

# MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE QUEDA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Ellen Nogueira da Silva<sup>1</sup>  
Andressa Midori Sakai<sup>1</sup>  
Celita Salmaso Trelha<sup>1</sup>  
Marcos Aparecido Sarria Cabrera<sup>1</sup>  
Mara Solange Gomes Dellaroza<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-1906-5077>  
<https://orcid.org/0000-0002-0974-1943>  
<https://orcid.org/0000-0001-5643-9002>  
<https://orcid.org/0000-0001-9786-9674>  
<https://orcid.org/0000-0002-7869-540X>

**Objetivo:** Avaliar medidas de prevenção de quedas prescritas e realizadas em idosos hospitalizados. **Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, realizado em hospital público terciário, entre 2015 e 2016. **Resultados:** A amostra foi composta por 153 idosos, 101 (66,0%) eram mulheres. O risco de queda foi de 60,9% (92), sendo as mulheres com maior chance de queda ( $p=0,0016$ ). A medida de prevenção relacionada a sinalização do risco de queda no leito não foi prescrito para 75,0% (69) dos idosos com risco, entretanto, este cuidado foi realizado para 92,4% (85) dos idosos. O uso de grade elevada do leito foi prescrito para 78,3% (72) dos idosos com risco de queda ( $p=0,006$ ) e este cuidado foi realizado para 70,7% (65) dos idosos com risco e 54,2% (32) sem risco de queda. **Conclusão:** As medidas para prevenção de queda foram realizadas com maior frequência do que prescritas para todos os idosos, independente do risco de queda.

**Descritores:** Idoso; Acidentes por quedas; Hospitalização; Segurança do paciente; Cuidados de enfermagem.

## FALL PREVENTION STRATEGIES IN HOSPITALIZED OLDER ADULTS

**Objective:** To evaluate fall prevention strategies prescribed and performed for hospitalized older adults. **Methods:** This was a quantitative, cross-sectional study conducted in a tertiary public hospital between 2015 and 2016. **Results:** The sample consisted of 153 older adults, 101 (66.0%) of whom were women. Risk of falling was found in 60.9% (92), and women had a higher chance of falling ( $p=0.0016$ ). Visual signaling of fall risk on the bed was not prescribed for 75.0% (69) of the elderly patients at risk, however, this precaution was taken for 92.4% (85) of those patients. Maintaining bed rails elevated was prescribed for 78.3% (72) of the elderly patients at risk of falling ( $p=0.006$ ). This precaution was taken for 70.7% (65) of the patients at risk and 54.2% (32) of those not at risk of falling. **Conclusion:** Fall prevention strategies were performed more frequently than prescribed for every elderly inpatients, regardless of risk for falling. **Descriptors:** Aged; Accidental falls; Hospitalization; Patient safety; Nursing care.

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

**Objetivo:** Evaluar medidas de prevención de caídas, prescritas y realizadas en ancianos hospitalizados. **Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, realizado en un hospital público terciario, entre 2015 y 2016. **Resultados:** La muestra fue compuesta por 153 ancianos; 101 (66,0%) fueron mujeres. El riesgo de caída fue de 60,9% (92), predominando en las mujeres la mayor posibilidad de caídas ( $p=0,0016$ ). La medida de prevención, relacionada a la señalización del riesgo de caída de la cama, no fue prescrito para 75,0% (69) de los ancianos con riesgo; sin embargo, este cuidado fue realizado para el 92,4% (85) de los ancianos. El uso de rejilla elevada en la cama fue prescrito para 78,3% (72) de los ancianos con riesgo de caída ( $p=0,006$ ); este cuidado fue realizado para 70,7% (65) de los ancianos con riesgo y 54,2% (32) sin riesgo de caída. **Conclusión:** Las medidas para prevención de caídas, fueron realizadas con mayor frecuencia que las prescritas para todos los ancianos, independientemente de los riesgos de caídas.

**Descriptorios:** Anciano; Accidentes por caídas; Hospitalización; Seguridad del paciente; Atención de Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.  
Autor correspondente: Andressa Midori Sakai. E-mail: [andressasakai@hotmail.com](mailto:andressasakai@hotmail.com)  
Recebido: 22/04/2020 - Aceito: 28/01/2021

## INTRODUÇÃO

Considera-se idosos cronologicamente e coletivamente no Brasil, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos<sup>1</sup>, sendo este o seguimento populacional que mais cresce, devido a diminuição nas taxas de fecundidade e mortalidade. Estima-se que nos próximos 40 anos, a população idosa brasileira crescerá 3,2% ao ano e atingirá 64 milhões de idosos no país<sup>2</sup>.

O envelhecimento populacional repercute no aumento da demanda da assistência das instituições de saúde, especialmente no ambiente hospitalar. Neste ambiente o idoso é exposto aos riscos do processo de cuidar, dentre esses riscos estão as quedas<sup>3</sup>.

Queda é definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial, provocada pela interação de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos<sup>4</sup>. Os fatores intrínsecos relacionam-se ao próprio envelhecimento fisiológico, as morbidades, déficit no sistema musculoesquelético, audição, visão e quedas anteriores, já os fatores extrínsecos são decorrentes dos riscos ambientais, tais como condições do piso, iluminação deficitária e calçados inadequados<sup>4,5</sup>.

A queda é considerada dos principais desafios para segurança do paciente, visto as consequências negativas na mobilidade e até mesmo na mortalidade que esse evento adverso representa aos idosos<sup>6</sup>. Estudos apontam índices de queda<sup>1,7</sup> que variam de 1,4 a 10,7 e 1,4 a 17,9 para cada 1.000 pacientes por dia, respectivamente.

Com objetivo de minimizar os riscos que o paciente é exposto, em 2013, no Brasil a portaria nº 2.095, aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente<sup>8</sup>, dentre esses, o protocolo de prevenção de queda, laborado com a finalidade de reduzir a queda de pacientes, especificamente no ambiente hospitalar durante todo o período de hospitalização do paciente<sup>9</sup>. Neste protocolo, a avaliação de risco de queda de todos os pacientes deve ser realizada, bem como os registros em prontuários deste risco, além de medidas de prevenção serem prescritas e implantadas conforme o risco dos pacientes<sup>9</sup>.

Diante do aumento da frequência de hospitalização dos idosos é essencial que a equipe de saúde, especialmente de enfermagem implemente ações efetivas de prevenção de quedas já propostas em *Guidelines* sobre Segurança do Paciente para diminuir índices de morbimortalidades e minimizar os problemas deste agravo. Sabe-se que apesar dos *Guidelines*, muitas vezes a prática dos serviços de saúde não consegue incorporar de maneira efetiva as orientações. Assim é importante avaliar o quanto a equipe de saúde tem conseguido implementar a prescrição e realização

das ações propostas nos *Guidelines*, já que somente dessa forma será possível impactar positivamente na qualidade da assistência prestada.

Com isso, o objetivo deste estudo foi avaliar medidas de prevenção de quedas prescritas e realizadas em idosos hospitalizados e associá-las com o risco de queda.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, a partir da triangulação de dados com coleta por meio de entrevista, análise de prontuário e observação.

Estudo realizado em um hospital universitário público de nível terciário do sul do Brasil, com 300 leitos.

A população do estudo foi composta por idosos  $\geq 60$  anos de idade, que permaneceram internados a no mínimo 48 horas e que tiveram escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)  $\geq 13$ . A amostra por conveniência do estudo foi recrutada de acordo com o período de internação dos idosos.

Os critérios de exclusão foram os idosos que não apresentaram condições clínicas de responder a pesquisa, escore do MEEM  $< 13$  e que não estivessem com um acompanhante habilitado, mesmo após três tentativas de coleta em dias e horários variados. Foram considerados acompanhantes habilitados aqueles que tivessem permanecido no mínimo quatro horas seguida com o idoso anteriormente a realização da pesquisa (para que tivesse condições de responder sobre os cuidados realizados) e os acompanhantes com idade acima de 60 anos teriam que obter escore do MEEM  $\geq 13$ .

A coleta de dados foi realizada entre o segundo semestre de 2015 ao primeiro semestre de 2016. Antes de iniciar a coleta realizou-se teste piloto com 10 idosos, após a realização do piloto foram feitas as adequações na formatação do instrumento de coleta. Os dados foram coletados por meio de instrumento que compreendeu a análise de prontuário, para colher informações sobre prescrição de enfermagem de cuidados de prevenção de queda.

A entrevista com o participante, abordou sobre as variáveis de identificação do idoso (idade, sexo, grau de escolaridade, dados de identificação do acompanhante), confirmação dos dados coletados no prontuário e se os cuidados de enfermagem foram prescritos e realizados.

Para avaliar o risco de queda do idoso, utilizou-se a escala de risco de queda (*Fall Risk Score*) criada por Downton (1992) e disponibilizada publicamente em (1993)<sup>10</sup>. A escala de Downton aplica cinco critérios a avaliação do risco de quedas do idoso: já sofreu quedas anteriormente; faz uso de alguma medicação; apresenta algum déficit sensorial; avaliação do estado mental e avaliação da marcha. A pontuação do instrumento varia de 0 a 11, e o idoso é classificado

com alto risco de queda quando apresenta uma pontuação igual ou superior a três<sup>11</sup>. Neste estudo os idosos que obtiveram a pontuação de 0 a 2 foram considerados sem risco de queda e os que fizeram 3 ou mais pontos foram considerados com risco de queda.

Foram realizadas análises descritivas das características da população e dos cuidados fornecidos para a prevenção de risco de queda. Para verificação de associação entre as variáveis dependentes e independentes, utilizou-se o programa *Epi Info* 7.1.4.

O estudo foi aprovado Comitê de Ética em Pesquisa da Envolvendo Seres Humanos (Parecer 916.297-14/12/2014), obedecendo todos os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi devidamente assinado por todos os participantes que aceitaram em participar do estudo.

## RESULTADOS

O número total de idosos que preencheram o critério de inclusão deste estudo foram 220, sendo que 54 receberam alta e 25 não puderam ser entrevistados por razões diversas como cirurgia, recusa, transferência para UTI, o que caracterizou como perda de 36%.

Assim, a amostra do estudo foi composta por 153 idosos, 101 (66%) mulheres e 52 (34%) homens, 66% raça branca, idade mediana de 70 anos, conforme mostra a (Tabela 1).

O escore do MEEM dos idosos avaliados variou de 0 a 25 pontos, com média 14,14. Destes 20 (13,7%) idosos apresentaram escore entre 1 e 12 sendo a escolaridade máxima de 4 anos, 32 (22,8%) apresentaram escore no MEEM entre 13 e 18, sendo a escolaridade máxima de 7 anos, porém estes também não obtiveram condições de responder. Assim dentro dos critérios definidos pela pesquisa 52 (33,98%) idosos tiveram os questionários respondidos por seus acompanhantes.

No entanto, durante o processo de coleta observou que em 14 outras entrevistas os acompanhantes tiveram que colaborar com algumas informações. Assim, dos 153 questionários respondidos 43,13% (66) houve colaboração de acompanhantes nas respostas. A pontuação média do MEEM com aqueles que tiveram risco de queda foi de 2,8 e aqueles sem risco de queda a média foi de 2,6.

Na tabela 2, demonstra o escore da escala de risco de queda conforme o sexo, o qual, os idosos com maior chance de sofrer queda foram as mulheres 70 (76,6%) ( $p = 0,00162$ ). Evidenciando no total 92 (60,9%) idosos com risco de queda.

A queda no último mês foi referida por 64 idosos, desses 49 (76,6%) apresentaram risco de queda e 15 (23,3%) foram classificados sem risco de sofrer queda, conforme escore da escala de queda. Assim, apresentar quedas no último

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos segundo as características sociodemográficas

Variáveis	n (%)
<b>Cor da Pele auto referida</b>	
Branca	101(66,1)
Preta	27(17,6)
Parda	25(16,3)
<b>Sexo</b>	
Feminino	101(66,0)
Masculino	52(34,0)
<b>Idade (anos)</b>	
Média	70
Desvio Padrão	7,96
Mediana	70
1º quartil	65
3ª quartil	75
<b>Escolaridade (anos)</b>	
Analfabeto	56(38,6)
Algum tempo de estudo	89(61,0)
<b>Escolaridade (anos)</b>	
Média	3,81
Desvio Padrão	3,17
Mediana	3,0
1º quartil	1,5
3ª quartil	4,0
<b>Escore do MEEM (n=153)</b>	
Média*	14,14
Desvio Padrão	8,39
Mediana	18
1º quartil	8
3ª quartil	21

Fonte: Próprio autor: \*Valores calculados considerando os idosos que não tiveram condições de responder ao MEEM como escore "0" zero.

mês aumenta em 55% a chance de ser categorizado como um idoso com risco de queda durante a hospitalização.

Em relação ao desempenho cognitivo, 82,1% (23) dos idosos com déficit apresentaram o risco de sofrer uma queda. Enquanto nos idosos sem déficit cognitivo o risco de queda ocorreu 32 (53,3%). A presença do baixo desempenho cognitivo aumenta a chance de ser classificado como com risco de queda em 54% comparado com os que não possuíam déficit cognitivo.

Na tabela 3 apresenta a associação cuidados prescritos para prevenção de queda segundo o escore da escala de avaliação de risco de queda.

**Tabela 2.** Distribuição dos idosos segundo Sexo, Ocorrência de quedas, desempenho cognitivo, relacionados ao risco de quedas

Variável	Com risco de queda n(%)	Sem risco de queda n(%)	Total n(%)	Risco relativo	p-value
<b>Sexo</b>					0,0016
Feminino	70(76,1)	31(52,5)	101(66,9)		
Masculino	22(23,9)	28(47,5)	50(33,1)		
Total	92(100)	59(100)	151(100)		
<b>Queda no último mês</b>				1,5499	0,0004
Sim	49(76,6)	15(23,3)	64(100)		
Não	41(49,4)	42(50,6)	83(100)		
Total	90(61,2)	57(38,8)	147(100)		
<b>Desempenho cognitivo</b>				1,5402	0,004
Com déficit	23(82,1)	5(17,9)	28(100)		
Sem déficit	32(53,3)	28(46,7)	60(100)		
Total	55(62,5)	33(37,5)	88(100)		

Os resultados desta tabela mostram que a prescrição dos cuidados como registro de necessidade de promover um ambiente seguro, seguidos da prescrição de auxílio a movimentação no leito e fora do leito e sinalização do risco de queda no leito, possui um percentual de prescrição abaixo de 25% dos idosos com risco de queda. Ainda, a prescrição de necessidade do uso de grade no leito apresentou significância estatística (p= 0,006), sendo prescrito para 70 (78,3%) para os idosos com risco e para 34 (57,6%) para os idosos sem risco de sofrer queda.

Na tabela 4 está descrito a associação dos cuidados realizados para a prevenção de risco de queda segundo o escore da escala de risco de queda.

O cuidado de sinalização do risco de queda no leito foi realizado para 92,4% e 81,4% para idosos com risco e sem risco de queda, respectivamente, apresentando significância estatística (p=0,025).

Em relação a associação do escore do risco de queda e os cuidados prescritos e realizados (Tabela 5), é possível observar que as medidas de prevenção de queda relacionado ao uso de vestuário e calçado adequados para movimentação segura, a orientação para o idoso e/ou familiares como prevenir a ocorrência de queda e também sobre os efeitos colaterais das medicações foi realizada acima de 50% dos idosos com risco de queda, porém a prescrição ocorreu abaixo de 6,5% para os idosos com risco.

**Tabela 3.** Associação entre escore da escala de avaliação do risco de queda e a prescrição de cuidados para prevenção de queda hospitalar

Variável	Registro no Prontuário sobre risco de queda do idoso ao ser internado.				Prescrição de auxílio nos cuidados de higiene pessoal relacionada às necessidades fisiológicas para os pacientes com risco de queda.				Total
	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	
<b>Com risco</b>	25(27,2)	65(70,7)	2(0,7)		51(55,4)	39(42,4)	2(2,2)		92
<b>Sem risco</b>	17(28,8)			*1,3188	28(47,5)	30(50,8)	1(1,7)	*1,0413	59
<b>Total</b>	42(27,8)	107(70,9)	2(1,3)		79(52,3)	69(45,7)	3(2,0)		151
	Registro de necessidade de promover um ambiente seguro				Há sinalização do risco de queda no leito				
	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	
<b>Com risco</b>	6(6,5)	85(92,4)	1(1,1)		22(23,9)	69(75,0)	1(1,1)		92
<b>Sem risco</b>	2(3,4)	56(94,9)	1(1,7)	*0,7904	12(20,3)	45(76,3)	2(3,4)	*1,1712	59
<b>Total</b>	8(5,3)	141(93,4)	2(1,3)		34(22,5)	114(75,5)	3(2,0)		151
	Prescrição de necessidade de uso de grade no leito				Prescrição de auxílio a movimentação do paciente no leito ou fora do leito				
	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	
<b>Com risco</b>	72(78,3)	20(21,7)	0(0,0)		11(12,0)	76(82,6)	5(5,4)		92
<b>Sem risco</b>	34(57,6)	25(42,4)	0(0,0)	*0,006071	4(6,8)	53(89,8)	2(3,4)	*1,5135	59
<b>Total</b>	106(70,2)	45(29,8)	0(0,0)		15(9,9)	129(85,4)	7(4,6)		**151

\*Teste Exato de Fisher; \*\* "n" nesta tabela de 151 devido à falta de preenchimento do banco de dados

**Tabela 4.** Associação entre escore de escala de avaliação do risco de queda e a realização dos cuidados para prevenção de queda hospitalar

Variável	Registro no Prontuário sobre risco de queda do idoso ao ser internado.				Prescrição de auxílio nos cuidados de higiene pessoal relacionada às necessidades fisiológicas para os pacientes com risco de queda.				Total
	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	Sim n(%)	Não n(%)	NA n(%)	Valor p	
Com risco	40(43,5)	50(54,3)	2(2,2)		55(59,8)	36(39,1)	1(1,1)		92
Sem risco	25(42,4)	34(57,6)	0(0,0)	*1,3623	26(44,1)	31(52,5)	2(3,4)	*4,0717	59
Total	65(43,0)	84(55,6)	2(1,3)		81(53,6)	67(44,4)	3(2,0)		**151
Registro de necessidade de promover um ambiente seguro				Há sinalização do risco de queda no leito				Total	
Com risco	54(58,7)	38(41,3)	0(0,0)		85(92,4)	7(7,6)	0(0,0)		92
Sem risco	24(40,7)	34(57,6)	1(1,7)	*5,88271	48(81,4)	11(18,6)	0(0,0)	*0,025	59
Total	78(51,7)	72(47,7)	1(0,7)		133(88,1)	18(11,9)	0(0,0)		**151
Prescrição de necessidade de uso de grade no leito				Prescrição de auxílio a movimentação do paciente no leito ou fora do leito				Total	
Com risco	65(70,7)	26(28,3)	1(1,1)		26(28,3)	58(63,0)	8(8,7)		92
Sem risco	32(54,2)	27(45,8)	0(0,0)	*5,2862	16(27,1)	42(71,2)	1(1,7)	*3,3326	59
Total	97(64,2)	53(35,1)	1(0,7)		42(27,8)	100(66,2)	9(6,0)		**151

\*Teste Exato de Fisher; \*\* "n" nesta tabela de 151 devido à falta de preenchimento do banco de dados

**Tabela 5.-** Associação dos cuidados de orientações para prevenção de queda conforme a prescrição e realização segundo o escore de risco de queda

Escore	PRESCRIÇÃO						REALIZAÇÃO					
	Orientação sobre o uso de vestuário e calçado adequados para movimentação segura						Orientação sobre o uso de vestuário e calçado adequados para movimentação segura					
	Com risco n(%)		Sem risco n(%)		Total n(%)		Com risco n(%)		Sem risco n(%)		Total n(%)	
Sim	1	(1,1)	2	(3,4)	3	(2,0)	51	(55,4)	17	(28,8)	(68)	45,0
Não	88	(95,7)	56	(94,9)	144	(95,4)	40	(43,5)	41	(69,5)	(81)	53,7
NA	3	(3,3)	1	(1,7)	4	(2,6)	1	(1,1)	1	(1,7)	(2)	1,3
Total	92	(100)	59	(100)	151**	(100)	92	(100)	59	(100)	(151**)	100
Orienta o paciente e os familiares sobre como prevenir a ocorrência de queda						Orienta o paciente e os familiares sobre como prevenir a ocorrência de queda						
Sim	6	(6,5)	2	(3,4)	8	(5,3)	61	(65,3)	15	(25,4)	(76)	50,3
Não	81	(88,0)	56	(94,9)	137	(90,7)	29	(31,5)	43	(72,9)	(72)	47,7
NA	5	(5,4)	1	(1,7)	6	(4,0)	2	(2,2)	1	(1,7)	(3)	2,0
Total	92	(100)	59	(100)	151**	(100)	92	(100)	59	(100)	(151**)	100
Orienta o paciente/família/accompanhante sobre efeitos colaterais de medicamentos que podem contribuir para queda.						Orienta o paciente/família/accompanhante sobre efeitos colaterais de medicamentos que podem contribuir para queda.						
Sim	1	(1,1)	1	(1,7)	2	(1,3)	47	(51,1)	20	(33,9)	(67)	44,4
Não	87	(94,4)	56	(94,9)	143	(94,7)	43	(46,7)	37	(62,7)	(80)	53,0
NA	4	(4,3)	2	(3,4)	6	(4,0)	2	(2,2)	2	(3,4)	(4)	2,6
Total	92	(100)	59	(100)	151**	(100)	92	(100)	59	(100)	(151**)	100

\*\* "n" nesta tabela de 151 devido à falta de preenchimento do banco de dados

## DISCUSSÃO

A queda é considerada um evento multifatorial<sup>4,12</sup>. Entre esses multifatores, o sexo feminino, a presença de quedas anteriores e déficit cognitivo foram evidenciados nesta

pesquisa e o risco de queda também esteve presente em 60,9% dos idosos.

A feminização da amostra da população idosa, explicado por diversos fatores, também reflete nos serviços

de saúde, visto que as pacientes idosas são em maior número<sup>9,12</sup>, dado que também foi evidenciado neste estudo. Ainda, nesta pesquisa as idosas apresentaram mais chance de sofrer queda, o que corrobora com demais estudos<sup>6,12,13</sup>, pode-se justificar esta tendência devido as alterações musculoesqueléticas como diminuição de massa muscular, osteoporose e perda de massa óssea relacionada com a queda dos níveis de estrógeno presente no sexo feminino<sup>14</sup>.

Os idosos que apresentaram queda no último mês, tiveram 55% de chance de ser classificado como um idoso com risco de queda. Estudo que avaliou os fatores de risco de quedas, evidenciou que os idosos que possuem histórico de quedas nos últimos seis meses possuem 1,675 vezes mais possibilidade de cair do que aqueles não sofreram esse evento<sup>12</sup>.

Outro fator que pode contribuir para o risco de queda do idoso é o déficit cognitivo, que pode ser justificado pelo declínio em algumas funções cognitivas que são responsáveis pelo planejamento motor, atenção em tarefas duplas e a percepção aos perigos ambientais<sup>15</sup>. Assim, os idosos com déficit cognitivo possuem uma percepção dos perigos ambientais minimizados, bem como uma avaliação errônea das suas próprias habilidades e uma desorientação espacial, predispondo-o ao risco de queda<sup>12</sup>.

Dentre as medidas de prevenção de quedas prescritas, a necessidade do uso de grade no leito foi a medida de prevenção mais prescrita entre os enfermeiros nesta pesquisa. Estudo realizado em hospital universitário com o objetivo de identificar os cuidados de enfermagem prescritos, mostrou que 83,3% dos pacientes internados tinham em suas prescrições a necessidade de manter grade do leito elevada para prevenção de quedas<sup>16</sup>.

Em relação às orientações referentes as medidas de prevenção de queda e os efeitos colaterais das medicações para o idoso e seus familiares, a equipe de enfermagem realizou essas orientações, porém esse cuidado quase não esteve prescrito. Acredita-se que a sensibilização do paciente e familiares, bem como da equipe de enfermagem, pode contribuir para que mudanças ocorram na prevenção de quedas<sup>16</sup>.

Ainda em relação às orientações dos efeitos colaterais das medicações, hipoteticamente acredita-se que a equipe de enfermagem entenda que o profissional médico é o responsável em realizar essas orientações, entretanto, o trabalho multiprofissional contribui para promover atitudes positivas para evitar eventos de quedas aos idosos<sup>17</sup>.

Há necessidade de uma maior atenção para este agravo, mediante adequada avaliação do idoso para se obter uma prescrição e prevenção compatíveis com o risco de queda. Observou-se nos resultados deste estudo a necessidade de que tanto enfermeiros, que são responsáveis pela prescrição

de enfermagem, quanto auxiliares e técnicos, usem parâmetros científicos para definição e realização de cuidados, pois o que se destacou é que tanto na prescrição como realização da assistência direta não há um critério científico norteador. Cuidados imprescindíveis para a prevenção não estão sendo prescritos nem realizados para idosos com risco, enquanto são realizados para usuários sem risco.

Isto expõe a equipe e a instituição a um gasto de horas de trabalho, esforço e material, desnecessário, sem que o resultado esperado de um cuidado seguro seja garantido a todos que precisam. Diante desta realidade vale a reflexão: qual o papel exercido hoje pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições, de gerência do cuidado ou de cumprimento de um protocolo administrativo? Quais os determinantes desta realidade?

Para começar responder tais questões, se faz necessário a auditoria de prontuários como uma forma de identificar as dificuldades de fortalecimento da cultura de segurança do paciente<sup>18</sup> relacionadas as quedas, bem como fortalecer a associação da SAE e da segurança do paciente<sup>19</sup>. Como também, a inserção de uma cultura de prevenção de quedas multifatorial e multiprofissional, vinculada com uma liderança eficaz poderá contribuir para minimizar a ocorrência do evento queda.

O estudo apresentou limitações em relação ao manuseio do prontuário do paciente, devido a não informatização, visto que são arquivados de forma atemporal em envelopes únicos. Também houve necessidade de releituras para compreensão da grafia não legíveis, o que dificultou a localização das variáveis coletadas.

Espera-se que ao analisar as medidas de prevenção de quedas, os profissionais de enfermagem, em especial o enfermeiro prescreva as medidas de acordo com o risco de queda apresentado pelo idoso e que a equipe realize esse cuidado de modo que reduza as morbimortalidades causada por este evento.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que ser do sexo feminino, ter apresentado queda precedente e apresentar déficit cognitivo são fatores para o risco de queda. Ainda, os cuidados e orientações para prevenção de quedas foram realizadas com maior frequência do que prescritos. O risco de queda avaliado pela escala de Downton não foi direcionador dos cuidados prescritos e realizados pela equipe de enfermagem a idosos internados.

## Contribuição dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do manuscrito ou revisão crítica; e aprovação da versão final do artigo para publicação.

## REFERÊNCIAS

- Meneguim S, Ayres JA, Bueno GH. Caracterização das quedas de pacientes em hospital especializado em cardiologia. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [citado 2017 Ago 29];4(4):784-91. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/13554/pdf>
- Carneiro LA, Campino AC, Leite F, Rodrigues CG, Santos GM, Silva AR. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS; 2013 [citado 2020 Jan 25]. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/1apresentao.pdf>
- Vaccari E, Lenardt MH, Willig MH, Betioli SE, Andrade LA. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2017 Ago 29];21(5):1-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45562>
- World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2020 Jan 22]. Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>
- Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farias-Antúnez S, Ribeiro CG, Miranda VI, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2020 Jan 23];52:22. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000103.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000103.pdf)
- Kobayashi K, Imagama S, Inagaki Y, Suzuki Y, Ando K, Nishida Y, et al. Incidence and characteristics of accidental falls in hospitalizations. *Nagoya J Med Sci* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 23];79(3):291-8. Available from: [https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medlib/nagoya\\_j\\_med\\_sci/793/02\\_Kobayashi.pdf](https://www.med.nagoya-u.ac.jp/medlib/nagoya_j_med_sci/793/02_Kobayashi.pdf)
- Kalsing AA, Oliveira GG, Silva IS, Neris JC, Knorst MR, Urbanetto JS. Análise de fatores de risco de queda em idosos internados em um hospital terciário no sul do Brasil. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum* [Internet]. 2016 [citado 2019 Ago 29];13(1):48-60. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5733>
- Ministério da Saúde. Portaria No. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. *Diário Oficial da União*. 2013 Set 25;Seç. 1:113.
- Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Anexo 01: Protocolo de prevenção de quedas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
- Schiaveto FV. Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
- Reis LA, Nunes NS, Flôres CM. Risco de quedas em idosos: comparação entre a Fall Risk Store de Dowton e o teste de Timed Up And Go Test. *Interscientia* [Internet]. 2016 [citado 2020 Jan 23];1(3):28-38. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/45>
- Smith AA, Silva AO, Rodrigues RA, Moreira MA, Nogueira JA, Tura LF. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 22];25:e2754. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100318&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100318&lng=en)
- Falcão RM, Costa KN, Fernandes MG, Pontes ML, Vasconcelos JM, Oliveira JS. Risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 24];40(esp):e20180266. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180266.pdf>
- Cabral JV, Silva CM, Bispo DJ, Silva EM. Fatores de risco para quedas em idosos hospitalizados. *Holos* [Internet]. 2016 [citado 2017 Ago 29];32(3):328-37. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/2668>
- Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite IC. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2020 Fev 11];23(4):386-93. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2015000400386&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400386&lng=en)
- Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VL, Pinho LB, Lucena AF. Incidence of falls and preventive actions in a University Hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 22];52:e03308. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100405&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100405&lng=en)
- Morris R, O'Riordan S. Prevention of falls in hospital. *Clin Med (Lond)* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 24];17(4):360-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28765417/>
- Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus N, Carvalho CM, Magalhães LG. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 Jan 23];10(3):28-33. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2064/542>
- Pereira GN, Abreu RN, Bonfim IM, Rodrigues AM, Monteiro LB, Maria Sobrinho J. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jan 23];8(2):21-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/985>