

QUEDA: COMPORTAMENTOS NEGATIVOS DE ENFERMAGEM E CONSEQUÊNCIAS PARA O PACIENTE DURANTE O PERÍODO DE INTERNAMENTO EM UTI

Maria das Neves Decesaro**
Kátia Grillo Padilha***

DECESARO, Maria das Neves; PADILHA, Kátia Grillo. Queda: Comportamentos Negativos de Enfermagem Consequências para o Paciente Durante o Período de Internamento em Uti. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 5 (2): 115-125., 2001.

RESUMO: O presente estudo buscou verificar os comportamentos negativos da equipe de enfermagem e as consequências imediatas para os pacientes, relacionados com a queda durante o período de internação em UTI, sendo utilizada a Técnica do Incidente Crítico como norteadora dos procedimentos metodológicos. A população foi constituída por 235 profissionais de enfermagem que atuavam nas UTIs adulto. O total de 90 relatos obtidos, após análise e categorização, levou aos resultados seguintes. Quanto aos comportamentos negativos, agrupados, resultaram em 09 categorias: deixar o paciente só, sem vigilância (38,6%), não realizar restrição do paciente (16,4%), manter as grades da cama abaixadas (16,4%), não travar as grades da cama, não verificar fixação, encaixe e condições da grade (5,7%), problemas nos equipamentos (5,7%), não realizar avaliação clínica do paciente ou fazê-la incorretamente (5,7%), realizar procedimento técnico complexo, sem auxílio (5,0%), omitir a ocorrência de queda para o enfermeiro (2,9%) e outros (3,6%). Os dados que evidenciam as consequências imediatas para o paciente, em ordem decrescente, assim se apresentaram: traumas teciduais de diferentes intensidades (35,5%), retirada não programada de diferentes artefatos terapêuticos (26,7%), desconexão de artefatos terapêuticos diversos (15,6%), alterações emocionais (8,9%), piora das condições clínicas (7,8%), óbito (4,4%) e outra (1,1%). Os resultados obtidos vêm ressaltar a importância de medidas preventivas para evitar os eventos de quedas de pacientes durante o período de internação em UTI.

PALAVRAS-CHAVE:consequências para o paciente; iatrogenia; queda de paciente; UTI.

FALL: NEGATIVE BEHAVIORS OF THE NURSING AND CONSEQUENCES FOR THE PATIENT DURING THE INTERNMENT PERIOD IN ICU

DECESARO, Maria das Neves; PADILHA, Kátia Grillo. Fall: Negative Behaviors of the Nursing and Consequences for the Patient During the Internment Period In Icu. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 5 (2): 115-125., 2001.

SUMMARY: The present study looked for to verify the negative behaviors of the nursing team and the immediate consequences for the patient's fall during the internment period in ICU, being used the Technique of the Critical Incident as guide of the methodological procedures. The population was constituted by 235 nursing professionals that acted in adult ICU. The total of 90 reports, were obtained after analyzes and categorization let us to the following results. With regard to the negative, contained behaviors, they resulted in nine categories: to leave the patient alone without surveillance (38.6%), not to accomplish the patient's restriction (16.4%), to maintain the barsees of the lowered bed (16.4%), not to join the barsees of the bed, not to check fixation, fitting and conditions of the bars (5.7%), problems in the equipments (5.7%), not to accomplish teh patient's clinical evaluation or to do incorrectly equipments (5.7%), no to the patient's clinical evaluation or to do it incorrectly (5.7%), to accomplish technical procedure, without aid (5.0%) to omit the fall occurrence for the male nurse (2.9%) and other (3.6%). The data that evidence immediate consequences for the patient, in decreasing order, came like this: tissue trauma of different intensities (35.5%), not programmed retreat of different therapeutic engines (26.7%), disconnection of several therapeutic equipment (15.6%), emotional alterations (8.9%), it worsens of the clinical conditions (7.8%), death (4.4%), and other (1.1%). The obtained results come to stand or the importance of preventive measures to take precautions the events of patient's falls during the internment period in ICU.

KEY WORDS:consequences for the patient; iatrogenic; ICU; patient's fall.

** Mestre em Fundamentos de Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá Paraná Brasil.

*** Profª. Livre-Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo São Paulo Brasil.

Endereço: Kátia Grillo Padilha, Rua São João 628/ 502- Maringá- PR. E- mail: mdndecesaro@uem.br - Fone: (44) 263 0120

Introdução

A manutenção da segurança do paciente no decorrer da internação hospitalar é uma das principais responsabilidades atribuídas ao enfermeiro, que deve buscar todos os recursos disponíveis para efetivá-la. Nesse sentido, uma das medidas de segurança que o enfermeiro e equipe de enfermagem deve prover refere-se à prevenção de quedas, pois, a vigência desses eventos, desqualifica-se o cuidado, com conseqüências imprevisíveis para o paciente, para a equipe de enfermagem e para a instituição.

Embora a ocorrência de incidentes adversos seja indesejável em qualquer unidade hospitalar, podem assumir dimensões ainda maiores quando acontecem com pacientes graves, internados em unidade de terapia intensiva (UTI), uma vez que, em face da instabilidade clínica normalmente presente, esses eventos, podem acarretar graves repercussões sistêmicas. Sendo assim, a busca incessante pela qualidade do cuidado, refletida em um baixo índice dessas ocorrências, inclusive com a perspectiva do defeito zero ou das atitudes livres de erro, tem sido objetivo a ser atingido na assistência intensiva.

A gestão de qualidade total, portanto, tem como uma das metas o erro zero no decorrer do atendimento, em que as ações preventivas antecipam-se aos fatos. Para que isso seja possível, no entanto, torna-se indispensável o envolvimento e o compromisso, não só da equipe, em um processo contínuo de aprimoramento do conhecimento científico e de habilidades técnicas, como também da filosofia inerente à instituição e da infra-estrutura operacional existente para o seu funcionamento (COLOMBO, 1994).

Diante desse quadro conceitual, o estudo das ocorrências iatrogênicas no decorrer da internação na UTI, em especial da queda de pacientes, reveste-se de particular interesse, principalmente quando se considera que a detecção e análise desses eventos permitem identificar não só problemas estruturais de ambiente físico, recursos humanos, equipamentos e processo de trabalho, como também, e principalmente, as condutas inadequadas da equipe que contribuem para essas ocorrências.

Nesse sentido, abordar as quedas ocorridas com pacientes críticos implica, sobretudo, considerá-las como ocorrências iatrogênicas passíveis de monitorização, com

vistas à prevenção dos pontos vulneráveis no processo de cuidar, que favorecem tal desvio. A busca pela identificação das condutas inadequadas significa investir na correção de possíveis falhas que possam comprometer a segurança do paciente na UTI.

Segundo PADILHA (1998), ocorrência iatrogênica é entendida como "*um evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente, conseqüente ou não de falha do profissional responsável pelo cuidado e que compromete ou tem o potencial de comprometer a segurança do doente*".

BECKMANN *et al.* (1996), em estudo sobre incidentes críticos em três UTIs da Austrália, ressaltam a importância de um processo contínuo de monitorização de problemas identificados na prática que possibilitem implementar intervenções junto à equipe assistencial, principalmente nas unidades que apresentam uma complexa estrutura organizacional, como é o caso das UTIs. Para os autores, os incidentes adversos podem ser causados por erro humano, por problemas inerentes à infra-estrutura operacional e, mais comumente, pela combinação de ambos. Com base nos resultados encontrados, ressaltam que é possível identificar e corrigir os fatores contribuintes e as causas que levam aos eventos adversos ou potencialmente adversos nessas unidades.

Considerando-se ainda as conseqüências, para RUBENSTEIN *et al.* (1994), as quedas aumentam também o custo ao sistema assistencial porque causam complicações e, em conseqüência, requerem período maior de hospitalização. Assim sendo, afirmam que a avaliação das conseqüências econômicas poderia ajudar hospitais a desenvolverem programas de prevenção de quedas. No entanto, indo além das perdas materiais, salientam que as quedas podem ter conseqüências sérias no que se refere à integridade física e à qualidade de vida do indivíduo, podendo desencadear alterações psicológicas, por provável aumento do período de internação e, em decorrência, um afastamento mais prolongado de seus compromissos sociais e familiares.

Embora os trabalhos mencionados focalizem as ocorrências iatrogênicas na UTI de uma forma geral, verifica-se pouca ênfase na

investigação de quedas especificamente.

JANKEN *et al.* (1986) apontam para a questão da responsabilidade da equipe de enfermagem quando declaram que é função do enfermeiro evitar as ocorrências iatrogênicas, identificando, já na admissão, o paciente com potencial para queda. Para os autores, existe o entendimento de que a enfermagem tem competência clínica para identificar fatores de risco e pacientes propensos a cair, proporcionando cuidados adicionais e implementando estratégias de prevenção.

Em que pese à responsabilidade do enfermeiro e equipe profissional no que diz respeito à prevenção de quedas, dentro de um enfoque de qualidade total, muitos são os fatores que podem estar relacionados com a ocorrência desses eventos e que merecem ser analisados no seu conjunto, incluindo também os da área estrutural. Dentre estes, segundo PADILHA (1992), podem ser destacadas a qualidade e quantidade de recursos humanos, recursos materiais e de equipamentos, além do ambiente físico, que contribuirão em maior ou menor grau para o atendimento do paciente com segurança.

Do que foi exposto, verifica-se que a queda de pacientes durante o período de internação na UTI está diretamente relacionada com a qualidade da assistência que lhes é oferecida. Por envolver falhas no cuidado que podem ser decorrentes de fatores da esfera pessoal e institucional, pouca atenção tem sido dada a tal problemática, no nosso meio. Com vistas à busca de subsídios que contribuam para a prevenção de quedas de pacientes na UTI, dentro de um enfoque de melhoria contínua de qualidade, propõe-se o estudo do tema que buscou explorar e descrever a magnitude das ocorrências iatrogênicas relacionadas com a queda de pacientes durante a internação em unidade de terapia intensiva (UTI). Neste trabalho, procurou-se verificar os comportamentos negativos da equipe de enfermagem e as conseqüências imediatas para os pacientes decorrentes da ocorrência de queda em UTI.

Metodologia

Para este trabalho, que é parte de uma dissertação, utilizou-se a abordagem qualitativa e algumas quantificações, tendo a Técnica do

Incidente Crítico (TIC) como norteadora dos procedimentos metodológicos.

A TIC foi proposta pela primeira vez por FLANAGAN (1973). No Brasil, DELA COLETA (1972), tendo como base os estudos de Flanagan, definiu passos importantes que devem ser seguidos para aplicação da TIC.

Os dados foram coletados em 12 UTIs que atendiam pacientes adultos, sendo 9 gerais e 3 especializadas, de 8 instituições dos Municípios de Londrina e Maringá-Paraná. Primeiramente, a Comissão de Ética de cada instituição avaliou o projeto e autorizou a realização das entrevistas com os funcionários.

A população de informantes do estudo constituiu-se inicialmente de 235 profissionais de enfermagem. Vale ressaltar que os sujeitos participantes assinaram o termo de consentimento informado, e constituíam a totalidade da equipe de enfermagem das UTIs autorizadas. Deste total, foram excluídos 127 (54,0%) profissionais que não apresentaram relato de queda de paciente em UTI, 11 (4,7%) que se encontravam de férias no período da coleta de dados e 03 (1,3%) que estavam em licença médica. Além desses, 03 (1,3%) profissionais recusaram-se a participar do estudo. Deste modo, a população foi constituída por 91 (38,7%) profissionais que apresentaram um ou mais relatos de incidentes críticos relativos à queda de pacientes durante o período de internação em UTI.

Os 91 profissionais que fizeram parte do estudo forneceram 103 relatos de queda de paciente em UTI, sendo que 13 foram desprezados por estarem incompletos, impossibilitando a análise, ou por serem duplicidade de relato já fornecido por outro sujeito participante. Por conseguinte, obteve-se um total de 90 relatos para análise e categorização, os quais constituíram a casuística desta investigação.

Para a realização do presente trabalho, considerou-se a definição operacional enunciada por NOGUEIRA (1988), em que a *Situação* é entendida como o tipo de fato ou circunstância que levou o sujeito a emitir determinado comportamento, o *Comportamento* a conduta apresentada pelo sujeito perante a circunstância e como *Conseqüência* o resultado decorrente do comportamento emitido naquela dada circunstância. Ainda como *comportamento*

foram consideradas as falhas dos equipamentos utilizados na assistência, aqui entendidas como desempenho inadequado dos mesmos.

Com relação à queda, considerou-se a definição proposta por SEHESTED; SEVERIN-NIELSEN (1977) que a apresenta como *"uma mudança súbita e inesperada na posição em que o mecanismo estático e de fixação do corpo falha e, a resposta voluntária ou reflexa para corrigir este desequilíbrio é inadequada"*. Assim sendo, neste trabalho foram consideradas as diferentes possibilidades de queda na UTI.

Para a coleta dos dados do estudo utilizou-se a entrevista, com um roteiro semi-estruturado com uma pergunta aberta, na qual era solicitado ao entrevistado que relatasse um ou mais casos referentes à queda de pacientes durante o período de internação em UTI, não importando o tempo e a instituição em que o fato havia ocorrido. A pergunta que direcionou a entrevista foi assim formulada: **pedimos que você pense no seu trabalho, em alguma situação que você tenha visto ou participado, em que o paciente sofreu queda do leito, maca, cadeira ou da própria altura, durante a sua internação na UTI. (Pausa)**

"Conte-nos detalhadamente como e porque ocorreu o fato, quais foram as conseqüências dessa situação e qual foi a conduta adotada."

A partir do material coletado, procedeu-se à análise de conteúdo dos relatos, seguindo as etapas propostas por NOGUEIRA (1988), na qual se buscou identificar e proceder a categorização dos aspectos do fenômeno. Cabe ressaltar que diversos aspectos emergiram dos relatos, porém, o presente trabalho enfocará, a partir das situações que determinaram as quedas, os comportamentos negativos (Cp) e as conseqüências imediatas para o paciente (CqP).

Resultados

Comportamentos Negativos

Na análise dos dados, procedeu-se a categorização dos comportamentos negativos presentes nos relatos. Ressalte-se que, embora comportamentos positivos tenham sido relatados pelos entrevistados, para efeito de análise dos resultados considerou-se apenas à categorização dos comportamentos negativos, uma vez que estes dizem respeito, especificamente, às ocorrências iatrogênicas na UTI, no caso, queda de pacientes, objeto desta investigação.

Tabela 1 - Distribuição dos comportamentos negativos relacionados com queda de pacientes durante o período de internação em UTI. Londrina - Maringá, 1999.

Comportamentos negativos	Nº	%
Deixar o paciente só, sem vigilância	54	38,6
Não realizar restrição do paciente	23	16,4
Manter as grades da cama abaixadas	23	16,4
Não travar a cama, não checar fixação, encaixe e condições da grade	08	5,7
Problemas nos equipamentos	08	5,7
Não realizar avaliação clínica do paciente ou fazê-la incorretamente	08	5,7
Realizar procedimento técnico complexo, sem auxílio	07	5,0
Omitir a ocorrência de queda para o enfermeiro	04	2,9
Outros	05	3,6
Total	140	100

Verifica-se pelos dados da Tabela 1 que foram encontrados 140 comportamentos negativos nas 90 situações relatadas. Tais comportamentos, agrupados, resultaram em 09

categorias, que envolveram não só condutas inadequadas dos profissionais que indicavam desvio dos padrões técnico científicos recomendados, como também falhas no processo

de trabalho da equipe de enfermagem e problemas na estrutura institucional relacionados com os recursos humanos e equipamentos.

Conseqüências imediatas para o paciente (CqP)

Com vistas à identificação das conseqüências imediatas para os pacientes que vivenciaram episódios de queda na UTI, procedeu-se à análise das 90 situações estudadas,

a qual revelou que 33 (36,7%) delas não trouxeram nenhuma conseqüência para o paciente, passível de identificação. Pode-se constatar, no entanto, que as demais 57 (63,3%) situações mencionadas resultaram em uma ou mais conseqüências imediatas para o paciente. A tabela a seguir apresenta as categorias de conseqüências, bem como a distribuição encontrada.

Tabela 2 - Distribuição das conseqüências imediatas para o paciente decorrentes das situações de queda durante o período de internação em UTI. Londrina - Maringá, 1999.

Conseqüências imediatas para o paciente	Nº	%
Traumas teciduais de diferentes intensidades	32	35,5
Retirada não programada de diferentes artefatos terapêuticos	24	26,7
Desconexão de artefatos terapêuticos diversos	14	15,6
Alterações emocionais	08	8,9
Piora das condições clínicas	07	7,8
Óbito	04	4,4
Outra	01	1,1
Total	90	100

Discussão

Explorar a magnitude das ocorrências iatrogênicas relacionadas com a queda de pacientes na UTI implica, antes de tudo, visualizá-la como um evento indesejável que deve ser prevenido, sendo a prevenção um compromisso ético dos profissionais. Implica, além disso, no entendimento de que as ocorrências iatrogênicas, quando acontecem, devem ser analisadas dentro de um enfoque de base sistêmica, tal qual preconizado nos princípios da qualidade total (DONABEDIAN, 1986; MASTERS; SCHMELE, 1991; AZEVEDO, 1992; COLOMBO, 1994). Assim, a busca da melhoria contínua de qualidade nos serviços, tendo por meta o erro zero no atendimento ao paciente, envolve mais do que apenas o compromisso do profissional diretamente responsável pelo cuidado. Depende ainda da filosofia institucional e da infra-estrutura operacional existente para o seu funcionamento, daí a responsabilidade também de diretores, administradores e demais profissionais na garantia da segurança do paciente no decorrer da internação (PADILHA, 1992,

1994, 1998).

A análise dos 90 casos de queda relatados pelos profissionais de enfermagem e distribuídos em diferentes categorias, possibilitou identificar aspectos relevantes relacionados com o evento em foco.

As situações apresentadas nos relatos foram agrupadas em 06 categorias, as quais serão apenas referidas neste trabalho, e não discutidas, assim sendo distribuídas: *quadros de alteração do nível de consciência do paciente*, foi a mais freqüente (50,0%), seguida da *tentativa do paciente de levantar-se sem auxílio* (16,7%), *atendimento às necessidades humanas básicas* (14,4%), *admissão de paciente na unidade* (8,9%), *agravo das condições clínicas* (5,6%) e *outras* (4,4%).

Perante essas situações, pode-se dizer que a observação e avaliação do doente, do ambiente e do equipamento são instrumentos básicos de enfermagem de fundamental importância, que devem ser desenvolvidos e reforçados junto aos trabalhadores com vistas à diminuição dos fatores de risco que levam às iatrogenias, e para assim se

alcançar assistência com qualidade.

A discussão deste trabalho está voltada para os comportamentos negativos observados, em que se verificou que as 90 situações apresentadas ocasionaram 140 condutas, que foram agrupadas em 09 categorias, conforme Tabela 1.

Observa-se, que a manutenção do paciente só, sem vigilância, foi a categoria mais freqüente de comportamentos negativos relacionados com a queda dos pacientes na UTI.

Em diversas situações apresentadas neste trabalho, o profissional estava preparando medicação, atendendo a chamadas ou prestando cuidados a outro paciente, ou encontrava-se no posto de enfermagem fazendo anotações ou conversando. Com uma menor freqüência, os funcionários aguardavam o paciente do lado de fora do banheiro, respeitando a sua privacidade, ou tinham se ausentado da unidade para buscar material para o banho. Verificou-se, além disso, saída dos funcionários para lanche, tomar café, atender ao telefone ou mesmo para bater o cartão ponto. Houve também o caso em que existia um único funcionário, sozinho, na unidade e, uma situação em que todos foram lanche ao mesmo tempo.

Segundo estudo de UDÉN (1985) e de MION *et al.* (1989), mais de 80,0% das quedas ocorrem quando o paciente está só. Para RUBENSTEIN *et al.* (1994) ocorre o aumento das quedas quando os profissionais de enfermagem encontram-se em menor número, como durante os intervalos para café e na mudança de plantão.

Informações semelhantes ao do presente estudo, foram encontradas nos achados de SANTOS *et al.* (2000), em que 30,9% das quedas ocorreram quando o paciente estava só. Entre as justificativas para tal circunstância encontrou-se também o respeito à privacidade do paciente, que foi deixado sozinho no banheiro para suas necessidades fisiológicas. Os mesmos autores perceberam que em 40,0% das quedas, o número de profissionais de enfermagem estava compatível com o previsto pela instituição, não mostrando inadequação do quadro de pessoal do setor.

Embora não se disponha, nesta investigação, de dados objetivos referentes ao quantitativo de pessoal na unidade quando da

ocorrência de queda, em vários relatos, pode-se deparar com a referência ao "plantão corrido" e à presença de "poucos funcionários na unidade", sugerindo escassez de pessoal. Fala ainda favoravelmente a essa hipótese a constatação de que, na maioria das vezes em que o funcionário deixou o paciente só, o fez para realizar outras atividades relacionadas com o cuidado.

Quando se analisa o comportamento manter o paciente sozinho, sem vigilância e as categorias de situações, observa-se que esse Cp negativo está fortemente presente em todas as situações, com exceção da categoria outras.

Sabe-se que o deixar o paciente só nem sempre se relaciona exclusivamente com a conduta deliberada do profissional, mas com a estrutura física e organizacional da unidade, cujas condições de trabalho definem a qualidade da assistência.

Pode-se observar também pelos relatos, que em momentos em que havia atendimento à PCR ou chegada de paciente grave na unidade, a equipe toda deslocava-se para o mesmo local, centralizando a atenção em um único doente, esquecendo-se do todo da unidade.

Neste comportamento o que chama a atenção é a falha existente na dinâmica de trabalho da UTI, pois se a unidade conta com um coordenador de atividades, se dispõe de funcionários em número suficiente e capacitados e se as funções estão bem definidas, estará preparada para receber ou atender doentes graves, sem prejuízo dos demais pacientes.

Segundo CAMPEDELLI *et al.* (1987), o enfermeiro responsável pela gerência da assistência de enfermagem nos hospitais encontra várias dificuldades para desenvolver um trabalho com qualidade, pois o número de profissionais de enfermagem representa um custo elevado para a instituição.

Assim sendo, muitas vezes por motivos econômicos e/ou políticos, diretores e administradores acabam mantendo um quadro inadequado de pessoal. As observações desses autores, embora enunciadas na década de 80, podem ser constatadas nos dias atuais, quando se convive com a precariedade dos serviços de saúde, nele incluídas as UTIs, que resultam em condições de trabalho deficientes e de risco para os pacientes e profissionais.

Com isso ressalta-se a importância de um número suficiente de funcionários dentro da UTI para que possa ser prestada assistência adequada e segura aos pacientes. Segundo PADILHA (1992), quantidade suficiente e qualidade do profissional, aliadas a um processo de educação contínua e sistematizada e avaliação de desempenho periódica, são requisitos fundamentais que proporcionam maior segurança no trabalho da equipe de enfermagem.

A investigação dos resultados demonstrou que não realizar restrição do paciente e manter as grades da cama abaixadas foram a segunda maior categoria de comportamentos negativos que levaram à queda (16,4% cada), conforme dados da Tabela 1. Ao se analisar os dados relacionados com as situações, pode-se também perceber que tais comportamentos apresentaram-se com maior frequência nas situações em que o paciente encontrava-se com quadro de alteração do nível de consciência. A manutenção das grades da cama abaixadas também apresentou-se em todas as categorias de situação, à exceção da categoria outras.

MORSE *et al.* (1987) e ROCHA & MARZIALE (1998) destacam o uso de grades como sendo uma medida preventiva de proteção do paciente contra quedas e ressaltam que o uso inadequado de grades no leito pode ser responsável pela ocorrência em questão.

SANTOS *et al.* (2000) reiteram que as grades contribuem para minimizar os danos corpóreos decorrentes das quedas, devendo ser mantidas principalmente nos casos de pacientes acamados, agitados e idosos, apesar de essa conduta não ser suficiente para impedir o evento de quedas.

Acredita-se, diante dos resultados do estudo, que a elevação das grades colabora na prevenção de quedas do paciente, porém a sua implementação vai depender da valorização a ela atribuída pelos profissionais e da disponibilidade de camas com grades, em condições de uso, na unidade. Quanto à aplicação de restrição de movimento, sabe-se que é questionada em muitos serviços, além de ser vista como desumana pela sociedade. No entanto, quando analisada sob o ponto de vista de segurança do paciente, torna-se um meio de prevenção de incidentes adversos, como é o caso da queda.

Segundo DU GAS (1988), mesmo sendo vista como indesejável no atendimento de enfermagem, a contenção mecânica é uma forma de prevenção de acidentes, uma vez que as quedas estão entre os tipos de acidentes que ocorrem com frequência.

Para MORGAN *et al.* (1985), as restrições são atualmente aconselhadas apenas para pacientes confusos, inquietos ou sedados. Segundo RUBENSTEIN *et al.* (1994), as restrições físicas devem ser usadas somente em raras e bem documentadas situações. Corroboram essas afirmações autores como WINSTON *et al.* (1999), que ressaltam a importância da competência profissional e da educação/treinamento voltados à avaliação da necessidade de contenção do paciente.

Mesmo concordando com a necessidade de cautela na aplicação de restrição mecânica, e também reconhecendo que ao efetivar esta conduta se está tirando a autonomia e a liberdade do paciente, percebe-se através da análise das situações deste estudo que a contenção mecânica é indispensável para a segurança do paciente, evitando possíveis quedas, principalmente em pacientes com quadro de alteração do nível de consciência, conforme encontrado nas UTIs.

Acredita-se que tanto a conduta de não realizar restrição quando cabível, como o de manter o paciente sem vigilância podem ser resolvidos com a presença de um adequado número de funcionários capazes de avaliar o paciente e implementar os cuidados preventivos necessários. Ressalta-se ainda que os procedimentos de segurança junto aos pacientes não estão restritos à equipe de enfermagem; a comunicação com outros membros da equipe de saúde, como funcionários do laboratório, Rx e médicos, apresenta-se de extrema importância para prevenir ocorrências adversas, como foi o caso em uma das situações deste estudo.

Seguindo a análise, constata-se que as categorias de Cp negativos (Tabela 1) agruparam condutas relacionadas com a falta de atenção do profissional que não checkou a fixação, encaixe e condições da grade e a não-realização da avaliação clínica do paciente. Além dessas, com igual porcentagem (5,7%) foram reunidos os problemas nos equipamentos, apesar de não estarem diretamente ligados ao comportamento

humano. WRIGHT *et al.* (1991) verificaram em um estudo sobre a prevenção de falhas na UTI, que 20,0% das ocorrências eram decorrentes de falhas nos equipamentos. WEBB *et al.* (1993) observaram que dos incidentes relatados por anestesistas, 9,0% ocorreram por falhas nos equipamentos, destacando a importância da manutenção preventiva dos mesmos para proteção dos pacientes e dos profissionais.

Autores como COOPER *et al.* (1984) adaptaram a TIC para obter informações de anestesistas de ocorrências iatrogênicas, tendo os resultados demonstrados que apenas 4,0% dos incidentes negativos resultaram de problemas nos equipamentos. Comentam sobre esses achados que as falhas dos equipamentos são detectadas mais prontamente por anestesistas antes de ocorrer um mal irreversível, enquanto que as pessoas têm maior dificuldade para detectar seus próprios erros.

PADILHA (1992) refere que a quantidade e a qualidade satisfatória de material e equipamentos auxiliam na segurança do paciente, e que é fundamental a manutenção periódica dos mesmos, com vistas à prevenção de iatrogenias em UTI. SINGLETON *et al.* (1993) vêm confirmar tal afirmação quando ressaltam que incidentes de quedas ocorreram pela idade avançada ou desgaste do equipamento. Também SALGADO *et al.* (1994) destacam a importância de remover ou modificar fatores ambientais que servem como obstáculos na prevenção de quedas, entre eles as camas inapropriadas.

Com os resultados desta pesquisa e as reflexões dos autores mencionados, percebe-se que as ações de enfermagem não estão apenas relacionadas com o paciente, mas com todos os aspectos que envolvem o cuidar. Equipamentos obsoletos ou com defeitos propiciam as ocorrências adversas e a enfermagem pode preveni-las estando atenta para a sua manutenção, teste e utilização de forma adequada, assim como solicitando reposição quando necessária.

Concebe-se que a responsabilidade da enfermagem envolve todo o complexo contexto indivíduo- equipamento- ambiente, estando o indivíduo no centro das ações. Na análise do comportamento que implicou em não realizar avaliação clínica do paciente ou na emissão de julgamentos incorretos, chama-se a atenção, mais

uma vez, para a relevância do preparo técnico-científico e para a conscientização do profissional, que deveria, ao receber o paciente na UTI, procurar coletar o máximo de informações possíveis para melhor atendê-lo. Não avaliar o paciente no momento da admissão é ser negligente com o cuidado, independentemente dos motivos existentes. Estar ciente da importância da avaliação é ter responsabilidade com o ser humano, e ser capacitado para fazê-lo é uma exigência para quem trabalha em UTI.

Segundo CAR (1987), para realizar assistência que atenda às necessidades do indivíduo é primordial que os problemas de enfermagem sejam corretamente identificados e que a unidade esteja adequadamente provida de recursos humanos e materiais, que constituem, na base, o suporte para implementação de assistência efetiva ao paciente.

Apesar de indesejável, todo profissional está sujeito a julgamentos incorretos de dados clínicos, porém, na UTI, é crítico o comportamento apresentado pelo profissional que leva o paciente ao banheiro em cadeira ou deambulando, apesar da exigência de repouso absoluto. Em face da gravidade das condições clínicas, principalmente de pacientes cardíacos, tal conduta pode ser considerada imprudente ou negligente. Mais inadmissível, no entanto, é o profissional deixar sozinho no banheiro o paciente em condições graves, para ir tomar café, conversar no posto de enfermagem ou mesmo ausentar-se da unidade.

Pode-se ainda dizer que falhas de julgamento também estiveram presentes quando da realização de procedimento técnico, complexo, sem auxílio (Tabela 1). Ao tentar executar sozinho, procedimentos que deveriam ser realizados no mínimo por duas pessoas, os profissionais acabam acarretando danos ao paciente.

Nesse sentido, concebe-se que o trabalho em equipe colabora para diminuir a ansiedade e as dificuldades encontradas na prestação da assistência ao paciente crítico. Assim, parece ser fundamental na UTI a interação dos profissionais enquanto equipe, com vistas a minimizar as ocorrências de queda de pacientes durante o período de internação na unidade.

Visualiza-se ainda na Tabela 1, mesmo

com frequência reduzida (2,9%), a omissão da ocorrência da queda para quem de direito, no caso, o enfermeiro responsável pela unidade e/ou instituição. Tal fato é relevante, pois comportamentos dessa natureza impedem a evolução de possíveis sinais de complicações que, sendo monitorados, podem prevenir conseqüências maiores.

Estudo de OGUISSO (1975) sobre as anotações de enfermagem mostrou que em 63,3% das situações de ocorrências danosas ao paciente não havia o correspondente registro no prontuário. A referida autora faz considerações a respeito das conseqüências legais dessas omissões, previstas nos códigos penal, civil, trabalhista e também profissional.

Nessa linha de argumentação, pode-se inferir que o profissional com receio das sanções que poderia sofrer por parte dos superiores imediatos, prefere omitir o fato ou apenas comunicá-lo ao médico, com quem se sente mais seguro.

Os resultados do estudo evidenciaram ainda, com uma menor frequência, os Cp negativos da categoria outros, nela incluídos: não valorizar a solicitação de ajuda feita pelo paciente, levando-o a levantar-se sozinho, transporte inadequado de paciente grave e manter o paciente no chão após a queda.

Já citado anteriormente, estudo de MION *et al.* (1989) também encontrou relatos de pacientes que solicitaram ajuda e não foram atendidos pelo profissional de enfermagem, o que culminou com a sua queda. Chama-se a atenção para o fato de que o atendimento com descaso denota uma postura pouco profissional e desumana. Estando o indivíduo em situação de dependência quase que exclusiva da equipe de enfermagem, esta deveria trabalhar reconhecendo os anseios e temores do paciente, valorizando as queixas e solicitações de ajuda, bem como avaliando as verdadeiras condições clínicas e emocionais do indivíduo.

Quanto ao transporte inadequado do paciente grave, reforça-se a necessidade de equipamento adequado, com uma supervisão periódica na sua adequação e manutenção e, também a importância do treinamento do pessoal que desenvolve tal atividade, a fim de garantir a segurança física dos pacientes e daqueles que

executam o transporte, com vistas à prevenção de quedas (CHIANCA, 1992). Por fim, Cp crítico e inaceitável foi a manutenção do paciente no chão após a queda sofrida.

Com referência às conseqüências, às situações e comportamentos negativos verificados resultaram num total de 90 conseqüências imediatas para o paciente, agrupadas em 07 categorias.

Os resultados analisados mostram que as situações com o maior número de comportamentos negativos foram as que contribuíram também para o maior número de conseqüências imediatas para o paciente. Tais achados levam à constatação de que as condutas inadequadas, se não corrigidas, são capazes de desencadear inúmeras conseqüências.

Nesta investigação, observou-se que das 90 situações obtidas, em 33 (36,7%) não ocorreram conseqüências imediatas para o paciente. Quando se comparam esses resultados com os estudos de SEHESTED *et al.* (1977), SWARTZBECK (1983), MORSE *et al.* (1985), MORSE *et al.* (1987), MION *et al.* (1989) e SCHEFFEL & PANTELATOS (1997), verifica-se um quadro preocupante, pois porcentagem maior, ou seja, cerca de 60,0% a 75,0% das quedas encontradas por esses autores, não acarretaram danos ao paciente. Além disso, não se pode deixar de considerar que quando apresentam as conseqüências sofridas pelos pacientes, no geral, referem-se a danos tissulares.

Nas 57 (63,3%) situações desta pesquisa em que houve conseqüências para o paciente, verificou-se que em 32 (35,5%) os pacientes sofreram traumas teciduais de diferentes intensidades, com ou sem necessidade de sutura, sendo que em apenas uma houve a presença de fratura dos ossos da face. Resultados encontrados por LUUKINEN *et al.* (1995) revelaram que em 20,0% das quedas, os pacientes apresentaram lesões tissulares leves como escoriações, equimoses ou lacerações superficiais sem necessidade de sutura, cerca de 10,0% sofreram lesões tissulares maiores e 5,0% apresentaram fratura.

Também RUBENSTEIN *et al.* (1994), analisando vários estudos, constataram que 4,0% das quedas (com alcance de 1,0% a 10,0%) resultaram em fratura; enquanto que 11,0%

geraram lesões sérias como trauma na região da cabeça e lacerações graves.

Em que pese às diferentes porcentagens citadas pelos autores, acredita-se que as conseqüências, por menores que sejam, não existiriam se a queda não tivesse ocorrido. Diante disso, mais uma vez se confirma que a forma mais eficaz de se intervir nas conseqüências é prevenir as quedas.

SINGLETON *et al.* (1993), analisando as conseqüências de queda de paciente, encontraram entre elas a perda dos artefatos terapêuticos de monitorização cardíaca, respiratória e de catéteres para administração de drogas. Os achados destes autores, embora em pequena freqüência, mostram semelhança com as conseqüências identificadas neste trabalho, onde foram constatados 26,7% de retiradas não programadas e 15,6% de desconexão de artefatos terapêuticos.

Ainda que aparentemente mais simples, um olhar mais atento às conseqüências incluídas nessas categorias deixa evidente que, na UTI, não se trata somente de recolocar ou reconectar eletrodos, sondas e catéteres. As condições clínicas dos pacientes, normalmente graves, são pioradas com a desconexão de um catéter arterial, por exemplo, que neste estudo levou à necessidade de transfusão sangüínea.

O mesmo se pode dizer das saídas acidentais de drenos de tórax e de catéteres venosos, assim como da desconexão do respirador. Pode-se observar ainda que tais ocorrências trouxeram, além das conseqüências de ordem física, conforme se verificou, alterações na esfera afetiva. A presença da ansiedade, medo e insegurança manifestados pelos pacientes após a queda, vem atestar a dimensão dessas ocorrências na UTI.

Nesta investigação, como conseqüências imediatas graves, foram constatadas ainda a piora clínica (7,8%) e a ocorrência de óbito (4,4%) do paciente. Esses dados, por si só, evidenciam que condutas negativas dos profissionais, seja não avaliando o paciente, seja não implementando medidas de prevenção, podem resultar em conseqüências dramáticas.

Com relação ao aumento do período de internação hospitalar encontrado (1,1%), também BATES *et al.* (1995) observaram em seu estudo que ocorreu um aumento de 71,0% na

permanência hospitalar de pacientes que caíram e sofreram lesões.

Ressalta-se, em face desses dados, a relevância da prevenção da queda na UTI perante as conseqüências das mais variadas gravidades para o paciente, as quais não se limitam aos traumas teciduais, perda de artefatos terapêuticos e problemas emocionais, mas que levam inclusive à piora das condições clínicas de pacientes já críticos, assim como ao óbito.

Considerações Finais

Os dados deste trabalho reiteram a importância da análise das ocorrências de queda dentro de um enfoque sistêmico de qualidade. Além de apontarem para falhas específicas dos profissionais, revelam problemas estruturais, sobretudo relacionados com o subdimensionamento de pessoal e as condições dos equipamentos.

É imprescindível, também, analisar e avaliar o trabalho dentro das particularidades de cada unidade, principalmente no que se refere à quantidade e qualidade dos recursos humanos e equipamentos existentes para a assistência ao doente crítico, que exige demandas diferenciadas de cuidados, e para com isso, reduzir as ocorrências adversas, neste caso, a redução de quedas de pacientes durante o período de internação em UTI.

Referências

- AZEVEDO, A. C. de. O futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. *Rev. Paul. Hosp.*, 40, 5/12, 53-9, 1992.
- BATES, D.W. *et al.* Serious falls in hospitalized patients: correlates and resource utilization. *The American Journal of Medicine*, 99, 137-43, 1995.
- BECKMANN, U. *et al.* The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU. The development and evaluation of an incident reporting system in intensive care. *Anaesthesia and Intensive Care*, 24, 3, 314-9, 1996.
- CAMPEDELLI, M. C. *et al.* Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP*, 21, 1, 3-15, 1987.
- CAR, M. R. Identificação de problemas de enfermagem da esfera física em pacientes de unidade de tratamento intensivo. *Rev. Esc. Enf. USP*, 21, 1, 23-36, 1987.
- CHIANCA, T. C. M. *Uma visão sistêmica do transporte do paciente cirúrgico*. Ribeirão Preto, 1992. 126p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

- COLOMBO, S. S. Desafios pela excelência: sua parceria no sucesso. *Rev. Med. Social*, 11, 96, 1994.
- COOPER, J. B.; NEWBOWER, R. S.; KITZ, R. J. An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: considerations for prevention and detection. *Anesthesiology*, 60, 1, 34-42, 1984.
- DELA COLETA, J. A. A análise do tratamento e a determinação de critérios em psicologia aplicada. *Arq. Bras. Psic. Aplic.*, 24, 3, 71-82, 1972.
- DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Rev. Bull.*, 112, 3, 99-108, 1986.
- Du GAS, B.W. *Enfermagem prática*. Rio de Janeiro, Guanabara, 1988. Cap.21, p. 383-400: Necessidades de segurança.
- FLANAGAN, J. C. A técnica do incidente crítico. *Arq. Bras. Psic. Aplic.*, 25, 2, 99-141, 1973.
- JANKEN, J. K.; REYNOLDS, B. A.; SWIECH, K. Patients falls in the acute care setting: identifying risk factors. *Nursing Research*, 35, 4, 215-9, 1986.
- LUUKINEN, H. et al. Risk factors for recurrent falls in the elderly in long-term institutional care. *Public Health*, 109, 57-65, 1995.
- MASTERS, F.; SCHMELE, J.A. Total quality management: an idea whose time has come. *J. Nurs. Qual. Assur.*, 5, 4, 7-16, 1991.
- MION, L. C. et al. Falls in the rehabilitation setting: incidence and characteristics. *Rehabilitation Nursing*, 14, 1, 17-22, 1989.
- MORGAN, V. R. et al. Hospital falls: a persistent problem. *American Journal of Public Health*, 75, 7, 775-7, 1985.
- MORSE, J. M. et al. A retrospective analysis of patient falls. *Canadian Journal of Public Health*, 76, 116-8, 1985.
- MORSE, J. M.; TYLKO, S. J.; DIXON, H. A. Characteristics of the fall-prone patient. *Gerontological Society of America*, 27, 4, 516-22, 1987.
- NOGUEIRA, M. S. *Incidentes críticos da passagem de plantão*. Ribeirão Preto, 1988. 109p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- OGUISSO, T. *Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente*. Rio de Janeiro, 1975. 116p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- PADILHA, K. G. Iatrogenias em unidade de terapia intensiva: uma abordagem teórica. *Rev. Esc. Enf. USP*, 11, 2, 69-72, 1992.
- PADILHA, K. G. *Des-cuidar: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem*. São Paulo, 1994, 190p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- PADILHA, K. G. *Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem em UTI*. São Paulo, 1998. 91p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ROCHA, F.L.R.; MARZIALE, M. H. P. Percepções dos enfermeiros quanto às quedas dos pacientes hospitalizados. *R. Gaúcha Enferm.*, 19, 2, 132-41, 1998.
- RUBENSTEIN, L. Z.; JOSEPHSON, K. R.; ROBBINS, A. S. Falls in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*, 121, 6, 442-51, 1994.
- SALGADO, R. et al. Factors associated with falling in elderly hospital patients. *Gerontology*, 40, 6, 325-31, 1994.
- SANTOS, A. E.; GUERRA, C.; BARBOSA GUERRA, M. R. Estudo retrospectivo sobre quedas de pacientes em unidade de internação. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM E TECNOLOGIA, 7, São Paulo, 2000. *Anais*. São Paulo, 2000.
- SCHEFFEL, A.; PANTELATOS, A. Direkte folgen der stürze bei hospitalisierten gerontopsychiatrischen patienten. *Nervenarzt*, 68, 9, 730-4, 1997.
- SEHESTED, P.; SEVERIN-NIELSEN, T. Falls by hospitalized elderly patients: causes, prevention. *Geriatrics*, 32, 101-8, 1977.
- SINGLETON, R. J. et al. Physical injuries and environmental safety in anaesthesia: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth. Intens. Care*, 21, 5, 659-63, 1993.
- SWARTZBECK, E. M. The problems of fall in elderly. *Nursing Management*, 14, 12, 34-8, 1983.
- UDÉN, G. Inpatient accidents in hospitals. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 33, 12, 833-41, 1985.
- WEBB, R. K. et al. Equipment failure: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth. Intens. Care*, 21, 5, 673-7, 1993.
- WINSTON, P. A. et al. Improving patient care through implementation of nurse-driven restraint protocols. *J. Nurs. Care Qual.*, 13, 6, 32-46, 1999.
- WRIGHT, D. et al. Critical incidents in the intensive therapy unit. *The Lancet*, 38, 14, 676-8, 1991.

Recebido em: 29/07/01

Aceito em: 29/08/01