em pequenas unidades, codificando-as e nomeando-as de acordo com o conteúdo representam e o material de acordo com o conteúdo agrupado baseado nos conceitos pré determinados (POLIT; BECK, 2019, p.279).

Os entrevistados serão identificados com código alfanumérico (E1) para organização e transcrição dos discursos para análise dos dados. Após a transcrição será relacionados às informações colhidas por referências selecionadas. As referências para análise de conteúdo serão Relatório global da ONU sobre prevenção de quedas, protocolo de prevenção de quedas do ministério da saúde e Teoria Ambientalista de Florence Nightingale.

As referências sobre prevenção de quedas foram selecionadas por serem as produções mais aceitas dentro do cenário nacional e internacional. A escolha da teoria ambientalista deve-se ao fato que a mesma afirma o ambiente influencia a condição de saúde do pacientes, sendo o ambiente fator importante na prevenção de quedas (ALVEZ et al, 2021).

**Objetivo da Pesquisa:**

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pela/elo pesquisador responsável ou qualquer membro da pesquisa.

**Objetivo Primário:**

Analisar as medidas educativas de prevenção de queda dos enfermeiros residentes dentro do contexto hospitalar.

**Objetivo Secundário:**

Identificar as medidas educativas de prevenção de quedas dos enfermeiros residentes. Identificar as dificuldades e facilidades para implementação de medidas educacionais para prevenção de quedas dentro do contexto hospitalar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pela/elo pesquisador responsável ou qualquer membro da pesquisa.

**Riscos:**

Em relação aos riscos, se considera o desconforto, estresse, quebra de sigilo, cansaço, quebra de anonimato, alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subloco da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 8.163.701

reflexões sobre satisfação profissional, tomar o tempo do sujeito ao responder o questionário

**Benefícios:**

O benefício relacionado com a colaboração nesta pesquisa é o de ajudar a difusão de conhecimento sobre a prevenção de quedas dentro do ambiente da residência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, oriundo da dissertação de mestrado do PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF. O presente trabalho tem por objetivo analisar as medidas educativas de prevenção de queda dos enfermeiros residentes dentro do contexto hospitalar. Os sujeitos do estudo são residentes de enfermagem dentro do contexto hospitalar. Foram definidos os critérios de inclusão no estudo, conforme orientação do CEP UNIRIO: "A inclusão será de Enfermeiros residentes dentro do contexto hospitalar do primeiro e segundo de qualquer instituição com programa de residência com a enfermagem".

Foi apresentado Termo de Solicitação de Dispensa de Anuência de Instituição de Cenário de Pesquisa. Entretanto, esse Termo não se aplica a este estudo, uma vez que a coleta de dados não será realizada em nenhuma instituição.

O Instrumento de coleta de dados se apresenta dentro do Projeto.

O TCLE foi ajustado conforme recomendação do CEP UNIRIO. Foi descrito no TCLE que "Além disso, ressalto que no caso de ser identificado alguma complicação ou dano decorrente da participação da pesquisa, será oferecido ao participante assistência imediata e integral, de forma gratuita, assim como poderá buscar indenização, basta que entre em contato com a pesquisadora principal pelo e-mail: lmidunipampa@gmail.com, através do telefone: (21)97205-9898. Não haverá qualquer despesa ou remuneração pela participação".

Foi apresentado Orçamento do Projeto.

Foi apresentada Carta Convite aos participantes, sendo o link descrito, de acordo com solicitação do CEP UNIRIO.

Foi apresentado o Termo de Compromisso de uso de dados.

Foi apresentada Carta de Atendimento às Pendências.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados:

Endereço: Av. Pasteur, 296 subcolo da Escola de Nutrição  
Bairro: Urca CEP: 22.290-240  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 6.103.701

- Informações Básicas do Projeto;
- Projeto;
- Carta Convite;
- Cronograma;
- TCLE;
- Termo de Compromisso para uso de dados;
- Orçamento
- Termo de solicitação de dispensa de anuência;
- Folha de Rosto;
- Carta de Atendimento às Pendências.

**Recomendações:**

Adequar o período de coleta de dados no Cronograma em Informações Básicas do Projeto (que inicialmente se iniciaria em junho da corrente ao), de acordo com a data de aprovação do Projeto pelo CEP UNIRIO. No Projeto de Pesquisa consta agosto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Com base nas Resoluções 466/12 e 510/16 e suas complementares, o referido Projeto foi aprovado pelo CEP UNIRIO, uma vez que a pesquisadora atendeu a todas as orientações e recomendações do CEP UNIRIO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO ([www.unirio.br/cep](http://www.unirio.br/cep)) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

**Endereço:** Av. Pasteur, 286 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO -  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.163.701

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2113184.pdf	07/06/2023 16:57:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PLATAFORMABRASIL2.docx	07/06/2023 16:57:16	Luise Monteiro Lobão de Deus	Aceito
Outros	Cartadeatendimentoapendencia.docx	07/06/2023 16:54:53	Luise Monteiro Lobão de Deus	Aceito
Outros	CARTACONVITE.docx	07/06/2023 16:51:32	Luise Monteiro Lobão de Deus	Aceito
Outros	CRONOGRAMA.docx	07/06/2023 16:50:23	Luise Monteiro Lobão de Deus	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/06/2023 16:47:39	Luise Monteiro Lobão de Deus	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	28/04/2023 09:14:43	Luise Monteiro Lobão de Deus	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.docx	28/04/2023 09:12:54	Luise Monteiro Lobão de Deus	Aceito
Outros	dispensa.pdf	03/04/2023 08:41:02	Luise Monteiro Lobão de Deus	Aceito
Folha de Rosto	foihaderosto.pdf	03/04/2023 08:40:23	Luise Monteiro Lobão de Deus	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Julho de 2023

Assinado por:  
**ANDRESSA TEOLJ NUNCIARONI FERNANDES**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
Bairro: Urca CEP: 22.290-240  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep@unirio.br