

CAPÍTULO 2

ANÁLISE DA APLICABILIDADE DE *CHECK-LIST* COMO ESTRATÉGIA PARA RISCO DE QUEDA E SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAL PÚBLICO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 01/04/2024

Bruno Perez Felix

Centro Universitário IBMR

Rio de Janeiro – RJ

<https://lattes.cnpq.br/6555986588579695>

RESUMO: O risco de queda representa uma barreira na estratégia da eficiência na qualidade correlacionada a segurança do paciente. Os gestores e o trabalho das equipes multidisciplinares se tornam fundamentais para mitigação desse evento adverso. Indicadores, e propostas de protocolos são comuns na prática clínica, a comunicação, disseminação da informação e treinamento são fatores preditivos e fundamentais para o sucesso das ações. No tocante a prática propriamente dita se evidencia um distanciamento da teoria, principalmente o que está posto na gestão de risco observada pela ISO 31.000 da ABNT. Portanto, o estudo propôs a criação de um *check-list*, e que seu manejo fosse possível de ser utilizado por qualquer profissional da atenção terciária. Foi realizado um questionário para identificar o conhecimento dos profissionais do tema abordado, criação do *check-list*, como proposta de intervenção, e pesquisa bibliográfica com

o intuito de relacionar os estudos de caso com a literatura. Os resultados mostrados evidenciam uma grande prevalência de eventos adversos relacionados a queda do paciente, falta de conhecimento e/ou comunicação, e aplicabilidade de protocolos de gestão de risco relacionados a queda do paciente. Com base nos estudos de caso e experiência do autor na saúde foi feita uma análise utilizando a técnica *SWOT*, com o propósito de identificar possibilidades de melhoria, e estratégias para as ações verificadas pela equipe de gestores, não foi possível a implementação do *check-list*, sugere-se mais estudos relacionados ao tema, assim como, a aplicabilidade na prática da natureza desse estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Risco de queda; Segurança do paciente; *Check-list*; Gestão de risco.

ANALYSIS OF THE APPLICABILITY OF A CHECKLIST AS A STRATEGY FOR FALL RISK AND PATIENT SAFETY IN A PUBLIC HOSPITAL IN THE CITY OF RIO DE JANEIRO

ABSTRACT: The risk of falls represents a barrier in the strategy of quality efficiency correlated with patient safety. Managers and

the work of multidisciplinary teams are key to mitigating this adverse event. Indicators and proposed protocols are common in clinical practice, and communication, dissemination of information and training are predictive and fundamental factors for successful action. When it comes to the practice itself, there is evidence of a gap between theory and practice, especially with regard to risk management, as observed in ABNT's ISO 31.000. The study therefore proposed the creation of a checklist, which could be used by any tertiary care professional. A questionnaire was carried out to identify the professionals' knowledge of the subject, the checklist was created as a proposed intervention, and a bibliographical survey was carried out in order to relate the case studies to the literature. The results show a high prevalence of adverse events related to patient falls, a lack of knowledge and/or communication, and the applicability of risk management protocols related to patient falls. Based on the case studies and the author's experience in healthcare, an analysis was carried out using the SWOT technique, with the aim of identifying possibilities for improvement, and strategies for the actions verified by the management team. It was not possible to implement the checklist, further studies on the subject are suggested, as is the practical applicability of the nature of this study.

KEYWORDS: Fall risk; Patient safety; Check-list; Risk management

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação central na assistência à saúde, pois o paciente pode estar sujeito a diversos tipos de riscos durante sua permanência no hospital e também durante o atendimento. Entre esses riscos, destaca-se o risco de queda, que é uma das principais causas de lesão e/ou prolongamento da internação de pacientes hospitalizados. (ANVISA, 2021).

Queda é definida como um evento em que a pessoa, inadvertidamente, cai no chão ou em outro nível abaixo daquele em que se encontrava antes da ocorrência deste evento (SKELTON, TODD, 2004).

A queda pode levar a consequências graves, como traumatismos cranianos, fraturas, risco de infecções hospitalares, e até mesmo a morte. Portanto se torna de suma importância que os profissionais de saúde composta pela equipe multidisciplinar estejam cientes, informados e treinados acerca de protocolos e medidas preventivas com implementação tendo base evidências científicas que garantam a segurança do paciente e a redução de tal evento adverso durante o período de internação. (URBANETTO, *et al.*, 2016).

A segurança não significa garantia de cuidado integralmente qualificado, entretanto, é um dos pontos de alicerce a qualidade do atendimento à saúde, visto que os riscos inerentes ao atendimento nestes ambientes específicos são evidentes por si só (TRES *et al.* 2016).

Para evitar e/ou minimizar o risco desse evento adverso (EA), foi estabelecida pelo Ministério da Saúde uma normativa, a saber, RDC nº 36/2013, tratando também da criação e gestão do risco de segurança para o paciente assim como, da criação do núcleo de segurança do paciente nas organizações. Na Portaria GM/MS nº 529/2013, institui o

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Sua criação ocorreu logo após a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, tendo como resultado a recomendação da Organização das Nações Unidas (ONU), a preocupação dos Estados-Membros, sobre a temática.

A ISO 31.000 proposta pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), criou uma norma para gestão de riscos, tendo em sua essência alguns princípios e diretrizes, com processos sistemáticos em detalhes, traz recomendações para que as organizações desenvolvam, implementem e melhorem de forma continuada sua estrutura, tendo como finalidade integrar o processo de gestão de risco na governança, criando estratégias e planejamento para as ações, gerando processos de análise de dados, políticas, valores e cultura em toda a organização. (ABNT, 2009).

A falta de um protocolo estabelecido pela equipe multidisciplinar de um hospital, juntamente com a baixa ou pouca adesão dos profissionais sobre o tema, como informação, capacitação e treinamento, torna-se evidente a sensibilidade da temática, sendo latente o desenvolvimento de estratégias e disseminação do conhecimento com base no mundo científico para um amplo debate e discussão acerca da melhora no que diz respeito a segurança do paciente e o risco de queda, diminuindo assim o tempo prolongado de hospitalização e/ou riscos de infecção decorrentes da internação. Para tanto foi criado um programa de Metas Internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS), e Protocolos de Segurança do Paciente - Portarias 1.377/2013 e 2.095/201314-15.

Para responder e discutir sobre estas questões, o presente estudo apresenta como objetivo geral: Propor análise de um *check-list* para identificação de situações de risco de queda em Hospital público na cidade do Rio de Janeiro. E apresenta como objetivos específicos: a) Identificar os principais protocolos adotados para risco de queda em hospitais; b) Identificar as causas de risco de quedas; c) Analisar as principais causas de risco com base nos indicadores na literatura; d) Elaborar o check-list; e) Analisar a aplicabilidade do *checklist*, através do método *SWOT*.

O presente trabalho apresenta uma estratégia para segurança do paciente, e seu risco de queda em Hospitais. Tendo em vista a relevância do tema para a segurança do paciente, este estudo pretende contribuir para o despertar de um pensamento hegemônico à equipe multidisciplinar de assistência terciária à saúde, uma ampla discussão e troca de informação sobre a temática favorecendo um fluxo de decisões, cuidados relacionados ao paciente, e criação de modelos/protocolos replicados em diferentes nosocômios. Além de, contribuir e provocar novos estudos e reflexões de forma a favorecer pacientes não somente do setor público, mas também do setor privado em Hospitais a fim de reduzir os riscos associados a queda.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Essa pesquisa foi realizada após a visita em dois hospitais públicos na cidade do Rio de Janeiro e da aplicação de um questionário aos profissionais, via *Google Forms* como ferramenta de *brainstorming*, disponibilizado através de grupo de *WhatsApp*, com o objetivo de analisar a importância e os aspectos relacionados ao tema

Os hospitais estudados foram um Hospital Municipal da cidade do Rio de Janeiro, contando com 121 leitos, e um Hospital Federal da cidade do Rio de Janeiro, contando com 141 leitos, localizados na zona norte e zona sul respectivamente, do município do Rio de Janeiro na região metropolitana. O critério de escolha dessas unidades se deu pela relevância em demonstrar um dos princípios que regem o SUS, como o princípio da hierarquização e regionalização da saúde, e por serem localizados em áreas distintas da cidade e com desigualdades econômica e sociais.

Para o desenvolvimento deste estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, através do acesso as seguintes bases de dados: Google Acadêmico, DataSUS, Pubmed, Scielo, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca foi realizada por meio de acesso online, no período entre os meses de outubro de 2022 e fevereiro de 2023. Os artigos foram pesquisados a partir dos seguintes descritores: “Risco de queda”, “segurança do paciente”, “*check-list*”, e “gestão de risco”. Tendo como operadores booleanos utilizados, *and* e *or*.

O critério de inclusão foi determinado com os artigos relacionados ao tema, inclusive os de caráter multidisciplinar, como atuações da Enfermagem e/ou Fisioterapia, protocolos e recomendações do Ministério da Saúde, Organizações de Acreditação Hospitalar, artigos científicos de revisão e original. Para o critério de exclusão definiu-se os artigos que fugiram do tema abordado, dissertação de mestrado, tese de doutorado, trabalho de conclusão de curso de graduação, artigos de revistas ou de qualquer outro meio que não tenha caráter científico e que não estavam de acordo como objetivo deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Identificação dos principais protocolos adotados para segurança do paciente e risco de queda em hospitais

A ANVISA propôs um modelo teórico de gestão do risco sanitário baseado no monitoramento da implantação de práticas de segurança do paciente, em sua avaliação e gerenciamento dos eventos adversos (EA), vide figura 1.

A implantação de um núcleo de segurança do paciente se faz necessário para prevenção, e notificação dos EA.

AVALIAÇÃO DO RISCO			GERENCIAMENTO DO RISCO		
Identificação do risco pelo serviço de saúde	Análise pela Vigilância Sanitária	Avaliação pela Vigilância Sanitária	Ação pela Vigilância Sanitária	Monitoramento pela Vigilância Sanitária	Comunicação pela Vigilância Sanitária
Envio da Avaliação Anual das Práticas de Segurança do Paciente	Sorteio de serviços de saúde para inspeção <i>in loco</i> dos dados enviados Revisão dos dados enviados utilizando o "Instrutivo para Análise do Formulário de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente"	ALTA CONFORMIDADE Conformidade em 67%-100% de indicadores, inclusive os indicadores 1 (Núcleo) e 18 (Notificação)			Publicar anualmente lista dos serviços de saúde classificados como "Alta Conformidade" às Práticas de Segurança do Paciente Declaração de excelente desempenho aos serviços que cumprem 100% dos indicadores
		MÉDIA CONFORMIDADE Conformidade em 34%-66% dos indicadores	Solicitar adequação às Práticas de Segurança do Paciente com prazo definido		
		BAIXA CONFORMIDADE Conformidade em 0%-33% dos indicadores	Determinar adequação às Práticas de Segurança do Paciente com prazo definido	Monitorar cumprimento das metas no prazo estabelecido	
NÃO envio da Avaliação Anual de Práticas de Segurança do Paciente			Determinar o envio da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente com prazo definido		
Indicadores de implementação do Plano Integrado no município, estado/DF e nacional:					
↑ Estrutura: % de serviços de saúde conformes quanto à presença de Núcleos, Planos e Protocolos de Segurança do Paciente					
↑ Processo: % de serviços de saúde conformes quanto à adesão aos Protocolos					
↑ Práticas de Segurança do Paciente em geral: % de serviços de saúde classificados como alta conformidade					

Figura 1 - Modelo teórico de segurança do paciente e gerenciamento de risco

Fonte: ANVISA (2021)

O alinhamento da segurança do paciente está em comum acordo com o risco de quedas, o número de notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde, mostra que a queda representa a quarta maior incidência das notificações. Os dados mostrados são referentes ao ano de 2015, publicados no Boletim de segurança do paciente em 2016. Conforme figura 2.

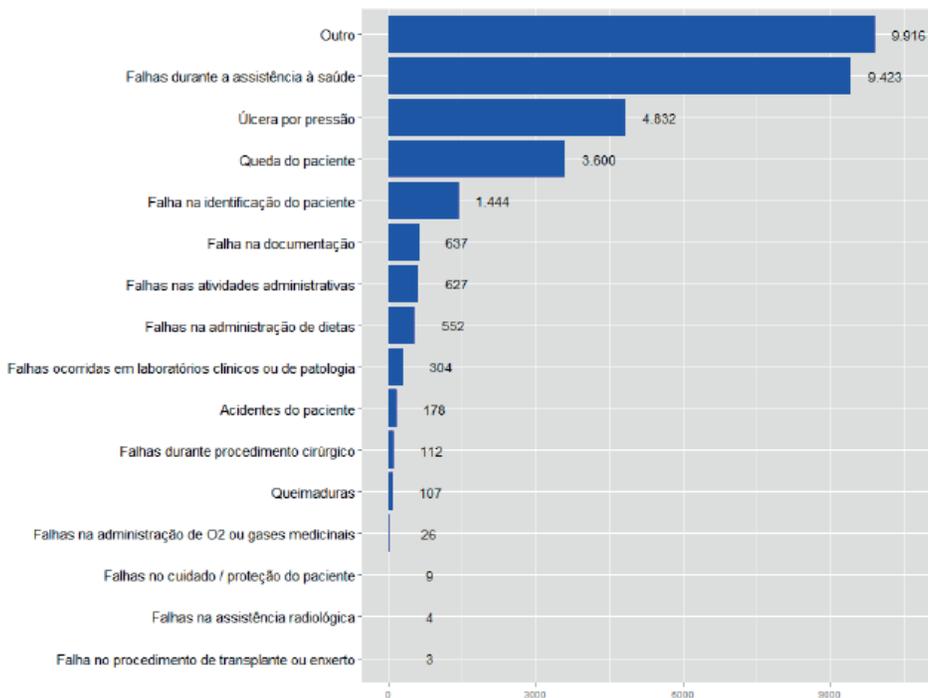


Figura 2 - Notificações de incidentes

Fonte: ANVISA (2016)

A escala de *Morse* é a escala mais utilizada para prevenção de quedas utilizadas no Brasil, ela sofreu uma adaptação e tradução transcultural para o português do Brasil, na sua versão original *Morse Fall Scale*, foi publicada em 1989, a partir da soma da pontuação de seis itens, recebendo uma classificação de risco de queda entre baixo, médio e alto risco de queda. (URBANETTO *et al.* 2016).

O programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP), protocolo de prevenção de risco de quedas, foi proposto pelo Ministério da Saúde, ANVISA, e FIOCRUZ, em 2014, e engloba o cálculo:

$$\text{Índice de Quedas: } \frac{\text{Número de quedas} \times 1.000}{\text{Número de pacientes/dia}}$$

Importante que esse dado esteja presente nas anotações do prontuário do paciente e seja amplamente divulgado com os gestores e líderes de setores, para seu acompanhamento, atualização, e análise dos EA que ocorrem em cada setor de forma isolada e na Instituição em geral, gerando desta forma indicadores para os EA relacionados a queda dos pacientes.

IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE RISCO DE QUEDAS

O boletim da ANVISA, demonstra que os tipos de quedas estão correlacionados a perda de equilíbrio, escorregar, desmaio, tropeçar, entre outros, sendo a perda de equilíbrio o de maior relevância e notificação (figura 3), o local da queda, mostra que esses EA acontecem principalmente na cama, banheiro, cadeira, enquanto transportado/apoiado por outro indivíduo, na maca, em escadas ou degraus, berço, ou em uso de equipamento terapêutico/diagnóstico, sendo o evento relacionado a cama o de maior notificação, com 1.390 incidentes, os outros eventos estão listado na figura 4.

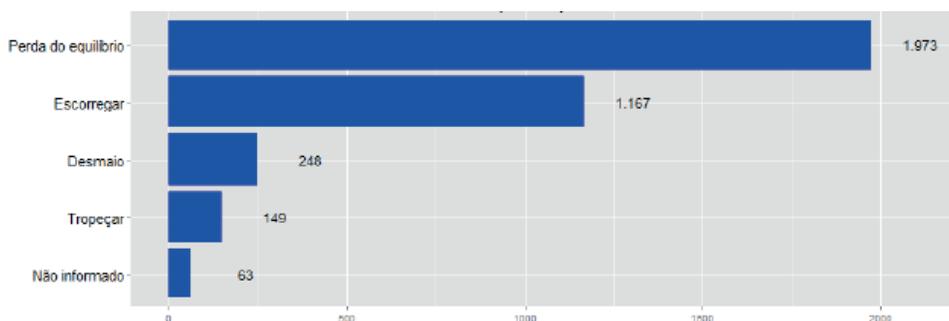


Figura 3 - Tipos de quedas registrados no boletim

Fonte: ANVISA (2016)

Impende salientar as ações definidas na Portaria GM/MS nº 529/2013, que institui o PNSP, a saber: definir ações a partir de um incidente; ações como fatores de mitigação que previnam ou moderem a progressão de um incidente, tomadas depois da incidência de um erro; ações de melhoria ou aprimoramento ou compensatórios para qualquer dano ao paciente depois de um incidente; ações de redução de riscos, prevenir a ocorrência de um mesmo incidente ou incidente similar; ações para identificação da realidade e do perfil assistencial do ponto de atenção. (FIOCRUZ, 2014).

Os fatores de riscos podem ser estratificados pelo perfil demográfico, psicocognitivos, condições de saúde e presença de doenças crônicas, a funcionalidade do paciente, comprometimento sensorial, equilíbrio corporal (relacionados a marcha), uso de medicamentos, obesidade severa, e história prévia de quedas. (ANVISA, 2017).

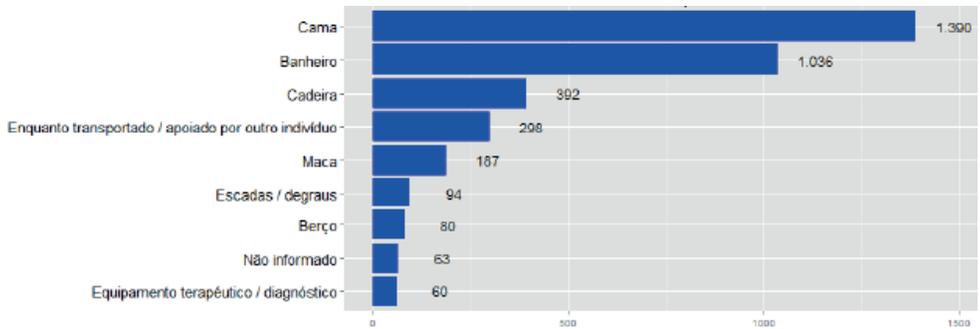


Figura 4 - Local da queda

Fonte: ANVISA (2016)

Outro aspecto observado foram, falhas na identificação do paciente, sendo a ausência de pulseira representada por 777 notificações, seguida de troca do nome, falta de identificação no leito, e em terceiro, mais de uma das duas falhas citadas anteriormente, num total de 1.444 notificações. (Vide figura 5).

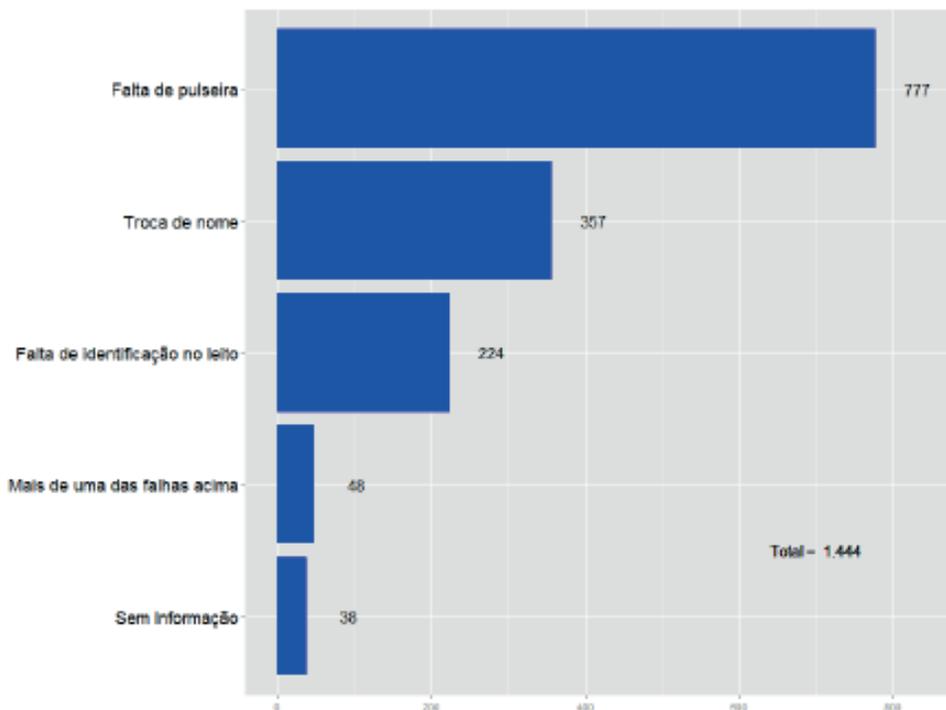


Figura 5 - Falhas na identificação do paciente

Fonte: ANVISA (2016)

Foi elaborado em 2021, um guia de orientações para preenchimento da avaliação de práticas seguras do paciente pela ANVISA, em 2021, com cessão de formulário, orientações de implantação dos aspectos não conformes, e adequação as práticas seguras em relação ao paciente. Sendo criado 13 indicadores, dentre eles o item 15 traz risco de queda a ser observado. Essa planilha deve ser preenchida e anexada no Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de segurança do Paciente, mostrado na figura 6:

Nome do Hospital:		Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):			
NÚMERO DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS	NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE	DATA DE SAÍDA (alta, óbito ou transferência)	QUESTÃO 14: LESÕES POR PRESSÃO Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.	QUESTÃO 15: QUEDA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.	QUESTÃO 16: LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
		TOTAL	0	0	0

Figura 6 - Planilha de conformidade de indicadores de processo – práticas de segurança do paciente
Fonte: ANVISA (2021)

As quedas em hospitais são multifatoriais, em alguns casos sendo difícil sua identificação, ou especificação de uma causa isolada, sendo necessário analisar cada caso, porém a literatura aponta alguns fatores importantes, conforme lista na Tabela 1:

Características	Definições
Fraqueza muscular	Pacientes acamados, ou com déficit de mobilidade, podem apresentar um risco maior de quedas, principalmente os desorientados
Medicamentos	A administração de alguns medicamentos pode alterar momentaneamente o nível de consciência e orientação
Ambiente inseguro	Seja por falta de iluminação adequada, mobiliário ou mesmo equipamento específicos, como maca, equipo, podem ser obstáculos e favorecer o risco de queda
Falha na comunicação	Pode ocorrer falta de treinamento, ou desleixo na troca de informações pelos profissionais envolvidos no atendimento
Sobrecarga de trabalho	O descanso inadequado ou insuficiente, assim como colaboradores com mais um emprego, pode contribuir um ambiente favorável para a falta de atenção e aumentar a negligência durante a avaliação de potenciais riscos de quedas que o paciente pode apresentar no momento de sua intervenção

Tabela 1 - Identificação das causas de risco de quedas

Fonte: Kumar (2018)

É responsabilidade compartilhada a prevenção, tanto pelos profissionais, como pelos familiares e cuidadores.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a principal causa de quedas de pacientes em hospitais é a fraqueza muscular, como consequência da idade ou da doença no momento, graus de comprometimento cognitivo, desorientação, seja ela temporal ou espacial, uso de medicamentos e/ou sedativos, déficit de coordenação ou equilíbrio, posicionamento de forma inadequada, no leito ou fora dele, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, falta de comunicação entre os colaboradores, sendo primordial o treinamento, orientação ao paciente, seus familiares e cuidadores e desenvolvimento de estratégias de prevenção a quedas, com seu respectivo gerenciamento. (ANVISA, 2017).

Nos hospitais estudados foram observados ambientes inseguros, profissionais com sobrecarga de trabalho, seja por motivos de trabalhos em outra instituição, seja por motivo de cobrir faltas na equipe no dia do seu plantão, a comunicação também foi algo importante para se relatar, nem todos possuem o mesmo conhecimento acerca dos protocolos e políticas internas sobre segurança do paciente, inclusive sobre como mensurar a avaliação e realizar as anotações em prontuário de cada paciente.

ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE RISCO COM BASE NOS INDICADORES NA LITERATURA

Com base nos relatos encontrados na literatura pode-se perceber que a segurança do paciente e seu potencial risco de queda é determinado por questões multifatoriais, devendo ser analisado cada caso concreto em específico, para que se possa determinar a especificidade da queda.

A fraqueza muscular caracterizada pelo tempo de internação e/ou pela doença atual parece ser um fator relevante, pois mostra a presença que a Síndrome do imobilismo, causada pela diminuição ou ausência da mobilidade do paciente gerar o déficit motor atual.

Os medicamentos podem apresentar uma barreira na lucidez, orientação temporal e espacial do paciente, sendo ponto de atenção para a tomada de decisão às transferências ou mobilizações por parte dos profissionais. A prescrição médica é um documento importante a ser analisado pelos profissionais, em caso de não conhecimento de efeitos adversos ocasionados por sua administração, a equipe médica deverá ser acionada imediatamente. (LEE e PARK, 2018).

Todo ecossistema que o paciente está inserido pode apresentar algum grau de risco de acidente, ambientes com iluminação precária e/ou insuficiente, ambiente com higienização deficitária, mobiliário, móveis e/ou imóveis, tipo de piso, temperatura local, espaço adequado para o manejo, retirada do leito e volta para o leito, representa potencial insegurança ao paciente para a prevenção do risco de queda.

Equipes mal treinadas, ou gestores não alinhados aos protocolos de ação, e integração de profissionais de categorias diferentes, gerará erro na troca de informação tanto entre as equipes, quanto para familiares e cuidadores, gerando pontos falhos que poderão contribuir ao insucesso do atendimento.

Os colaboradores que tenham um descanso reduzido ou insuficiente, seja por excesso de trabalho em determinada instituição, ou por acúmulo de empregos, contribuirá para uma falta de atenção ao manejo do paciente, assim como, não garantirá comprometimento em cada fase do procedimento, a fim de mitigar eventuais distrações. (FIOCRUZ, 2014).

Não foi possível uma análise detalhada dos hospitais estudados acerca da identificação das causas do risco de quedas com indicadores, em pesquisa realizada no DATASUS, sistema de tecnologia da informação a serviço do SUS, também não há dados específicos de unidades hospitalares (regionais) sobre o tema proposto.

ELABORAÇÃO DO *CHECK-LIST*

Apresenta-se como estratégia para segurança do paciente e risco de queda o preenchimento, interpretação e constante análise dessas etapas na Tabela 2. A construção dessa tabela foi estabelecida pela leitura da literatura, principalmente na Escala de *Morse*, que é a mais utilizada.

Esse modelo de avaliação poderá ser analisado em reuniões periódicas, em equipe multidisciplinar, para que possa ser aprimorada, revisitada, reescrita e interpretada por todos os profissionais envolvidos no manejo do paciente, principalmente àqueles classificados com alto risco pela Escala de *Morse*.

A presença e participação dos familiares e cuidadores deve ser considerada na análise e interpretação das ações da equipe, e deve ser praxe a orientação e atualização do quadro do paciente em situações que aumentem ou agravem os riscos de desenvolvimento de situações de risco, a avaliação é dinâmica, individualizada para cada caso em específico, não devendo ser submetido comparações com outros pacientes, nem com outras famílias.

Os hospitais do estudo não participaram na criação do *check-list*, o trabalho pretendeu oferecer uma proposta de elaboração de um guia para que seja implementado como rotina pelas equipes na avaliação e monitoramento da segurança do paciente e risco de queda.

A seguir (tabela 2), propõe-se uma ferramenta de avaliação de uso comum pelos profissionais, podendo ser aplicada em qualquer setor hospitalar, seja nas enfermarias, ou nos centros de terapia intensiva (CTI), ou mesmo na emergência, durante todas as fases de internação do paciente no hospital, internação, pré-cirúrgico, pós-cirúrgico, antes da alta hospitalar.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	NOME COMPLETO, MOTIVO DA INTERNAÇÃO E TEMPO DE INTERNAÇÃO	ATENDE	ATENDE PARCIALMENTE	NÃO ATENDE	NÃO SE APLICA
Anamnese	Realizar diretamente com o paciente e/ou familiares e cuidadores no caso da impossibilidade relacionadas ao nível de consciência e colaboração do paciente				
Histórico do prontuário do paciente	Coletar todas as informações disponíveis em prontuário e prescrição médica que possam ter relevância à segurança do paciente e seu risco de queda, Ex. Medicamento que alteram estado vigíl.				
Entrevista com profissionais de outras categorias	Buscar outros profissionais que já tenham realizado algum contato com o paciente ou seus familiares, objetivando agregar a sua avaliação a visão de outros colegas				
Realizar as avaliações dos sinais vitais	Proceder a avaliação dos sinais vitais, e saturação de oxigênio				
Estratificação de risco	Sugere-se maior atenção a pacientes neurológicos, pneumopatas, cardiopatas, pós-cirúrgicos de membros inferiores, traumatológicos e vasculares				
Mobilidade do paciente	Avaliar o grau de força muscular (<i>MRC</i>), nível de mobilidade no leito (<i>FSS</i>), descritos nos itens 3.4.1 e 3.4.2 respectivamente				
Trabalho em equipe	Caso julgue necessário, peça auxílio a algum profissional na hora de retirar o paciente do leito, mesmo que seja para o próprio ambiente. Ex. Levá-lo ao sanitário				
Ambiente no qual o paciente está inserido	Observar a presença de obstáculos, iluminação do local, o tipo de piso e presença de barreiras, móveis ou imóveis, e a temperatura do local				
Vestuário	Analisar o tipo de roupa que o paciente está fazendo uso, se pode apresentar algum risco e se está compatível com o ambiente				
Classificação do paciente	Classificar o risco de queda de acordo com a Escala de <i>Morse</i>				
Comunicação e informação	Orientar ao paciente o que ele pode ou não fazer sozinho, com supervisão ou sem supervisão, dos familiares ou somente com outros profissionais da saúde				
Percepção de esforço	Utilizar a Escala de <i>Borg</i> para essa avaliação, descritas no item 3.4.3				
Avaliação da própria conduta	Realizar reflexões sobre seu atendimento e identificar pontos de melhoria				
Paciência	Trabalhe seu tempo, para não realizar essa avaliação com pressa e falta de atenção				

Feedback	Peça retorno sobre sua conduta àqueles que observaram suas condutas durante esse processo				
Outros fatores que julgue importante	Espaço para inserir outras avaliações não contempladas nesse <i>check-list</i>				

OBS. Todo *check-list* deve ser interpretado em conjunto.

Tabela 2 - *Check-list* para segurança do paciente e risco de queda

Fonte: Próprio autor (2023)

Deve ser avaliado em cada caso se os critérios: atendem, atendem parcialmente, não atendem ou não se aplica, durante a avaliação individualizada do *check-list*.

Pontos de melhoria, sugestões, reuniões periódicas, geração de indicadores, para análise comparativa e evolutiva de ocorrências e estratégias para mitigar a continuidade deste evento adverso, deve ser considerada e discutida por uma equipe multidisciplinar.

A gestão de risco representa as atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização no que se refere a riscos (ABNT, 2009). No tocante a implementação de protocolos e estratégias para minimizar este evento adverso apresenta-se um guia ou *check-list* como sugestão para a sua aplicabilidade e por ser possível ser realizado por qualquer profissional habilitado e atuante na atenção terciária, seja no setor público ou privado, como estratégia para segurança do paciente e risco de queda.

No que se refere a alguns protocolos de avaliação, como mobilidade e percepção de esforço, é importante o conhecimento dos profissionais acerca das escalas *Medical Research Council (MRC)*, *Functional Scale Score (FSS)*, *Borg* adaptada, que não deve ser de aplicação personalíssima da equipe de Fisioterapia, e/ou médica. Com base no *check-list* proposto, é abordado abaixo a utilização das Escalas *MRC*, *FSS*, e Escala de Percepção de *Borg* adaptada, que integram a avaliação do *check-list*, conforme Tabela 2.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC)

Problemas decorrentes da imobilidade podem complicar uma doença primária ou trauma, ou se tornar um problema maior que a desordem primária (GUEDES, 2018), a imobilidade associada a fraqueza muscular pode se tornar um problema durante a internação hospitalar, esses fatores isolados ou associados aumentam as chances de um EA, como a queda.

No item mobilidade do paciente (tabela 2), é proposto a avaliação do grau de força muscular do paciente através da Escala *MRC*, que não requer instrumento, é simples e rápida a sua avaliação. Ela é composta de seis movimentos realizados pelo paciente e quantificado pelo profissional avaliador, quais sejam: abdução do braço, flexão de antebraço, extensão do punho, flexão do quadril, flexão do joelho e flexão dorsal do pé, todos esses movimentos sendo realizados bilateralmente e somados. O Score da escala vai de 0 a 60 pontos, classificando assim a gravidade de fraqueza muscular global do

paciente. Para cada movimento o score mínimo é de 0 pontos a 5 pontos de acordo como descrito na Tabela 3, (NICOLA, 2015).

Grau de força muscular	Movimento esperado
0	Ausência de contração e/ou movimento articular
1	Mínima contração muscular, sem movimento articular
2	Mínima contração muscular, com movimento articular, porém não vence a gravidade
3	Mínima contração muscular, com movimento articular, vence a gravidade
4	Movimentos ativos contra a gravidade e uma leve resistência
5	Normal

Tabela 3 - Escala *MRC* – para grau de força muscular.

Fonte: Revista Brasileira de terapia intensiva (2017)

FUNCTIONAL SCALE SCORE (FSS)

A Escala *FSS*, foi traduzida e adaptada para o português do Brasil, com o objetivo de se avaliar o grau de mobilidade de pacientes internados em UTI, essa ferramenta envolve cinco tarefas funcionais, a saber: rolamento no leito, transferir-se da posição supina para sentada, sentar-se à beira do leito, transferir-se da posição sentada para em pé, e deambular. Na Tabela 4 foi descrito a pontuação para cada tarefa pode variar de 0 a 7 pontos, quanto menor a pontuação do paciente, maior será sua dificuldade de mobilidade, logo, evidenciará em potencial risco de queda, ou seja, se o paciente atingir 35 pontos (pontuação máxima na escala), apresenta baixo risco associado à sua mobilidade e transferências. (SILVA *et al.*, 2017).

Score	Definição
0	Incapaz de tentar ou conduzir a tarefa completa em razão da fraqueza
1	Dependência total
2	Assistência máxima (o paciente realiza $\leq 25\%$ do trabalho)
3	Assistência moderada (o paciente realiza 26% - 74% do trabalho)
4	Assistência mínima (o paciente realiza $\geq 75\%$ do trabalho)
5	Apenas supervisão
6	Independência modificada
7	Independência total

Tabela 4 - Pontuação para a *Functional Scale Score*, grau de mobilidade do paciente.

Fonte: Revista Brasileira de terapia intensiva (2017)

No Score 6, leia-se independência modificada, a utilização de algum dispositivo que auxilie o paciente durante a execução da tarefa, tais como, bengala, andador, ou mesmo segurar na grade do leito para realizar a mudança de decúbito.

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESFORÇO ADAPTADA DE BORG

Essa escala foi criada com objetivo de se avaliar o grau de esforço percebido pelo paciente em relação a carga de trabalho que lhe é imposta pelo exercício, não requer grandes habilidades para sua implementação, sendo subjetiva o score dado pelo paciente (SILVA *et al.*, 2011). A interpretação realizada pelo avaliador, porém, durante a avaliação da mobilidade do paciente, se torna uma ferramenta importante para quantificar o grau de esforço percebido. Recebe a pontuação de 0 a 10 pontos, onde quanto mais próximo de 10 maior será o esforço percebido pelo paciente da tarefa em questão.

ANÁLISE A APLICABILIDADE DO CHECKLIST, ATRAVÉS DO MÉTODO SWOT

Análise *SOWT* é uma técnica de análise estratégica utilizada por diferentes organizações, equipes, empresas, instituições, com o foco em analisar as principais forças (*strenghts*), suas fraquezas (*weaknesses*), oportunidade (*opportunities*) e ameaças (*threats*), na criação ou implementação de algum projeto, produto, serviço ou estratégia de negócios. (KOTLER e KELLER, 2012).

Essa análise pode ser realizada a partir da identificação de fatores internos e externos, que consigam mapear e estratificar possíveis pontos positivos como negativos, com o objetivo de criar soluções e estratégias para mitigar as fraquezas e ameaças, assim como potencializar as forças e oportunidades verificadas, tornando a aplicabilidade do projeto mais eficiente e eficaz pela organização.

É uma ferramenta útil para ser aplicada em diferentes contextos, e planejamento organizacional, elencando inclusive vantagens e desvantagens a uma situação específica, contribuindo assim para uma melhor decisão por parte da equipe que a implementou, gerando dados para sua análise. (CHIAVENATO, 2014).

Tendo como base a descrição da ferramenta na literatura e sua aplicabilidade, foi realizada uma análise *SWOT* demonstrando a aplicação dessa ferramenta do ponto de vista hospitalar, conforme demonstrado na figura 7.

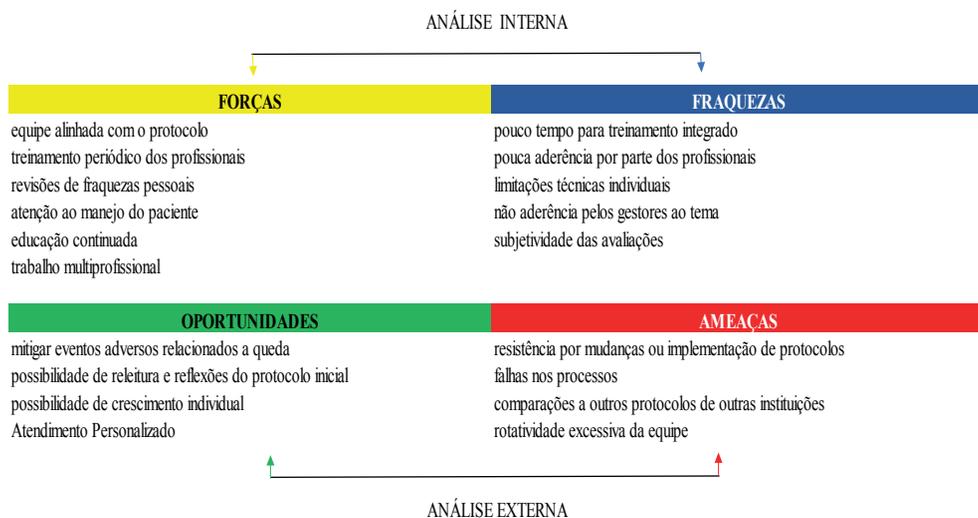


Figura 7: Análise SWOT do *check-list*

Fonte: Próprio autor (2023)

Sugere-se reaplicar essa análise, sempre que ocorrer um EA que possa modificar alguma tomada de decisão da equipe, como a queda do paciente propriamente dita, troca de colaboradores, seja àquele responsável pelo manejo do paciente e/ou algum líder de equipe.

Busca-se com essa proposta minimizar o risco de queda dos pacientes, principalmente os da atenção terciária, criar um pensamento hegemônico dos profissionais envolvidos na conduta, priorizar a segurança do paciente e seu bem-estar. Integração dos profissionais envolvidos e aplicação em outros níveis de atenção à saúde, seja na atenção primária ou secundária, no sistema de saúde público ou privado.

CONCLUSÃO

A segurança do paciente é um tema que deve ser abordado constantemente por todos envolvidos na área da saúde, a queda representa um evento que pode ser evitado com medidas de prevenção, principalmente pela implementação de protocolos/estratégias, treinamento, divulgação e engajamento multidisciplinar, comunicação e revisão constante dos pontos sensíveis a queda.

Sua causa é multifatorial, e dependente de variáveis para identificação específica do seu fechamento, ou seja, a queda. Recomenda-se a implantação do Núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde (NSP).

Os hospitais do estudo, embora possuam núcleo de segurança do paciente, não possuem um *check-list*, nem uma análise de risco de queda dos pacientes visando a melhoria dos processos internos e planejamento de ações voltadas aos EA.

Entretanto, pela ausência desse tipo de avaliação e planejamento da temática aqui proposta, espera-se que os gestores analisem a confiabilidade dos dados na literatura sobre esses EA, busquem refletir e analisar a proposta aqui exposta, para a aplicação do *check-list* do estudo por uma equipe multidisciplinar, evitando possíveis situações de risco.

Com base neste estudo, sugere-se que sejam realizadas avaliações periódicas do *check list* através da ferramenta *SWOT*, gerando possibilidades de melhorias nos processos e conseqüentemente aprimoramento das estratégias utilizadas pelos líderes, equipes e gestores.

Portanto, este estudo tem papel importante já que oferece subsídios informativos para a melhoria relacionada a segurança do paciente, além de estimular a prática de identificação de risco de queda. Espera-se que este estudo contribua com mais pesquisas relacionadas ao tema, e principalmente que seja possível a aplicação desse *check-list* proposto em hospitais públicos como também privados.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Prevenção de quedas de pacientes em serviços de saúde**. Brasília, 2017.

Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. **Gestão de riscos** – Princípios e diretrizes. ISO 31000. ABNT, 2009.

Boletim Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde – **Incidentes relacionados à assistência à saúde, Gerência geral de tecnologia em serviços e saúde** GGTES, Brasília, ANVISA, 2016.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração: teoria, processo e prática**. Elsevier, 2014.

GUEDES, *et al.* **Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos, uma Revisão**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, V. 21, n.4, p. 516-532, 2018.

Documento de referência para o Programa Nacional de segurança do Paciente, Ministério da saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2014.

KOTLER, Philip; KELLER, Kevin Lane. **Administração de marketing**. Pearson Prentice Hall, 2012.

KUMAR, Sheo Dutt; JAIN, Anuja. **Hospital-acquired infections: Risk factors, prevention, and control**. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. V. 43, n. 3, p. 115, 2018.

LEE, Kye-Hoon; PARK, Soon Jung, *et al.* **Characteristics of falls in hospitalized patients and barriers to fall prevention**. *Journal of clinical nursing*. V.27, n. 3-4, p. e532-e539, 2018.

Nicola Latronico; Rik Gosselink. **Abordagem dirigida para o diagnóstico de fraqueza muscular grave na unidade de terapia intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2015.

Orientações para preenchimento da avaliação das práticas de segurança do paciente, **Gerência de Vigilância e Monitoramento em serviços de saúde**, GGETS, ANVISA, Brasília, 2021.

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), **Protocolo Prevenção de Quedas**. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz. PROQUALIS, 2014.

SILVA, *et al.* Escalas de borg e omni na prescrição de exercício em cicloergômetro. Revista Brasileira de cineantropometria & desempenho humano, 2011.

SILVA, *et al.* **Versão brasileira da Escala de Estado Funcional em UTI: tradução e adaptação transcultural**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2017.

TRES, *et al.* **Qualidade da assistência e segurança do paciente: Avaliação por indicadores**. Cogitare Enfermagem, v. 21, 2016.

URBANETTO, *et al.* **Análise da capacidade de predição de risco e validade da Morse Fall Scale versão brasileira**. Revista gaúcha de Enfermagem, 37(4), 2016.