

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MELINA FARIAS SILVA**

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA QUEDA DE  
CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR**

**PORTO ALEGRE**

**2015**

MELINA FARIAS SILVA

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA QUEDA DE  
CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Koja Breigeiron

PORTO ALEGRE

2015

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Professora Márcia Koja Breigeiron que já me acompanha há bastante tempo, desde a época que era estagiária do SEPED, e por ter aceitado meu convite para me orientar no TCC. Mesmo com todos os desesperos e correrias, hoje eu vejo que quando ela falava “fica tranquila que tudo vai dar certo”, era verdade.

As unidades de internação de pediatria, em especial ao 10º Norte, que tenho um carinho muito especial por todos, pois sempre me receberam muito bem e me auxiliaram durante o meu período de coleta e busca pelos pacientes.

A Enfª Vivian por ter me ajudado a enxergar o quanto enorme é minha paixão pela pediatria, pelos ensinamentos, dedicação e carinho com os pacientes e, não menos importante, pelas risadas e momentos de descontração.

A minha colega de enfermagem e amiga Paula, que dividiu bons momentos durante a graduação, e também alguns não tão bons, como os de tensão pelo TCC e os cansativos ao longo dos Estágios curriculares. Com certeza iremos dividir mais momentos após a graduação.

A minha família, que sempre me apoiou muito antes do início da graduação; desde a época do cursinho estiveram ao meu lado e diziam que eu era capaz.

Ao meu namorado Rafael, amigo e companheiro de todas as horas, por estar dividindo comigo esse momento tão especial e por ter sido extremamente paciente e compreensivo nos meus momentos de ausência. E, também, agradeço por até ter me ajudado a estudar para as provas e na realização de trabalhos durante a graduação.

E, em especial aos meus pais, pois sem eles essa conquista hoje não teria sido possível, assim como todas até hoje. Obrigada por sempre terem me incentivado e me apoiado nos momentos mais difíceis! Obrigada por sempre terem investido na minha educação, a qual me permitir ingressar e me formar em uma universidade federal. Por tudo isso, e muito mais, não existe palavras para dizer o quanto eu os amo!

*“O futuro pertence àqueles  
que acreditam na beleza de seus sonhos”.*

*(Eleanor Roosevelt)*

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	7
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
4 MÉTODOS.....	11
4.1 Tipo de estudo.....	11
4.2 Cenário do estudo.....	11
4.3 Amostra.....	12
4.4 Tamanho amostral.....	13
4.5 Coleta dos dados.....	13
4.6 Análise dos dados.....	14
4.7 Aspectos éticos.....	14
REFERÊNCIAS.....	16
ARTIGO ORIGINAL.....	19
Apêndices A – Instrumento de coleta de dados I.....	43
Apêndices B – Instrumento de coleta de dados II.....	45
Apêndices C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
Anexo A – Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais.....	47
Anexo B – Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	48
Anexo C – Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa – Plataforma Brasil.....	49
Anexo D - Normas da Revista Gaúcha de Enfermagem.....	50

## 1 INTRODUÇÃO

A rapidez da tecnologia e da informação do mundo atual faz com que profissionais, especialmente os da enfermagem, tenham a necessidade de atualização e aprimoramento dos processos de trabalho com o intuito de garantir a qualidade dos cuidados destinados aos pacientes (VITURI; MATSUDA, 2009). Neste contexto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem se encontra atrelada à modernidade, para que práticas e processos inerentes ao cuidado assistencial sejam sistematizados.

Assim, avaliar a qualidade da assistência de enfermagem por meio de indicadores pode ser útil, não somente para a melhoria do cuidado, mas, também, como uma ferramenta de detecção de aspectos que possam ser melhorados na assistência diária (VITURI; MATSUDA, 2009). Deste modo, a busca pela qualidade assistencial e, sobretudo, pela segurança do paciente internado em instituições de saúde vem sendo objeto de estudos e projetos propostos por organizações não governamentais, incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS), com vistas à diminuição de erros, riscos e danos ao paciente (COSTA et al, 2011).

A melhora contínua da qualidade assistencial é considerada um processo dinâmico e exaustivo, que visa à identificação constante dos processos de trabalho da equipe de enfermagem, possibilitando, assim, avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (SILVA et al, 2009).

O conhecimento de determinantes de saúde, que possam influenciar no processo de cuidado de crianças, é fundamental para o adequado planejamento e implementação de estratégias efetivas na melhoria de condições de saúde na área infantil (FRICHE et al., 2006). Com isso, torna-se importante identificar as informações sobre os eventos adversos, decorrentes do tempo de internação, a fim de contribuir para a melhoria contínua na qualidade assistencial.

Tendo como base as discussões que vêm surgindo sobre o assunto, o tema segurança do paciente está relacionado diretamente à redução das taxas de eventos adversos que sejam passíveis de prevenção, como a ocorrência de quedas, as quais podem ser decorrentes de fatores intrínsecos e extrínsecos dos pacientes, constatadas no ambiente hospitalar.

A queda, como evento adverso, constitui um grande desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência na área da saúde e compromete a segurança do paciente (PAIVA et al, 2010).

Para tanto, conhecer os agentes desencadeadores de quedas torna possível determinar ações de prevenção diretamente sobre os mesmos (MARTINS; ANDRADE, 2010), onde medidas de segurança capazes de reduzir ou, até mesmo, evitar as quedas, possam ser aplicadas. A identificação dos fatores envolvidos e a análise das ocorrências de quedas podem contribuir no planejamento de medidas preventivas para a redução desse agravo.

Em pediatria, as quedas têm sido apontadas como o tipo de acidente mais frequente, sendo a principal causa de atendimento hospitalar e de internação (BARACAT, 2000; FILÓCOMO, 2002; HARADA, 2000). A idade das crianças influencia a causa das lesões, sendo que as quedas aparecem em grande proporção nas faixas etárias mais baixas, enquanto que os acidentes de transporte ultrapassam as quedas a partir dos 10 anos de idade (WAKSMAN, 2004).

Além de gerar custos sociais, econômicos e emocionais, as quedas são responsáveis por grande parte dos traumatismos não fatais, como por exemplo, os *déficits* neurológicos decorrentes de traumatismos crânio encefálicos (HAMLEY et al, 2002).

Estudos específicos sobre os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem risco de quedas em pediatria são escassos. Deste modo, torna-se essencial ampliar o conhecimento acerca de fatores que possam desencadear o evento adverso da queda em crianças, a fim de favorecer a realização de ações de prevenção deste evento.

Então, como acadêmica de enfermagem e estagiária assistencial na Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pude perceber o quanto significativa era a participação dos pais nos cuidados com os filhos. Mas para que isso fosse possível, o estímulo da equipe de enfermagem, concomitante com as orientações dadas pela enfermeira na admissão até a alta hospitalar, sempre foram fundamentais para tornarem os familiares aptos a contribuírem com a prevenção de eventos adversos.

A fim de proporcionar um cuidado mais específico para a prevenção de quedas no ambiente hospitalar, interessou-me identificar os fatores de risco que possam contribuir com a ocorrência deste evento, e assim ter um olhar mais focado nos fatores mais recorrentes.

Destaca-se a importância da realização deste estudo, considerando os benefícios para as crianças e suas famílias, bem como à equipe multidisciplinar, no sentido de favorecer a concretização de subsídios científicos para um panorama da problemática. Assim, este estudo poderá possibilitar uma reflexão sobre as atividades assistenciais da equipe multidisciplinar na busca de estratégias que garantam maior segurança à população infantil.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Identificar os fatores de risco para a queda de crianças em ambiente hospitalar.

### **2.2 ESPECÍFICO**

- ✓ Conhecer os aspectos etiológicos das quedas ocorridas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, denomina-se criança a pessoa com idade de até doze anos incompletos (BRASIL, 1990). Entretanto, ser criança é muito mais do que um simples parâmetro de idade, refere-se a um estado de felicidade e tranquilidade, desfrutando de condições propícias ao desenvolvimento (FROTA, 2007).

A infância é uma fase repleta de fantasia e de liberdade, e espera-se que a criança viva situações de saúde. Porém, quando a criança se depara com a condição de doença, a sua reação diante dessa experiência desconhecida pode lhe trazer sentimentos de culpa, medo, angústia, depressão e apatia, e ameaçar a rotina do seu dia-a-dia (VIEIRA; LIMA, 2002).

A criança quando adoece e, em consequência, precisa ser hospitalizada, fica mais frágil e sensível emocionalmente, podendo ser afetada em uma etapa importante do desenvolvimento (LEWIS; WOLKMAR, 1993). Por muitas vezes, o ambiente hospitalar é um local aterrorizante para a criança, sendo que neste não há nada com que ela possa identificar-se, fazendo associações com suas experiências anteriores; assim, soma-se a isto, o fato da sua debilitação física e emocional, o que torna a situação ainda mais difícil (OLIVEIRA; DIAS; ROAZZI, 2003).

O ambiente hospitalar oferece inúmeros riscos para a segurança do paciente, caracterizados pelos eventos adversos que podem resultar em efeitos negativos aos pacientes (SILVA, 2012). Em consequência disso, a assistência ao paciente é constantemente ameaçada pela probabilidade de ocorrerem incidentes durante sua permanência no hospital (SOUZA et al., 2014).

De uma maneira geral, os principais fatores de risco à segurança do paciente abrangem diversas questões, tais como: falibilidade humana, problemas existentes no sistema de saúde, dispositivos e equipamentos inadequados para a assistência, comunicação ineficaz entre os membros da equipe, dimensionamento inadequado de pessoal, alta carga de trabalho, e conhecimento restrito ou desatualizado sobre segurança do paciente (JIRAPAET; JIRAPAET; SOPAJAREE, 2006).

Pensando em reduzir os eventos adversos e melhorar a segurança do paciente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2005 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente onde apresenta as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Tais metas têm o propósito de promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência. As metas são definidas como: 1ª) Identificar os pacientes corretamente; 2ª) Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3ª) Melhorar a segurança das

medicações de alta vigilância; 4ª) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5ª) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; 6ª) Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas (WHO, 2008).

A preocupação com a ocorrência de queda encontra-se inserida na sexta meta, das seis metas propostas pela OMS. Para tanto, a queda é definida como um evento não planejado que levou o paciente ao chão, apresentando ou não lesão (PAIVA et al, 2010).

A sexta meta, que se refere a minimizar o risco de lesões, decorrentes de quedas, tem por objetivo implementar medidas para reduzir as chances de queda para aqueles pacientes avaliados como de risco. Segundo a sexta meta, existem doze fatores de risco para ocorrência de queda, que são: idade menor que cinco anos ou maior que 65 anos; agitação/confusão; *deficit* sensitivo; distúrbios neurológicos; uso de sedativos; visão reduzida (glaucoma, catarata); dificuldades de marcha; hiperatividade; mobiliário (berço, cama, escadas, tapetes); riscos ambientais (iluminação inadequada, pisos escorregadios, superfícies irregulares); calçado e vestuário não apropriado; bengalas ou andadores não apropriados (COREN/SP, 2010).

Nessa perspectiva, o diagnóstico de enfermagem pode auxiliar na avaliação e tomada de decisão do enfermeiro. O diagnóstico de enfermagem risco de quedas é definido pela suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (NANDA, 2013). No geral, os fatores de risco compreendem condições intrínsecas e extrínsecas, tais como: alterações fisiológicas, presença de doenças, fatores ambientais e uso de medicamentos (MARIN et al, 2004). No diagnóstico de enfermagem risco de quedas, os fatores de risco estão dispostos em ambientais, cognitivos, relacionados a adultos, relacionados a crianças, fisiológicos, e medicamentos. Em relação a fatores de risco relacionados à criança, salienta-se: ausência de proteção em janelas, bebê deixado sem vigilância em superfície elevada, cama localizada perto da janela, falta de supervisão dos pais e menor de dois anos de idade, considerando o ambiente hospitalar (NANDA, 2013).

E, para tornar a assistência mais efetiva, algumas estratégias devem ser adotadas, como utilização de pulseiras de alerta que identifiquem os pacientes de risco, orientar os profissionais e familiares a manter as grades da cama/berço elevadas, orientar o acompanhante a não dormir com a criança no colo e a avisar quando for ausentar-se do quarto, adequar os horários dos medicamentos que possam causar sonolência, entre outros (COREN/SP, 2010).

A fim de potencializar as estratégias mencionadas, faz-se necessário um conjunto de orientações ao paciente e à família, explicando-lhes os benefícios de sua ajuda neste processo. Porém, existem alguns fatores que podem interferir no entendimento e na formação de novas aprendizagens, como por exemplo, o uso de drogas psicotrópicas. As drogas psicotrópicas são aquelas que agem no Sistema Nervoso Central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, e podem levar à dependência química. Essas drogas agem alterando as comunicações entre os neurônios, podendo produzir diversos efeitos de acordo com o tipo de ação, como: euforia, ansiedade, sonolência, alucinações, delírios. São consideradas drogas psicotrópicas: álcool, benzodiazepínicos, cocaína, maconha, alguns medicamentos anticolinérgicos, entre outros (CARLINI et al, 2001). Assim, o uso de drogas psicotrópicas não somente pelo paciente, mas pelo familiar que o acompanha, pode influenciar no cuidado prestado proporcionando um ambiente propício a queda.

As quedas normalmente ocorrem por causas intrínsecas ou extrínsecas. As causas intrínsecas são aquelas decorrentes das alterações fisiológicas e patológicas, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos. As causas extrínsecas são relacionadas ao comportamento e atividade dos indivíduos e ao seu meio de trabalho (PAIVA et al, 2010). Independente do tipo da causa que pode levar à queda, algumas intervenções efetivas na redução de quedas incluem: revisão de medicamentos, programas de atividade física para fortalecimento muscular e treinamento do equilíbrio, suplementação de vitamina D, uso apropriado de calçados, e intervenções multifatoriais que incluem a avaliação do ambiente para aqueles pacientes sob maior risco (CASTRO et al, 2011).

Diante do exposto, o enfermeiro, que tem como uma das suas funções a de educador, deve estar apto para realização de programas educacionais que envolvam pais e crianças no que diz respeito à prevenção de acidentes e a condutas a serem tomadas nesses casos (POLL et al, 2013).

A condução pela equipe multiprofissional, juntamente com a criança e seus familiares, quanto a medidas preventivas de quedas, é de extrema importância para minimizar eventos que possam causar danos às crianças. Desde modo, medidas preventivas de quedas possibilitam um tempo de permanência no hospital menos prolongado, com menos sofrimento e melhor prognóstico.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo transversal, de caráter quantitativo.

Segundo Aragão (2011), o estudo transversal tem como característica a medição ou coleta de dados feita em uma única etapa. Para tal, são determinadas as questões a se responder, a população a ser estudada e, posteriormente, os métodos de medição das variáveis. Tem como benefício a prontidão para se obter conclusões e a inexistência de um período de seguimento.

A pesquisa quantitativa busca descrever significados avaliados como específicos ou característicos aos objetos e atos de estudo. Tem cunho focado, pontual e estruturado, onde a coleta dos dados se realiza por meio da obtenção de respostas objetivas (DALFOVO, 2008).

O presente estudo é uma continuação da pesquisa: Identificação dos Fatores de Risco para Queda de Criança em Ambiente Hospitalar, iniciada em janeiro de 2014, sob a coordenação da Prof<sup>a</sup> Márcia Koja Breigeiron.

### **4.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado em unidades clínicas pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), localizado no município de Porto Alegre/RS.

O HCPA é uma instituição pública, geral e universitária. Dessa forma, visa oferecer uma assistência integral à saúde de seus clientes, onde, estando ligado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, alia o ensino, a pesquisa e a assistência, investindo na qualificação de seus profissionais e na produção e desenvolvimento de conhecimentos (HCPAa, 2015).

A coleta dos dados ocorreu nas Unidades de Internação Pediátrica 10º Norte e 10º Sul. A Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte consta de 34 leitos, distribuídos em seis enfermarias e dois quartos de isolamento. Nesta unidade internam crianças de 30 dias a seis anos incompletos e pacientes com idade até quatorze anos incompletos que necessitam de isolamento ou com estatura menor que 110 cm. Predominantemente, internam pacientes com doenças respiratórias e gastrintestinais, distúrbios hidroeletrólíticos e nutricionais, imunológicos e neurológicos, problemas ortopédicos e cirúrgicos (HCPAb, 2015).

A Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul possui 34 leitos, distribuídos em onze quartos semiprivativos, uma enfermaria, três leitos de isolamento, dois leitos destinados a outros convênios e privativos, e um alojamento com sete leitos para crianças pequenas. Nesta unidade internam pacientes de dois meses a dezoito anos incompletos, dependendo de particularidades inerentes à faixa etária. Preferencialmente internam pacientes das especialidades de clínica pediátrica, gastropediatria, ortopedia, psiquiatria infantil, pneumologia infantil e cirurgia pediátrica (HCPAb, 2015).

### **4.3 Amostra**

A amostragem foi realizada de maneira intencional, por meio da busca do diagnóstico de enfermagem risco de quedas em prontuários eletrônicos de crianças internadas nas unidades clínicas mencionadas, por diferentes diagnósticos clínicos e idade de três anos completos até doze anos incompletos. Salienta-se que a faixa etária menor de três anos é considerada fator para o risco de quedas no HCPA.

A amostra foi constituída pelos prontuários de crianças com diagnóstico de enfermagem risco de quedas e seus responsáveis.

O responsável foi considerado o acompanhante de reconhecimento familiar que realizava os cuidados com a criança no momento da entrevista.

Foram selecionados como critérios de inclusão: tempo de permanência hospitalar superior a 24 horas, estar acompanhado por seu responsável de reconhecimento familiar, e responsável com idade igual ou superior a 18 anos. Presença de diagnóstico clínico de paralisia cerebral ou psiquiátrica foi considerada critério de exclusão.

### **4.4 Tamanho amostral**

Para cálculo do tamanho amostral, tomou-se por base o ano de 2013. Neste ano, houve um total de 412<sup>1</sup> crianças internadas com idade entre 5 a 12 anos completos, correspondendo a 34 internações mensais, nas referidas unidades de internação. Do total de

---

<sup>1</sup>Dado atualizado do sistema *Processor Business Intelligence 5.7/HCPA* referente à internação de crianças de 5 a 12 anos incompletos nas Unidades de Internação Pediátrica 10º Norte e 10º Sul (Ano-base: 2013).

crianças internadas/mês, em torno de 30%<sup>2</sup> apresentaram diagnóstico de enfermagem risco de quedas.

Considerando um erro de 4%, intervalo de confiança de 95% e perda de 20%, calculou-se o tamanho da amostra em sete prontuários de crianças com diagnóstico de risco de quedas e seus responsáveis, a cada mês. Entretanto, o tamanho amostral mínimo foi estimado em 126 prontuários de crianças com diagnóstico de risco de quedas e seus responsáveis, para uma proposta de coleta dos dados de 18 meses.

O presente estudo constou de uma amostra de 128 sujeitos (prontuários de crianças com diagnóstico de risco de quedas e seus responsáveis).

Ressalta-se o registro de prevalência de 0,97% de crianças notificadas por quedas com idade entre 5 a 12 anos completos no ano de 2013.

#### **4.5 Coleta dos dados**

O período de coleta de dados foi de janeiro de 2014 a junho de 2015. Salienta-se que a acadêmica de enfermagem, como autora desta parte complementar do estudo, atuou na coleta de dados de fevereiro a junho de 2015.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro momento constou da busca de prontuários eletrônicos que continham na “aba - diagnósticos de enfermagem”, o diagnóstico risco de quedas.

O segundo momento foi a aplicação do Instrumento de Coleta de Dados I (APÊNDICE A), elaborado previamente pelos pesquisadores, por meio de entrevista com o responsável pela criança. A entrevista teve duração máxima de dez minutos.

O Instrumento de Coleta de Dados I incluiu dados sociodemográficos da criança e do responsável, bem como da situação clínica e de saúde da criança. Dados referentes à criança foram: sexo, idade, procedência, número de diagnósticos médicos e sistema relacionado, horas de sono, turno do sono, medicamentos em uso, histórico de queda, caracterização da criança pelo responsável/familiar. Dados referentes ao responsável pela criança foram: idade, grau de escolaridade, profissão, renda mensal, quantas pessoas partilham a renda familiar, revezamento de cuidador nos cuidados com a criança, utilização de medicamentos e uso de substâncias lícitas e ilícitas (estes dois últimos dados são justificados por sua potencial influência na incidência de quedas de crianças sob o cuidado dos responsáveis).

---

<sup>2</sup> Dado fornecido pelas Chefias de Unidades das Unidades de Internação Pediátrica 10º Norte e 10º Sul (Ano-base: 2013).

Quando identificado histórico de queda na internação atual, foi aplicado, além do Instrumento de Coleta de Dados I, o Instrumento de Coleta de Dados II (APÊNDICE B) também elaborado previamente pelos autores.

O Instrumento de Coleta de Dados II incluiu questões referentes à situação de ocorrência de lesão corporal na criança e o local atingido após o evento de queda. Este instrumento foi preenchido por meio de entrevista com o responsável. A entrevista teve duração máxima de dez minutos. Quanto à presença da pulseira sinalizadora para risco de queda, esta foi verificada pelo pesquisador no momento da entrevista.

Então, para a criança com diagnóstico de risco de quedas e histórico de queda na internação atual, o responsável foi submetido à entrevista para preenchimento dos dois instrumentos, tendo duração máxima de 20 minutos.

#### **4.6 Análise dos dados**

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* - versão 18.0 para Windows e tratados conforme estatística descritiva e analítica.

Para as variáveis discretas e contínuas, os resultados foram expressos por média e desvio-padrão (DP), mediana e intervalos quartis (25-75), e frequência relativa percentual.

Para as variáveis nominais foram utilizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, onde  $P < 0,05$  foi considerado como nível de significância estatística.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO B), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA) sob o número 406.185 com data de relatoria em 18 de setembro de 2013 (ANEXO C).

Após serem esclarecidos sobre os objetivos do estudo e terem aceitado participar do mesmo, os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e receberam uma cópia do documento.

Para a coleta dos dados por meio de prontuário eletrônico foi utilizado o Termo de Utilização de Dados de Prontuário, conforme RN 01/97 (HCPA, 1997), assinado pelos pesquisadores responsáveis (APÊNDICE B).

O presente estudo seguiu as normas bioéticas, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, Volta Redonda - RJ, v. 6, n. 3, p.1-4, ago. 2011.
- BARACAT, E. C. E. et al. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP. **Jornal de Pediatria**, Rio J, v. 76, n. 5, p.368-74, 2000.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 26 de jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. **Revista Imesc**, São Paulo, v. 3, p.9-35, 2001.
- CASTRO, I. R. S. et al. Perfil de Quedas no Ambiente Hospitalar: a Importância das Notificações do Evento. **Revista Eletrônica de Acreditação**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.78-86. 2011.
- COREN/SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente. **10 Passos Para a Segurança do Paciente**. São Paulo: COREN-SP, 2010. Disponível em: <[http://http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10\\_passos\\_seguranca\\_paciente\\_0.pdf](http://http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- COSTA, S. G. R. F. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 676-81, dez 2011.
- DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008
- FILÓCOMO, F. R. F. et al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 41-7, jan/fev 2002.
- FRICHE, A. A. L. et al. Indicadores de saúde materno infantil em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2001: análise dos diferenciais intra-urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1955-65, set 2006.
- FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007.

HAMLEY, C. A. et al. Prevalence of traumatic brain injury amongst children admitted to hospital in one health district: a population-based study. **Accident Analysis and Prevention**, v. 33, n. 1, p. 44-59, 2002.

HARADA, M. J. C. S. et al. Epidemiologia em crianças hospitalizadas por acidentes. **Folha Med**, v. 119, n. 4, p. 43-7, 2000.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Institucional-Histórico**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/14/380/>>. Acesso em: 02 nov. 2014a.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Atividades Assistenciais**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/437/655/>>. Acesso em: 8 nov. 2014b

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Resolução Normativa 01/97: **Utilização de dados de prontuários de pacientes e de bases de dados em projetos de pesquisa**, 1997. Disponível em: <<http://apps2.hcpa.ufrgs.br/wgppg/>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

JIRAPAET, V.; JIRAPAET, K.; SOPAJAREE, C. The nurses experience of barriers to safe practice in the neonatal intensive care unit in Thailand. **JOGNN**. v. 35, n. 6, p. 746-754. 2006.

LEWIS, M; WOLKMAR, F. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARIN, M. J. S. et al. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” entre idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 57, n. 5, p. 560-564, set/out 2004.

MARTINS, C. B. G.; ANDRADE, S. M. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl. 2, p. 3167-3173, 2010.

NANDA – INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA 2012-2014: definições e classificação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2013.

OLIVEIRA, S. S. G.; DIAS, M. G. B. B.; ROAZZI, A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 1-13, 2003.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.1, n.44, p.134-138. 2010.

POLL, M. A. et al. Quedas de crianças e de adolescentes: prevenindo agravos por meio da educação em saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v.3, p.589-598. 2013.

SILVA, C. S. et al. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade da assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 30, n 2, p. 263-271, 2009.

SILVA, L. D. Segurança do paciente no contexto hospitalar. **Revista Enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p. 291-292, jul./set. 2012.

SOUZA, Francine Terezinha de et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 4, p. 152-162, jan./mar. 2014.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 552-560, jul./ago. 2002.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n 2, p. 429-437, 2009.

WAKSMAN, R. D. Redução de lesões por causas externas: o pediatra pode intervir? **Jornal de Pediatria**, v. 80, n.6, p. 435-436, 2004

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. **Research for patient safety: better knowledge for safer care**. 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_en.pdf)>. Acesso em: 20 de jun. 2015.

**ARTIGO ORIGINAL**

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A QUEDA DE  
CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR**

---

Segundo as normas da  
**Revista Gaúcha de Enfermagem**  
**UFRGS**  
**(ANEXO C)**

**Identificação dos fatores de risco para a queda de crianças em ambiente hospitalar**

**La identificación de factores de riesgo de la caída de los niños hospitalizados**

**Identification of risk factors for falling children in hospital**

SILVA, MF<sup>1</sup>; BREIGEIRON, MK<sup>2</sup>

Artigo oriundo do Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Enfermagem – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>1</sup>Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

<sup>2</sup>Doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professora Adjunto do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Autor para correspondência:

Marcia Koja Breigeiron

Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua São Manoel, 963

Bairro: Rio Branco

CEP: 90620-110 / Porto Alegre (RS)- Brasil

E-mail: mbreigeiron@gmail.com

## IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A QUEDA DE CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR

### RESUMO

O objetivo foi identificar os fatores de risco para queda de crianças em ambiente hospitalar. Estudo transversal, aprovado pelo comitê de ética da instituição responsável. Coleta dos dados foi de janeiro/2014/junho/2015. Crianças ( $n=128$ ), com 6,3 (DP=2,8) anos, sexo masculino ( $n=67;52,3\%$ ), 5(3-12) dias de internação, prescrição de polifármacos ( $n=56;43,8\%$ ), onde 4 (3,1%) apresentaram queda com lesão corporal. Quanto aos responsáveis, 99 (77,3%) afirmaram ser mãe, 52 (40,6%) do lar, 43 (33,6%) com baixa renda, 93 (72,7%) com uso de medicamentos e 28 (21,9%) de drogas lícitas, sendo 69 (53,9%) não substituídos no cuidado da criança. Nos registros dos prontuários, 14,8% ( $n=19$ ) apresentavam um fator de risco para queda, onde 52 (44,1%) registros continham fatores de risco situacionais junto aos relacionados ao tratamento. Somente 99 (77,7%) crianças com diagnóstico para risco de queda tinham pulseira sinalizadora. Profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores de risco para prevenção de quedas de crianças.

**Descritores:** Acidentes por quedas. Criança. Fatores de risco.

### RESUMEN

*El objetivo fue identificar los factores de riesgo de caída los niños en el hospital. Estudio transversal aprobado por el comité de ética de la institución responsable. La recolección de datos fue enero/2014/junio/2015. Los niños ( $n=128$ ), 6.3( $SD=2,8$ ) años, varones ( $n=67;52,3\%$ ), 5(3-12) días de hospitalización, la prescripción de múltiples medicamentos ( $n=56;43,8\%$ ), donde 4(3,1%) fueron caída con lesiones. En cuanto a los responsables, 99(77,3%) informaron ser madre, 52(40,6%) de la casa, 43(33,6%) con salariales bajos,*

93(72,7%) con el uso de medicamentos y 28( 21,9%) de las drogas legales, donde 69(53,9%) no se sustituyen en el cuidado infantil. En los registros médicos, 19(14,8%) tenía un factor de riesgo de caída, donde 52(44,1%) los registros contenían factores de riesgo situacionales junto con el tratamiento. Solamente 99(77,7%) niños con diagnóstico de riesgo de caídas tenía señalización pulsera. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de los factores de riesgo para la prevención de caída de los niños.

**Descriptor:** Accidentes por caídas. Niño. Factores de riesgo.

#### LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE LA CAÍDA DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

##### **ABSTRACT**

The aim was to identify risk factors for falling children in hospital. Cross-sectional study approved by the ethics committee of the institution responsible. Data collection was January/2014 / June /2015. Children (n=128), 6.3 (SD=2.8) years, males (n=67; 52.3%), 5 (3-12) days of hospitalization, prescription of multiple drugs (n=56; 43.8%), where 4 (3.1%) were fall with injury. As for the responsible, 99 (77.3%) reported being the mother, 52 (40.6%) of the home, 43 (33.6%) with low salary, 93 (72.7%) in use of medications and 28 (21.9%) of legal drugs, and 69 (53.9%) not replaced in child care. In the medical records, 14.8% (n=19) had a risk factor for fall, where 52 (44.1%) records contained situational risk factors together with the related treatment. Only 99 (77.7%) children diagnosed for fall risk were signaling bracelet. Healthcare professionals should be aware of risk factors for prevention of child falls.

**Descriptors:** Accidental falls. Child. Risk factors.

#### IDENTIFICATION OF RISK FACTORS FOR FALLING CHILDREN IN HOSPITAL

## INTRODUÇÃO

Agravos à saúde da criança podem resultar em internação hospitalar, onde diversos fatores de risco podem influenciar negativamente o prognóstico desta criança durante sua internação. Dentre os fatores de risco, a ocorrência de queda durante a internação pode piorar a condição clínica da criança e, ainda, aumentar seu tempo de internação<sup>1</sup>. Deste modo, as instituições hospitalares devem ter uma estrutura física e de pessoal para redução deste risco, buscando estratégias de segurança para abranger toda a equipe multiprofissional, a criança, conforme seu grau de entendimento, e seus familiares.

A existência de queda, definida como um evento não planejado que levou o paciente ao chão com ou sem lesão, constitui um grande desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência na área da saúde e compromete a segurança do paciente<sup>2</sup>.

No ambiente hospitalar, a queda de paciente é considerada um dos indicadores de qualidade em enfermagem. Tais indicadores, conhecidos como *Nursing-Sensitive Quality Indicators* objetivam dimensionar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes. Esse dimensionamento dos cuidados podem ter diferentes resultados, como a melhoria das condições das atividades assistenciais<sup>3</sup>. Para tanto, evitar o evento de queda é considerada uma conduta de busca à qualidade da assistência nas instituições hospitalares. Deste modo, torna-se imprescindível o reconhecimento pela equipe multiprofissional dos fatores de risco que envolvem o evento de queda de paciente.

A NANDA-International (NANDA-I) define o diagnóstico de enfermagem risco de quedas como a suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico. Os fatores de risco descritos para o mesmo incluem aqueles ligados ao ambiente, ao estado cognitivo e fisiológico dos pacientes, bem como os de causa medicamentosa. Eles também são especificados de forma diferente para adultos e para crianças<sup>4</sup>. Este diagnóstico é utilizado na sistematização da assistência de enfermagem, visto ser reconhecido como um

fenômeno no processo de saúde-doença<sup>5</sup>.

Diante do reconhecimento dos fatores de risco ou da ocorrência de queda, a qualidade da documentação e do registro das ações de enfermagem é essencial para o acompanhamento do processo de reabilitação do paciente. Porém, os registros de enfermagem ainda encontram-se escassos e inadequados em refletir a adequada assistência prestada ao paciente<sup>6</sup>.

Deste modo, ampliar o conhecimento sobre as circunstâncias e os elementos que podem ocasionar quedas com crianças, contribui para a avaliação da magnitude e características do fenômeno, subsidiando o planejamento de ações preventivas que visem à redução desse importante agravo e qualificando os registros do risco ou do evento em si e das ações de enfermagem.

Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar os fatores de risco para a queda de crianças em ambiente hospitalar, bem como os aspectos etiológicos das quedas ocorridas.

A questão de pesquisa norteadora deste estudo está relacionada aos fatores de risco associados ao diagnóstico risco de quedas em pediatria no ambiente hospitalar.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo, realizado em unidades de internação pediátrica de um hospital universitário da região sul do país (BR).

O período de coleta de dados foi de janeiro de 2014 a junho de 2015. A amostra foi constituída de 128 prontuários de crianças com diagnóstico de enfermagem risco de quedas e seus responsáveis. A idade das crianças foi de três anos completos até doze anos incompletos. Idade inferior a três anos é considerada como fator de risco de quedas na instituição onde os dados foram coletados. O responsável foi considerado o acompanhante de reconhecimento familiar que realizava os cuidados com a criança no momento da entrevista.

Os prontuários das crianças foram selecionados pelo registro do diagnóstico de enfermagem risco de quedas, e, quando ocorrência de queda na internação atual, registro da queda em evolução. Mediante tais registros, o responsável foi convidado a participar do estudo. Esse momento foi seguido pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta dos dados foi utilizado dois instrumentos, ambos elaborados pelos autores. O primeiro instrumento constou de dados sociodemográficos da criança e do responsável, bem como da situação clínica e de saúde da criança. Ressalta-se que junto ao instrumento havia questões referentes aos fatores de risco para lesões, conforme a vulnerabilidade fisiopatológica pela doença diagnosticada, as características do tratamento, da situação do ambiente hospitalar e da maturidade cognitiva do paciente<sup>7</sup>.

Quanto aos fatores de risco considerados fisiopatológicos, estão os associados com a função cerebral e mobilidade alterada, função sensorial prejudicada, fadiga, hipotensão ortostática, distúrbios vestibulares, falta de atenção sobre riscos ambientais secundários e movimentos tônico-clônicos secundários. Para os fatores de risco relacionados ao tratamento estão os efeitos de medicamentos e ao uso de órteses, bengalas, muletas ou andadores. Fatores de risco ditos situacionais estão associados à diminuição ou perda da memória, repouso prolongado no leito, ambiente desconhecido, uso impróprio de equipamento auxiliar, entre outros. Os fatores de risco maturacionais são os que, na criança, estão relacionados à falta de atenção aos riscos<sup>7</sup>.

O preenchimento deste instrumento foi realizado mediante entrevista com o responsável, com duração máxima de dez minutos, e consulta ao prontuário. Quando identificado registro de queda no prontuário na internação atual, foi aplicado o segundo instrumento, que incluiu questões referentes à situação clínica após o evento de queda. O

preenchimento do segundo instrumento foi realizado, também, mediante entrevista de duração máxima de dez minutos com o responsável.

Para a criança com diagnóstico de risco de quedas e histórico de quedas na internação atual, o responsável foi submetido à entrevista para preenchimento dos dois instrumentos.

Tempo de permanência hospitalar superior a 24 horas, estar acompanhado por seu responsável de reconhecimento familiar, e responsável com idade igual ou superior a 18 anos foram considerados critérios de inclusão para o estudo. Por outro lado, presença de diagnóstico clínico de alteração neurológica ou psiquiátrica foi considerada critério de exclusão.

Os dados coletados foram organizados no *Statistical Package for Social Scienses* (SPSS) versão 18.0. Os resultados foram expressos por média e desvio padrão (DP), mediana e intervalos quartis (25-75), e frequência relativa percentual. Para estatística analítica foram utilizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher;  $P < 0,05$  foi considerado como nível de significância estatística.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de coleta dos dados, sob o número 406.185.

Os responsáveis pelas crianças receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que continha informações referentes à confidencialidade dos dados e possibilidade de desistência em qualquer etapa do estudo.

O presente estudo respeitou os preceitos éticos em pesquisa, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>.

## **RESULTADOS**

Em relação às crianças ( $n=128$ ), a média de idade foi de 6,3 (DP=2,8) anos, variando entre um mínimo de 3,0 anos e um máximo de 11,9 anos, maioria do sexo masculino ( $n=67$ ; 52,3%), procedentes do interior ( $n=74$ ; 57,8%).

Quanto à situação clínica, a maioria das crianças apresentava apenas um diagnóstico médico ( $n=81$ ; 63,3%) na internação atual, sendo, em grande parte, relacionado à doença respiratória, e prescrição médica de três a sete medicamentos de uso contínuo ( $n=56$ ; 43,8%) classificados em: antibióticos, anti-inflamatórios, broncodilatadores e analgésicos.

O tempo de internação hospitalar das crianças variou de 5 (3 - 12) dias, com o máximo de 415 dias para uma das crianças.

Para as horas de sono/dia durante a internação hospitalar, os responsáveis responderam que as crianças dormiam em torno de 10,1 (DP=2,1) horas, variando entre um mínimo de 6,0 horas e um máximo de 16 horas por dia, sendo que maioria no turno da noite ( $n=77$ ; 60,2%).

Do total da amostra, 91 (71,1%) crianças deambulavam sem auxílio.

Os responsáveis consideravam as crianças, na sua maioria, como tendo comportamento tranquilo ( $n=78$ ; 60,9%).

A caracterização sociodemográfica, clínica e de saúde das crianças está descrita na *Tabela 1*.

TABELA 1 – Caracterização da amostra estudada em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e de saúde de crianças com diagnóstico de enfermagem risco de quedas – Rio Grande do Sul, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>P<sup>a</sup></b>
	<b>(128)</b>		
<b>Sexo</b>			
Masculino	67	52,3	0,662
Feminino	61	47,7	
<b>Local de residência</b>			
Capital	54	42,2	0,094
Interior	74	57,8	

**Nº de diagnósticos na internação atual**

Um diagnóstico	81	63,3	0,000 <sup>b</sup>
Dois diagnósticos	33	25,8	
Três diagnósticos	8	6,3	
Com quatro ou mais diagnósticos	6	4,6	

**Medicamentos prescritos de uso contínuo**

Apenas um tipo de medicamento	24	18,8	0,000 <sup>b</sup>
Dois tipos de medicamentos	29	22,7	
Três a sete tipos de medicamentos	56	43,8	
Oito a dez tipos de medicamentos	14	10,9	
Mais que dez medicamentos	5	3,9	

**Turno de sono**

Manhã	1	0,8	0,000 <sup>b</sup>
Tarde	1	0,8	
Noite	77	60,2	
Manhã e noite	31	24,2	
Tarde e noite	18	14,1	

**Mobilidade**

Deambula	91	71,1	0,000 <sup>b</sup>
Deambula com auxílio	23	18,0	
Não deambula	14	10,9	

**Comportamento**

Tranquila	78	60,9	0,000 <sup>b</sup>
Agitada	34	26,6	
Teimosa	12	9,4	

Agressiva

4

3,1

---

 Fonte: Pesquisa em campo, 2015.

<sup>a</sup>Teste Qui-Quadrado (comparação dos dados no grupo).

<sup>b</sup> $P < 0,05$ .

Quanto aos responsáveis das crianças, a média da idade foi de 35,0 (DP=8,6) anos, variando entre um mínimo de 18,0 anos e um máximo de 62,0 anos, sendo que a maioria ( $n=99$ ; 77,3%) afirmou ser a mãe da criança, ter escolaridade de ensino médio completo ( $n=39$ ; 30,5%) e renda mensal de até meio salário mínimo ( $n=43$ ; 33,6%).

Para a ocupação atual, a maioria dos responsáveis afirmou ser do lar ( $n=52$ ; 40,6%), seguido por trabalho em serviços gerais ( $n=39$ ; 30,5%); em setor administrativo ( $n=24$ ; 18,8%); na área da educação ( $n=3$ ; 2,3%) e na área da saúde ( $n=3$ ; 2,3%); entretanto, 3 (2,3%) afirmaram ser aposentados, 2 (1,6%) estudantes e 2 (1,6%) desempregados.

Para o uso contínuo de medicamentos, a maioria ( $n=93$ ; 72,7%) dos responsáveis afirmou não fazer uso, entretanto àqueles que confirmaram uso, utilizavam medicações classificadas em: anti-hipertensivos, ansiolíticos e hipoglicemiantes.

Quanto ao uso de substâncias lícitas, a maioria ( $n=100$ ; 78,1%) dos responsáveis negou uso. Dos que faziam uso ( $n=28$ ), 14 (50%) afirmaram ser diário, seguido por 10 (35,7%) que afirmaram ser de vez em quando, sem continuidade, 3 (10,7%), de duas a seis vezes na semana, e 1 (3,6%), somente uma vez na semana. Do total da amostra, 100% negaram uso de substâncias ilícitas.

Quando questionados sobre sua substituição por outro cuidador durante a internação da criança, 69 (53,9%) responsáveis afirmaram não serem substituídos, permanecendo integralmente no cuidado à criança.

Dados sociodemográficos do responsável da criança estão descritos na *Tabela 2*.

TABELA 2 – Caracterização da amostra estudada em relação aos aspectos sociodemográficos dos responsáveis das crianças com diagnóstico de enfermagem risco de quedas – Rio Grande do Sul, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>P<sup>a</sup></b>
	<b>(128)</b>		
<b>Parentesco do responsável pela criança</b>			
Pai	10	7,8	0,000 <sup>b</sup>
Mãe	99	77,3	
Pai e mãe	13	10,2	
Avós	4	3,1	
Outros	2	1,6	
<b>Escolaridade do responsável</b>			
Não alfabetizado	1	0,8	0,000 <sup>b</sup>
Ensino Fundamental incompleto	32	25,0	
Ensino Fundamental completo	26	20,3	
Ensino Médio incompleto	22	17,2	
Ensino Médio completo	39	30,5	
Ensino Superior incompleto	4	3,1	
Ensino Superior completo	4	3,1	
<b>Renda mensal</b>			
Até meio salário mínimo	43	33,6	0,000 <sup>b</sup>
Entre meio e um salário mínimo	41	32,0	
Entre um e dois salários mínimos	33	25,8	
Entre três e cinco salários mínimos	9	7,0	
Acima de cinco salários mínimos	2	1,6	

**Uso contínuo de medicamentos**

Não	93	72,7	0,000 <sup>b</sup>
Sim	35	27,3	

**Uso de drogas lícitas**

Não	100	78,1	0,000 <sup>b</sup>
Tabaco	24	18,8	
Bebida alcoólica	4	3,1	

**Substituição do responsável por outro cuidador**

Não	69	53,9	0,422
Sim	59	46,1	

---

Fonte: Pesquisa em campo, 2015.

<sup>a</sup>Teste Qui-Quadrado (comparação dos dados no grupo).

<sup>b</sup> $P < 0,05$ .

Em relação ao histórico de quedas, 100% dos responsáveis negaram a ocorrência de quedas em internações anteriores. Entretanto, do total da amostra, 4 (3,1%) responsáveis afirmaram a ocorrência de quedas na internação atual, sendo que 1 (0,8%) responsável afirmou três episódios de queda com a mesma criança, totalizando seis ocorrências de quedas de crianças na internação atual.

Das quedas, em 4 (66,7%) episódios houve lesão corporal, sendo a região da cabeça afetada em todas as ocorrências.

A maioria das quedas aconteceu no turno da manhã ( $n=3$ ; 50%).

Todos os episódios de quedas estavam descritos na evolução de enfermagem.

Em relação à presença de identificação para risco de quedas, 99 (77,3%) crianças apresentavam pulseira sinalizadora, verificado pelo pesquisador no momento da entrevista.

Os aspectos clínicos relacionados à ocorrência de queda estão expressos na *Tabela 3*.

TABELA 3 – Caracterização clínica das crianças quanto à lesão por ocorrência de quedas – Rio Grande do Sul, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>P<sup>a</sup></b>
	<b>(6)</b>		
<b>Presença de lesão</b>			
Não	2	33,3	0,694
Sim	4	66,7	
<b>Região lesionada</b>			
Cabeça	4	100	0,694
<b>Turno da queda</b>			
Manhã	3	50,0	0,879
Tarde	2	33,3	
Noite	1	16,7	

Fonte: Pesquisa em campo, 2015.

<sup>a</sup>Teste Exato de Fisher (comparação dos dados no grupo).

Em relação aos registros de enfermagem, em 10 (7,8%) prontuários não constava registro que justificasse a presença do diagnóstico risco para queda. Entretanto, em 19 (14,8%) prontuários havia registro de um fator de risco para queda, 14 (10,9%) com dois fatores de risco associados, 21 (16,4%) com três fatores de risco presentes, 24 (18,8%) com quatro fatores de risco e 40 (31,3%) com cinco ou mais de cinco fatores de risco para quedas nas evoluções de enfermagem.

Discriminando os fatores de risco para quedas registrados nos prontuários ( $n=118$ ) como justificativa para instaurar o diagnóstico risco de quedas, em 52 (44,1%) registros de evolução de enfermagem haviam fatores de risco relacionados tanto ao tratamento como situacionais, seguidos por 37 (31,4%) registros com fatores de risco relacionados ao tratamento. Fatores de risco situacionais ( $n=4$ ; 3,4%); fisiopatológicos ( $n=2$ ; 1,7%) e

maturacionais ( $n=1$ ; 0,8%) foram registrados isoladamente nas evoluções de enfermagem. Demais registros de evolução de enfermagem constavam de fatores relacionados ao tratamento, situacionais e maturacionais de forma concomitante ( $n=22$ ; 18,6%).

## DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se predomínio de crianças em torno dos 6 anos de idade e do sexo masculino. Nos prontuários destas crianças, para a maioria, havia registros de apenas um diagnóstico médico, estando, na maioria, relacionado à doença respiratória.

Não foi verificada diferença significativa quanto ao sexo das crianças na amostra estudada. Porém, alguns dados apontam para a predominância do sexo feminino como fator de pré-disposição para ocorrência de quedas, podendo este interferir na tomada de decisão do paciente em solicitar auxílio, levando-o a expor-se ao risco com maior frequência<sup>2</sup>. Além disso, como fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda, encontram-se: idade inferior a cinco anos, aspectos psico-cognitivos, condições de saúde e presença de doenças crônicas, funcionalidade, comprometimento sensorial, equilíbrio corporal, uso de medicamentos, obesidade mórbida e história prévia de quedas<sup>9</sup>. Tais condições, juntamente com sinais e sintomas de diferentes patologias, aumentam a vulnerabilidade da criança para ocorrência de eventos adversos.

Ainda, a concomitância de diagnósticos, com somatório de sinais e sintomas, favorece a debilidade física da criança, o que a torna suscetível a evento de queda. Na amostra estudada, para as crianças registradas com risco de quedas foi considerada, além do fator idade, sua debilidade física pela presença da doença, o que vem a favor dos dados da literatura.

As crianças do estudo permaneceram internadas por aproximadamente cinco dias, ou seja, estavam na etapa inicial do tratamento. Na maioria dos casos estudados, as quedas ocorreram nos primeiros cinco dias de internação, o que pode estar relacionado aos seguintes

fatores: início de novas medicações, familiaridade com o ambiente e ansiedade pela condição atual<sup>2</sup>. Ainda, a situação da internação hospitalar é nova tanto para a criança quanto para o seu responsável, onde a organização espacial torna-se estressante para ambos. A mudança da rotina, somada ao estresse da doença, são fatores potencializadores para a ocorrência de desgaste físico e mental, tanto do responsável quanto da criança, podendo favorecer a ocorrência de queda nos primeiros dias de internação<sup>2</sup>. Considera-se que, ao longo da internação hospitalar, o conhecimento das rotinas trazidas pelos profissionais de saúde pode minimizar tal situação. Para tanto, a importância dos profissionais da saúde em orientar as famílias quanto às rotinas da unidade torna o momento da internação, antes interpretado como desconhecido, algo que possa ser enfrentado.

O treinamento do acompanhante/familiar, quando feito, ainda conta com uma insuficiente supervisão do cuidado. A prática da supervisão, da orientação e da educação continuada é instrumento de trabalho do enfermeiro e é fundamental que ele se ocupe sistematicamente da orientação e supervisão dos responsáveis, pois teoricamente é o profissional mais bem preparado<sup>10</sup>.

As crianças da amostra estudada faziam uso diário de várias medicações concomitantes, conforme prescrição médica, entre antibióticos, anti-inflamatórios, broncodilatadores e analgésicos.

Como fatores relacionados à situação de risco de quedas ou à ocorrência de quedas, referente a crianças, além do diagnóstico clínico, também estão descritos: horas de sono, medicamentos prescritos na internação atual, mobilidade e percepção do responsável em relação ao comportamento da criança. Estes fatores estão condizentes com a tabela de risco de quedas da Escala de Morse<sup>11</sup>, validada para a língua portuguesa, onde medicamentos em uso, estado mental, fatores intrínsecos, distúrbio de marcha e/ou equilíbrio estão relacionados à situação de risco de quedas ou a sua ocorrência. Nas unidades pediátricas da instituição onde

este estudo foi realizado, a Escala de Morse é aplicada em crianças acima de 3 anos de idade para verificar, de acordo com a pontuação, se a criança necessita ou não do diagnóstico risco de quedas.

O uso de três a sete medicamentos diários figura em destaque neste estudo. O uso de fármacos pode ser um fator de risco, principalmente em caso de polifármacos. Medicações como diuréticos, psicotrópicos e anti-hipertensivos podem propiciar episódios de queda, pois estas drogas causam diminuição na função motora, fraqueza muscular, fadiga, vertigem e até hipotensão postural<sup>12</sup>. Isto mostra que a equipe multiprofissional deve ter conhecimento da farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos prescritos para a avaliação e reavaliação das crianças após a administração dos mesmos, com o intuito de monitorar os efeitos colaterais e programar intervenções individualizadas na prevenção de quedas<sup>13</sup>.

As crianças do presente estudo apresentaram uma média de 10,1 horas/dia de sono. Dados prévios mostram que em ambiente hospitalar, o manuseio da criança reduz o tempo de sono e repouso, levando-a a despertar de maneira forçada, o que a impede de conseguir reconciliar o sono<sup>13</sup>. Poucas horas e má qualidade de sono geram cansaço físico e mental que propicia o risco de quedas. No estudo, não foi questionado se o sono da criança era interrompido ou não pelos cuidados da equipe de enfermagem, o que poderia ser fator de risco de quedas.

Quanto à mobilidade das crianças estudadas, houve predominância por aquelas que deambulavam sem auxílio. Entretanto, um menor contingente apresentou conveniência de auxílio para deambular. Neste caso, o auxílio na deambulação requer atenção acurada tanto daquele que o executa quanto dos responsáveis, pois o cansaço físico e mental dos mesmos, advindo da permanência no ambiente hospitalar, promove susceptibilidade à queda da criança. Ainda, considerando o aspecto funcionalidade, fator predisponente para queda, onde a

necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular, problemas articulares e deformidades nos membros inferiores, são adjuvantes para aumento do risco de queda<sup>9</sup>.

De acordo com o relato dos responsáveis, a característica comportamental dominante das crianças é de natureza tranquila. Porém, para um pequeno número de crianças, o responsável afirmou ser agitada ou agressiva.

Crianças agitadas não conseguem ter um sono tranquilo, pois tem dificuldade para dormir e tem tendência a levantar cedo. Crianças agressivas geralmente combinam hiperatividade e episódios maníacos, sendo que, durante esses episódios, podem se tornar um perigo para elas mesmas, causando alguma lesão em si, incluindo, a isto, a queda ao chão<sup>14</sup>. Para tanto, o apoio da equipe multiprofissional, para os familiares e para a criança, minimiza o estresse nato de uma internação e pode assegurar aos responsáveis uma melhor abordagem com a criança em termos de conforto emocional a mesma.

Quanto ao responsável, a maioria afirmou ser a mãe, bem como referiram não receber auxílio nos cuidados com a criança, ficando, assim, em tempo integral no ambiente hospitalar.

Especialmente a mãe participa dos cuidados quanto à higiene, alimentação e medicação, além de brincar e conversar com a criança, não querendo se separar da mesma, talvez pela dificuldade enfrentada em virtude da internação. Neste contexto, o pai, que emerge como importante elemento nesse processo, deve ser inserido e capacitado para contribuir nas ações que estão ao seu alcance, visando manter e solidificar sua presença nesta experiência pouco compreendida, mas marcante na vida da criança e de sua família. É pouco prático e de insuficiente valia apenas promover a presença da família na hospitalização da criança, sem que exista preparo adequado para lidar com sua permanência. Os profissionais devem promover adequada preservação da dinâmica familiar, facilitando a maior conscientização do acompanhante diante da realidade vivida na hospitalização e assim promover a conservação do vínculo família-criança<sup>15</sup>.

Quanto ao responsável, a maioria relatou ter ensino médio completo e baixa renda salarial. Situações de baixa renda salarial podem propiciar novas preocupações referentes à situação econômica, que, muitas vezes, levam ao prejuízo da atenção do cuidado prestado à criança.

Apesar da maioria dos responsáveis não fazer uso de medicamentos de uso contínuo, os que faziam, utilizavam medicações anti-hipertensivas, ansiolíticas e hipoglicemiantes e se mantinham integralmente no cuidado das crianças, pois não eram substituídos por outro cuidador. Além disso, uma pequena parcela dos responsáveis pelas crianças fazia uso de uso de substâncias lícitas.

O uso dos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes podem trazer alguns efeitos colaterais, que podem influenciar na qualidade do cuidado com a criança hospitalizada, levando a ocorrência de quedas. Dentre os efeitos mais comuns estão: fadiga, tontura, sonolência e insônia<sup>12</sup>. Em relação aos medicamentos ansiolíticos, com ação no Sistema Nervoso Central, estes podem causar alterações no sono, na concentração e no estado de alerta<sup>16</sup>. Soma-se a isto, o uso de bebida alcoólica, que, por sua vez, pode alterar padrões neurológicos, o que suscita prejuízo na atenção do responsável no cuidado com a criança.

O estudo revelou ocorrência de quedas concomitante à lesão corporal, sendo a cabeça, a parte do corpo lesionada. As quedas em pacientes hospitalizados acarretam inúmeras e graves consequências, como por exemplo: traumas teciduais de diferentes intensidades, alterações emocionais, piora das condições clínicas, óbito, dentre outras<sup>1</sup>. Deve ser garantida a existência de mecanismos para prevenção e minimização de eventos adversos, com vistas a programas de melhoria contínua na assistência<sup>2</sup>.

Como fatores de risco para quedas, o estudo revelou que os relacionados ao tratamento em concomitância aos situacionais foram os mais preponderantes.

Neste quesito, fatores de risco referentes ao diagnóstico risco de lesão, são descritos como: fisiopatológicos, relacionados ao tratamento, situacionais e maturacionais<sup>7</sup>.

No presente estudo, houve predominância dos fatores de risco relacionados ao tratamento, como por exemplo, registro no prontuário de crianças com uso de acesso venoso periférico ou central, de sonda nasoenteral ou gástrica, de oxigenoterapia, de bomba de infusão ou nutrição parenteral total (NPT) e de sonda vesical, além de estar sem dieta por via oral (NPO). Tais fatores foram seguidos por registros de fatores de risco ditos situacionais, relacionados à presença de vômitos, diarreia, hipo e hiperglicemia. Após, foram encontrados registros de fatores maturacionais, apontados como atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. E por último, fatores que se referiam à fisiopatologia do paciente, como àqueles associados com a função cerebral e mobilidade alterada.

Em relação aos fatores relacionados ao tratamento, o uso de dispositivos, como a terapia endovenosa, apresentam percentuais mais altos entre os que tiveram queda<sup>17</sup>. Os situacionais podem ocasionar fraqueza, fadiga, confusão mental, tremores e vertigens nos pacientes, o que pode levar a um evento de queda. Quanto os maturacionais, a criança pode não estar se desenvolvendo de acordo com o esperado, e, assim, não alcançar habilidades estimadas para a idade, o que também pode ocasionar uma queda se não tiver sob supervisão adequada. E por último, os fisiopatológicos, que abrangem as dificuldades de marcha, também foram identificados como riscos para quedas<sup>16</sup>.

A maioria das crianças que fizeram parte do estudo tinha registro de fatores de risco na evolução de enfermagem. Em um estudo que caracterizou o perfil, os fatores de risco e os Diagnósticos de Enfermagem (DEs) de pacientes adultos que sofreram quedas do leito na internação, mostraram que somente 13% da amostra apresentaram o DE Risco de Quedas, apesar de possuírem, em média, 11 fatores de risco para o evento<sup>1</sup>.

Deste modo, a identificação da clientela sujeita a riscos para quedas facilita a implementação ações individualizadas visando a diminuição ou mesmo supressão da ocorrência do fenômeno<sup>18</sup>.

A melhoria contínua da qualidade assistencial deve ser considerada pelos enfermeiros como um processo dinâmico e exaustivo de identificação dos fatores intervenientes, no processo de trabalho da equipe de enfermagem, e requer desses profissionais a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados<sup>18</sup>.

O Ministério da Saúde prevê que é necessário mais intervenções para que haja uma prevenção efetiva das quedas; dentre as intervenções previstas está a identificação do paciente com risco para quedas, por meio de um sinalizador, como por exemplo uma pulseira<sup>9</sup>.

Uma pequena parte na amostra não fazia uso da pulseira sinalizadora de quedas. O uso de pulseiras de identificação nas crianças internadas ainda encontra-se irregular, sendo este um ponto não só a ser revisto pela instituição, mas, também, a ser reforçado no cotidiano do trabalho da equipe multiprofissional que está em contato direto com os pacientes.

## **CONCLUSÃO**

Prevenção de quedas é uma situação que envolve cuidadores, familiares e profissionais de saúde. Com isto, os resultados deste estudo mostraram informações que identificam o perfil da criança para indicar o diagnóstico de enfermagem risco de quedas.

Visando a diminuição do agravo e à melhoria da qualidade da assistência, há a necessidade de qualificar os registros de enfermagem referentes às condições que levaram ao diagnóstico de enfermagem risco de quedas.

Por isso, conhecer os agentes desencadeadores para quedas torna possível determinar ações de prevenção diretamente sobre eles. Podemos perceber, por meio dos fatores de risco

identificados, que as medidas de segurança podem ser adotadas pela família, com o apoio da equipe multiprofissional, reduzindo, assim, o número de quedas na pediatria.

A partir dos dados levantados pretende-se contribuir para o aprimoramento de instrumentos que possam auxiliar na identificação de fatores de risco no momento da internação do paciente e na consequente prevenção de quedas.

Ressalta-se como limitante do estudo, a escassa literatura referente à queda em criança no ambiente hospitalar, o que dificultou uma discussão mais ampla dos resultados adquiridos. Os autores esperam poder contribuir sobre esta temática, de extrema importância na pediatria, com a divulgação dos resultados deste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitario. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), 2011; 32(4): 676-81.
2. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adverso. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1):134-8
3. Bohomol E. Indicadores para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. "In": D'Inncenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, Auditorias e Certificações. Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde - 2ª Ed. Editora: Martinari. 2010. 99-115.
4. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 – 2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. 606 p.
5. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Diagnóstico de enfermagem risco de quedas em pacientes com angina instável. *Rev Rene Fortaleza*. 2010; 11(1):105-13.
6. Setz VG, D'Innocenzo, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*, 2009; 22(3), 313-7.
7. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009; 450-1.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de prevenção de quedas. 2013
10. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(3):569-75.
11. Lima RAG, Rocha SMM, Sochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexos acerca da participação dos pais. *Rev. Latino-Am Enf*. 1999; 7(2): 33-9.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Agencia nacional de vigiância sanitária (ANVISA): Bulário eletrônico. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp)>. Acessado em 20 jun 2015.
13. Paiva MB, Souza CAC, Soares E. Fatores interferentes no sono e repouso de criança. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006; 10(1):29-35.
14. Ribeiro KMN, Junior FBA, Valente KDR. Síndrome de Landau-Kleffner e regressão autística. *Arq Neuropsiquiatr* 2002;60(3-B):835-9.

15. Silva FM, Correa I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança Rev. Min. Enferm. 2006; 10(1):18-23.

16. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino PS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(1):67-74.

17. Remor CP, Cruz CB, Urbanetto JS. Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. Rev Gaúcha Enferm. 2014; 35(4):28-34.

18. Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença do risco para queda em idosos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):32-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>. Acessado em 20 jun de 2015.

## APÊNDICE A

Projeto de Pesquisa: *Identificação dos fatores de risco para a queda de crianças em ambiente hospitalar.*

### Instrumento de Coleta de Dados I

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
Número do Questionário:		Data:
<b>ENTREVISTA E CONSULTA AO PRONTUÁRIO</b>		
<b>A – DADOS DA CRIANÇA</b>	<b>CODIFICAÇÃO</b>	
A.1 Data de nascimento:	___/___/___	
A.2 Data da internação:	___/___/___	
A.3 Data da entrevista:	___/___/___	
A.4 Sexo da criança:	(1) masculino (2) feminino	
A.5 Diagnósticos:	(1) doença gastrointestinal (2) doença reumatológica (3) doença respiratória (4) doença cardiovascular (5) outros. Quais? _____	
A.6 Medicamentos em uso:	(1) diuréticos (2) antidepressivos (3) anti-hipertensivos (4) psicotrópicos (5) antialérgicos (6) outros. Quais? _____	
A.7 Horas de sono:	_____ horas/dia.	
A.8 Turno do sono:	(1) manhã (2) tarde (3) noite	
A.9 Locomoção:	(1) deambula (2) deambula com auxílio (3) não deambula	
A.10 Como o responsável caracteriza a criança?	(1) tranquila (2) agitada (3) teimosa (4) agressiva (5) outro. Qual? _____	
A.11 Histórico de quedas – internação atual:  <b>Caso a resposta seja positiva, preencha o instrumento de coleta de dados II</b>	(0) não (1) sim Quantos episódios? ____	
A. 12 Histórico de quedas – internação prévia:	(0) não (1) sim Quantos episódios? ____	
A.13 Qual fator de risco associa à queda?	(1) relacionado ao tratamento	

	(2) situacional (3) maturacional (4) fisiopatológico	
<b>B – DADOS DO RESPONSÁVEL OU FORNECIDOS PELO MESMO</b>		<b>CODIFICAÇÃO</b>
B.1 O responsável é:	(1) Pai (2) Mãe (3) Pai e mãe (4) Avós (5) Tios (6) Irmãos (7) Outros: _____	
B.2 Idade do responsável?	_____ anos	
B.3 Grau de escolaridade?	(1) não alfabetizada (2) ensino fundamental incompleto (3) ensino fundamental completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino médio completo (6) ensino superior incompleto (7) ensino superior completo	
B.4 Ocupação atual?	_____	
B.5 Local de residência?	(1) capital (2) interior	
B.6 Renda mensal domiciliar <i>per capita</i> (por pessoa)?	(1) até meio salário mínimo (2) entre meio e um salário mínimo (3) entre um e dois salários mínimos (4) entre três e cinco salários mínimos (5) acima de cinco salários mínimos	
B.7 Quantas pessoas partilham da renda mensal?	_____ pessoas	
B.8 O responsável conta com o auxílio de outra pessoa para revezar os cuidados com a criança no hospital? <b>Caso a resposta seja não, pule para a questão B.10</b>	(0) não (1) sim	
B.9 Número de vezes em que o responsável foi substituído por outro cuidador:	_____ vezes	
B.10 O responsável utiliza algum medicamento de forma contínua? <b>Caso a resposta seja não, pule para a questão B.12</b>	(0) não (1) sim	
B.11 Quais os medicamentos que utiliza?	(1) diuréticos (2) antidepressivos (3) anti-hipertensivos (4) psicotrópicos (5) antialérgicos (6) antiparkinsonianos (7) outros. Quais? _____	
B.12 O responsável faz uso de outras substâncias? <b>Caso a resposta seja não, pule a questão B.13</b>	(0) não (1) tabaco (2) bebida alcoólica (3) drogas ilícitas	
B.13 Com que frequência fez uso de outras substâncias?	(1) de vez em quando, sem continuidade (2) uma vez/semana (3) de 2 a 6 vezes/semana (4) diariamente	

## APÊNDICE B

Projeto de Pesquisa: *Identificação dos fatores de risco para a queda de crianças em ambiente hospitalar.*

### Instrumento de Coleta de Dados II

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
Número do Questionário:		Data:
<b>DADOS A SEREM PREECHIDOS QUANDO QUEDA NA INTERNAÇÃO ATUAL</b>		
<b>C- DADOS DA CRIANÇA (ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL)</b>		<b>CODIFICAÇÃO</b>
C.1 Data da queda:	___/___/___	
C.2 Turno em que ocorreu a queda:	(1) manhã (2) tarde (3) noite	
C.3 A queda resultou em lesão?	(0) não (1) sim	
C.4 Qual região do corpo foi lesionada?	(1) cabeça (2) membros superiores (3) tórax (4) abdômen (5) membros inferiores	

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você e seu filho(a) estão sendo convidados a participar da pesquisa: “*Identificação dos fatores de risco para a queda de crianças em ambiente hospitalar*”.

O objetivo desta pesquisa é identificar os fatores de risco de queda para crianças internadas em unidades hospitalares. Em um primeiro momento, serão identificadas as crianças que apresentam “risco de queda”. Após, será aplicado um instrumento de pesquisa a ser respondido por você, responsável da criança, em uma entrevista de aproximadamente 30 minutos de duração. Além disso, dados complementares serão pesquisados no prontuário de seu filho(a).

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação e de seu filho(a) na pesquisa, como também, você não terá nenhum custo financeiro. Sua participação é voluntária, e a recusa em participar não irá acarretar qualquer prejuízo no tratamento do seu filho(a). Entretanto, com sua participação, você estará contribuindo para o avanço dos estudos e de uma melhor identificação dos fatores de risco para a queda.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar (você e seu filho[a]), retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Os pesquisadores asseguram o sigilo de sua identidade. Os resultados da pesquisa serão publicados de forma anônima e permanecerão confidenciais. Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa, por contato com o pesquisador responsável – Márcia Koja Breigeiron (Escola de Enfermagem, Telefone: 33085256) Este é um documento em duas vias, sendo uma delas entregue a você e outra mantida pelo grupo de pesquisadores.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:** fui informado(a) do objetivo da pesquisa de maneira clara e detalhada, e esclareci as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar a minha participação e de meu filho(a), se assim o desejar. Também fui certificado(a) de que todos os dados desta pesquisa serão mantidos em sigilo. Declaro que concordo com a minha participação e de meu filho(a) nesta pesquisa. Recebi uma cópia deste documento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Nome do Responsável

---

Assinatura do Responsável

---

Nome do Pesquisador

---

Assinatura do Pesquisador

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

## ANEXO A



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

*Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação***Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais****Título do Projeto**

<i>Identificação dos fatores de risco para a queda de crianças em ambiente hospitalar</i>	<b>Cadastro no GPPG</b>
---	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 01 de fevereiro de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Márcia Koja Breigeiron	<i>Márcia Koja Breigeiron</i>
Melina Farias Silva	<i>Melina Farias Silva</i>

## ANEXO B

## Parecer da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS

Pesquisador: Marcia Koja Breigeiron

## Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 25643

Titulo: IDENTIFICACAO DOS FATORES DE RISCO PARA QUEDA DE CRIANCAS EM AMBIENTE HOSPITALAR

Área do Conhecimento: Enfermagem Pediátrica

Início: 01/09/2013

Previsão de conclusão: 31/12/2013

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto da linha de pesquisa Estado nutricional em crianças e adolescentes

Projeto envolve aspectos éticos da categoria: Outro Tipo De Projeto

Objetivo: Identificar os indicadores para o diagnóstico de enfermagem "risco de queda" para crianças internadas em unidades hospitalares.

## Palavras-Chave

Assistência De Enfermagem

Criança

Quedas

## Equipe UFRGS

Nome: Marcia Koja Breigeiron

Participação: Coordenador

Início: 01/09/2013

Nome: William Rogério Areiz Brum

Participação: Pesquisador

Início: 01/09/2013

Nome: Kelen Cristina Ramos Dos Santos

Participação: Pesquisador

Início: 01/09/2013

## Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 13/08/2013

Instrumento de Coleta de Dados

Data de Envio: 01/08/2013

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Data de Envio: 13/08/2013

Documento de Aprovação

Data de Envio: 01/08/2013

## Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 14/08/2013

[Visualizar Parecer](#)

## ANEXO C

## Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa – Plataforma Brasil

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** FATORES DE RISCO PARA A QUEDA DE CRIANÇAS EM AMBIENTE HOSPITALAR

**Pesquisador:** Márcia Koja Breigeiron

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 21109613.2.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

**Patrocinador Principal:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 406.185

**Data da Relatoria:** 18/09/2013

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto 13/09/2013, TCLE 13/09/2013 e demais documentos submetidos até a presente data) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Os autores deverão preencher o documento de Delegação de Funções para atividades do presente projeto (disponível na página da internet do HCPA - Pesquisa - GPPG - Formulários - Formulário de Delegação de funções para membros de equipe de pesquisa). Uma vez preenchido, o documento deverá ser enviado ao CEP como Notificação, através da Plataforma Brasil.

Continuação do Parecer: 406.185

PORTO ALEGRE, 25 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Marcia Mocellin Raymundo**  
(Coordenador)

**ANEXO D**

**Normas da**

**REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM**

**Disponível em:** <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions>>. Acessado em 20 de junho de 2015.

A redação deve ser clara e concisa, com a exposição precisa dos objetivos. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema e previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Times New Roman* 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Quando os artigos forem redigidos em português devem respeitar o Acordo Ortográfico de 2008.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo deve ser em letras maiúsculas e em negrito (Ex.: **TÍTULO; RESUMO**); *resumen* e *abstract* em maiúsculas, negrito e itálico (ex.: **RESUMEN; ABSTRACT**); seção primária em maiúscula e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária em minúscula e negrito (ex.: **Histórico**). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto (Ex.: -, \*, etc.] e alíneas [a), b), c)...).

A Revista publica artigos nas seguintes seções:

**Artigos originais:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita. Deve obedecer a seguinte estrutura: Introdução deve apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo. Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de **4.500 palavras no total do artigo (títulos, resumos, descritores, corpo do artigo, ilustrações e 20 referências no máximo)**;

Os manuscritos devem conter:

**Título:** que identifique o conteúdo, em até 15 palavras;

**Resumo:** deve ser elaborado conforme a ABNT (NBR 6028/2003 - *Resumo: apresentação*). Em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, sem subtítulo, acompanhado de sua versão para o espanhol (*Resumen*) e para o inglês (*Abstract*). O primeiro resumo deve ser no idioma do trabalho. Os artigos originais devem apresentar um resumo contendo: objetivos, método (tipo do estudo, amostra, período e local da pesquisa), resultados e conclusões. No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

**Descritores:** de 3 a 6, que permitam identificar o assunto do trabalho, em Português (Descritores), Espanhol (*Descriptores*) e inglês (*Descriptors*), conforme os “Descritores em Ciências da Saúde” (<http://decs.bvs.br>), podendo a Revista modifica-los se necessário. **Título em outros idiomas:** apresentá-lo nas versões para o Espanhol (*Título*) e Inglês (*Title*) logo após os descritores do respectivo idioma.

**Introdução:** deve apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente e relevante) e os objetivos coerentes com a proposta do estudo.

**Metodologia:** deve apresentar o método empregado - tipo de estudo, referencial teórico do estudo e o utilizado para análise dos dados, inclusive os testes estatísticos quando apropriado, critérios de inclusão e exclusão de participantes, período do estudo, local do estudo, considerações éticas (nº de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa), uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou termo de consentimento para uso de dados quando apropriado.

**Resultados:** devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. Os resultados deverão ser apresentados separados da discussão quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens quantitativas.

**Discussão:** deve conter a comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores. Deve ser redigida junto com os resultados nos estudos qualitativos.

**Conclusões ou Considerações Finais:** devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na Enfermagem/Saúde.

**Referências:** devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para as reflexões. Não há limite máximo para as revisões sistemáticas. Devem ser atualizadas (últimos cinco anos); sendo aceitáveis fora desse período no caso de

constituírem referencial fundamental para o estudo. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam utilizados preferencialmente os artigos oriundos das mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Utiliza-se nesta seção “Referências” e não “Referências bibliográficas”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com sua ocorrência no corpo do texto. Deve-se utilizar o estilo de referências *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), atualizado em 2009, e adaptado pela RGE (ver exemplos de referências). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde (BIREME), disponível no endereço: <http://portal.revistas.bvs.br/> . Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderão ser utilizadas como referência as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT, CCN, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>.

**Citações:** devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação. Não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como: “Segundo..., De acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, devem-se separar os números por hífen e, quando intercaladas, devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), se deve utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso (ABNT 10520/2002).

Exemplos:

Pesquisas apontam que...(1-4).

Alguns autores acreditam que...(1,4,5).

“[...] e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”(7).

Os manuscritos podem ainda conter:

**Depoimentos:** são frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa. Não utilizar aspas e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificada a critério do autor, e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

**Ilustrações:** poderão ser incluídas até **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir:

- **Gráficos e quadros:** devem ser apresentados conforme ABNT (NBR 6022/2003 - Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação);

- **Tabelas:** devem ser apresentadas conforme IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em:<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/normastabular.pdf>;

- **Demais ilustrações: apresentadas** conforme ABNT (NBR 6022/2003 - Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

**Símbolos, abreviaturas e siglas:** conforme ABNT (NBR 6022/2003 - Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa – Apresentação).

**Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.**

**Deve ser evitada a apresentação de apêndices** (elaborados pelos autores) e **anexos** (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).