

Prevenção de queda em paciente hospitalizado e a segurança do paciente: revisão integrativa

Fall prevention in hospitalized patients and patient safety: integrative review

Beatrice de Barros Lima¹, Ana Karine Ramos Brum²

RESUMO

Objetivo: Levantar as produções científicas sobre prevenção de queda em paciente hospitalizado e a segurança do paciente. **Método:** revisão integrativa realizada em 2014, na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os descritores “Segurança do Paciente”, “Acidentes por Quedas” e “Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde”, cruzando-os com o descritor “Gestão de qualidade em Saúde”. Buscou-se artigos publicados entre 2009 e 2014 que vertessem sobre o tema do estudo. Os dados foram coletados por meio de instrumento previamente elaborado. Os artigos selecionados foram analisados, gerando a síntese do conhecimento sobre o assunto. **Resultados:** Foram selecionados 12 artigos, organizados em duas categorias para análise: 1) A segurança do paciente, em que se abordam conceitos relacionados; 2) Prevenção de queda em pacientes hospitalizados. **Conclusão:** Na busca da melhor evidência em relação à prevenção de queda em paciente hospitalizado e à segurança do paciente, ficou evidenciada a grande importância da vigilância aos pacientes, da identificação dos riscos aos quais estão submetidos e do ambiente em que estão, já que contribuem para a ocorrência do evento queda.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Acidentes por Quedas; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the scientific productions on the prevention of falls in patients hospitalized as a quality indicator. **Method:** integrative review conducted in 2014, in the Virtual Health Library, using the descriptors: “Patient Safety”, “Accidental Falls” and “Quality Indicators, Health Care”, crossing them with the descriptor “Quality Management”. It sought to articles published between 2009 and 2014 that address on the need to study. Data were collected through a previously designed instrument. Selected articles were analyzed, generating the synthesis of knowledge on the subject. **Results:** 12 articles were selected, organized in two categories for analysis: 1) Patient safety, which discusses related concepts; 2) Fall prevention in hospitalized patients. **Conclusion:** In search of the best evidence in relation to the fall in hospitalized patients as a quality indicator, it was evidenced the importance of surveillance of patients, identifying the risks they face and the environment they are in, that contribute to the occurrence fall event.

Keywords: Patient Safety; Accidental Falls; Quality Indicators, Health Care.

NOTA

¹ Enfermeira, Aluna do Mestrado Profissional de Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense- UFF, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: lima.beatricedebarras@gmail.com

² Enfermeira, Doutora, Professora da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - EEAC/UFF, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: karinebrum@yahoo.com.br

Os autores declaram que há conflitos de interesse associados ao desenvolvimento dessa pesquisa.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem integrado a agenda dos encontros científicos dos profissionais da saúde e a pausa de reuniões gerenciais nos serviços de saúde. O movimento mundial pela segurança do paciente e iniciativa voluntária das instituições que prestam este tipo de serviço, em direção à busca de certificação de qualidade, tem contribuído para o crescente interesse pela temática.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, demonstrando preocupação com a situação, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). Os objetivos desse programa, que passou a chamar-se "*Patient Safety Program*", eram, entre outros, organizar os conceitos e as definições sobre a segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos¹.

A busca pela qualidade da atenção não é um tema novo e foi o documento publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM), intitulado "Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro" (*To err is Human: building a safer health system*), em 1999, que despertou a preocupação por uma das dimensões da qualidade: a segurança do paciente. A publicação constatou que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano nos hospitais dos EUA, em virtude dos danos causados durante a prestação de cuidados à saúde^{1,2}.

A OMS define segurança do paciente como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O mínimo aceitável corresponde àquilo que é possível realizar em termos de cuidado, com base no conhecimento atual e nos recursos disponíveis, frente ao risco de não tratar ou de optar por outro tratamento¹⁻³.

Em instituições hospitalares, as equipes de enfermagem são as principais fontes de cuidado e apoio aos pacientes e familiares nos momentos mais vulneráveis de suas vidas, desempenhando um papel central nos serviços fornecidos aos pacientes. Em razão disso, os profissionais de enfermagem concentram grande parte das atividades e dos processos de atendimento nos serviços de saúde, o que determina um alto envolvimento desta equipe nas falhas que ocorrem na assistência ao paciente, tais como erros de medicação, queda do paciente, extubação, queimaduras durante procedimentos, hemorragias por desconexão de drenos e cateteres, úlceras por pressão, infecções, erros em hemotransfusões, entre outros⁴.

Diante da dimensão do problema e da gama de processos envolvidos para se alcançar o cuidado seguro, foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, e a OMS, numa parceria com a Comissão Conjunta Internacional (*Joint Commission International- JCI*), vem incentivando a adoção das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) como uma estratégia para orientar as boas práticas para a redução de riscos e eventos adversos em serviços de saúde. As seis primeiras metas são direcionadas para

prevenir situações de erros de identificação de pacientes, falhas de comunicação, erros de medicação, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções associadas ao cuidado e quedas dos pacientes².

O conhecimento acerca dos tipos de eventos depende diretamente das estratégias de notificação das ocorrências e de processos de revisão de prontuários implantados nos serviços de saúde. Os estudos desenvolvidos adotam diferentes formas de apresentação e de classificação dos eventos em foco, de forma a melhor atender aos seus propósitos específicos.

São necessárias estratégias para reduzir os danos aos pacientes. Isso significa desenvolver pesquisas direcionadas a identificar os melhores mecanismos de prevenção, modos eficazes de difusão de novas ideias e entusiasmo na adoção delas. Garantir segurança no cuidado é um enorme desafio para os serviços de saúde.

As quedas estão entre os principais eventos adversos a serem prevenidos em instituições de saúde. Entre os pacientes idosos hospitalizados ou em cuidados domiciliares, elas estão entre as causas mais comuns de injúrias, provocando traumas teciduais, fraturas e até mesmo a morte⁵.

Queda significa deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeiras de rodas, poltronas, cadeiras cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário⁶.

Além dos danos físicos e emocionais, as quedas afetam a confiança do paciente e da família nos serviços de saúde, assim como acarretam custos desnecessários aos serviços pelo aumento do tempo de hospitalização, intervenções, tratamento e exames para reduzir os possíveis danos causados aos pacientes.

Existem vários fatores de risco associados às quedas de pacientes, entre eles destacam-se a idade, pluralidade de patologias, mobilidade física prejudicada, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado e estado mental diminuído. Muitas vezes, esses fatores estão agravados pelo uso de medicamentos, alterações cognitivas e procedimentos médicos que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência de quedas⁵. Aspectos ambientais e de recursos humanos também são apontados como fatores de risco para quedas de pacientes. Nesse contexto, essa pesquisa objetivou contribuir para uma maior compreensão do evento queda e sua prevenção como segurança do paciente.

MÉTODO

Para elaboração desta pesquisa foi utilizada a metodologia da revisão integrativa, por ser a mais

ampla, dentre os métodos de revisão. Esse método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo, além de apontar lacunas do conhecimento, que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Além disso, é um método valioso para enfermagem, pois por muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao alto volume quantitativo, bem como a dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos⁷.

A pesquisa foi realizada mediante o cumprimento das seguintes etapas: estabelecimento da questão de pesquisa, formulação dos critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem coletadas dos textos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, apresentação e síntese do conhecimento. A busca foi motivada através da seguinte questão: o que vem sendo produzido sobre prevenção de queda em paciente hospitalizado e a segurança do paciente?

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos científicos, com corte temporal de cinco anos (2009-2014), nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis online para que pudesse ser feita a leitura do conteúdo integral. Foram excluídos os artigos repetidos, dissertações, teses, editoriais e os que não obedeceram aos pré-requisitos de inclusão.

Para a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram utilizados os descritores “segurança do paciente”, “acidentes por quedas” e “indicadores de qualidade em assistência à saúde”, cada um desses combinados ao descritor “gestão de qualidade em saúde”. O levantamento bibliográfico foi realizado de fevereiro a abril de 2014.

Foi elaborado um instrumento para coletar e sintetizar as informações fundamentais para a revisão, cujas variáveis de interesse foram: autor, título, periódico em que foi publicado, data do estudo, objetivo, cenário, metodologia, principais achados e conclusões relacionadas à prevenção de queda com foco no tema segurança do paciente.

A fase de avaliação dos artigos, com aplicação dos critérios de elegibilidade, isto é, exclusão das publicações desinteressantes para este estudo e pré-seleção daquelas relacionadas ao tema, consistiu na leitura dos títulos, em seguida, leitura do resumo e, finalmente, leitura integral. Os artigos selecionados para composição da amostra final foram analisados, gerando a síntese do conhecimento sobre o tema em estudo, que ocorreu por meio da caracterização dos estudos em quadro, seguido da apresentação de duas categorias que sintetizam os principais achados. Por fim, ocorreu a discussão de acordo com os resultados.

RESULTADOS

A figura 1 ilustra o esquema utilizado para a busca dos artigos selecionados neste estudo.

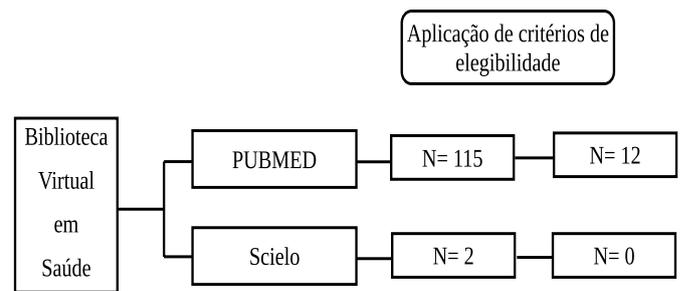


Figura 1. Fluxograma representativo da pesquisa bibliográfica.

Após a associação dos descritores, a busca resultou em 117 artigos, dos quais, após a aplicação dos critérios mencionados por meio da leitura dos títulos e resumos, foram pré-selecionados 77. Os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra e novos refinamentos foram executados, resultando em 12 artigos para composição da amostra final.

O Quadro 1 apresenta as publicações selecionadas nesta revisão, segundo algumas variáveis de caracterização.

A maior parte dos artigos selecionados para a revisão integrativa constavam nas bibliotecas PUBMED (n=9) e SCIELO (n=3); 91,6% (n=11) deles foram publicados em periódicos internacionais de língua inglesa, e o mais recente foi publicado em 2013. Em relação aos autores, a maioria pertencia à área médica (75%; n=9), enquanto 25% (n=3) eram da área de enfermagem. Quanto aos aspectos metodológicos, notou-se uma predominância de estudos descritivos. Todos os artigos descreviam, em seu conteúdo, aspectos relacionados à segurança do paciente no âmbito da prevenção de queda.

No que tange ao objetivo proposto, os artigos evidenciaram a preocupação em reduzir a incidência de queda de pacientes hospitalizados nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio de implantação/implementação de medidas que contemplam a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado interdisciplinar em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiar e profissional.

Dentre os aspectos discutidos nos artigos analisados, destacam-se melhores estratégias para a prevenção de queda com o programa de cultura de segurança. Nota-se que algumas medidas vêm sendo implementadas através de pesquisas, para que se possam criar barreiras que efetivem a segurança dos pacientes. São algumas das medidas: paciente e família como facilitadores, criar ou aprimorar ferramenta de avaliação de risco, melhoria contínua e principalmente um feedback informativo para o profissional da linha de frente do cuidado²⁰.

A maioria dos artigos teve como foco a educação permanente para a promoção da segurança e da cultura de segurança entre os profissionais e a recomendação de que as intervenções/recomendações de prevenção de queda estejam em uma ferramenta eletrônica. Para alguns autores, a segurança do paciente é uma questão complexa,

Quadro 1- Publicações incluídas na revisão integrativa da literatura por país de realização do estudo, autores, ano, periódico, área de atuação dos autores e tipo de estudo. Brasil, 2014

País	Autor/ano	Periódico	Área de atuação	Tipo de estudo
EUA ⁸	Susanne Hempel, Newberry S., Wang Z., Booth M., Shanman R., Johnsen B., Shire V., Saliba D., Spector W. D., Ganz D.A. (2013)	IAM Geatiatric Socity	Medicina	Revisão Sistemática
Japão ⁹	Sachio Ohde, Mineko Terai, Aya Oizumi, Osamu Takahashi, Gautam A Deshpande, Miwako Takekata, Ryoichi Ishikawa, and Tsuguya Fukui (2012)	BMC Health Serv. Rese.	Medicina	Estudo Observacional
EUA ¹⁰	Patricia Dykes, Evita Hou I-Ching, Jane R. Soukup, Frank Chang, and Stuart Lipsitz (2012)	Amia Annu Symposium Proceeding	Medicina (DNSC, RN)	Caso controle
Itália ¹¹	Claudio Terranova, Fabrizio Cardin, Bruno Amato and Carmelo Militello (2012)	BMC Surgery	Medicina	Abordagem metodológica
EUA ¹²	Renee Garrick, Alan Kliger and Beth Stefanchik (2012)	Clini. J. Am. Soc. Nephrol	Medicina	Descritivo
Espanha ¹³	Juan Manuel Laguna Parras, M. ^a Jesús, Arrabal-Orpez, Fernando Zafra- López, Francisco P. García- Fernández, Raquel R. Carrascosa- Corral, M. ^a Isabel Carrascosa-García, Francisco M. Luque-Martínez, José A. Alejo- Esteban (2011)	Rincón Científico	Enfermagem	Descritivo
EUA ¹⁴	Sanjay Saint, Sarah L. Krein, Milisa Manojlovich, Christine P. Kowalski, Debbie Zawol and Kaveh G. Shojania (2011)	National Institutes of Health	Medicina	Descritivo
Reino Unido ¹⁵	David James Griffin, Andrew Donovan, Nigel Hollister (2010)	BMJ Case Report.	Medicina	Relato de caso
EUA ¹⁶	Eileen T. Lake, Jingjing Shang, Susan Klaus, Nancy E. Dunton (2010)	Res. Nurs. Health	Enfermagem	Estudo observacional
Brasil ¹⁷	Miriam Cristina Marques da Silva da Paiva, Sergio Alberto Rupp de Paiva, Heloisa Wey Berti (2010)	Revista da Escola de Enfermagem da USP.	Enfermagem	Estudo retrospectivo e descritivo
Holanda ¹⁸	Betsie Givan Gaal, Schoonhoven L., Hulscher E.J.L.M., Mintjes A.J.J., Borm F. G., Koopmans R., Achterberg V.T. (2009)	Bio Med Central Health Serv. Res	Medicina	Estudo randomizado de agrupamento.
EUA ¹⁹	Patricia C. Dykes, Diane L. Carroll, Ann C. Hurley, Angela Benoit, Blackfort Middleton (2009)	J. Nevers. Adm.	Medicina	Métodos de análise de conteúdo de base

e faz-se necessário abordar elementos que são informais ou implícitos na cultura de segurança, como é o caso do espaço geográfico.

Os estudos norte-americanos descrevem abordagens promissoras de prevenção de queda, como: implementação de ferramentas para estratégias de adesão às recomendações de intervenções viáveis e, acrescentado a isso, um profissional referenciado para fortalecer as medidas preventivas adotadas.

Os estudos desenvolvidos no Japão, Itália, Espanha, Reino Unido, Brasil e Holanda fortalecem os achados encontrados nos estudos Estados Unidos (USA). A pesquisa efetivada na Itália enfatiza uma avaliação clínica,

ambiental na admissão do paciente e uma abordagem multiprofissional junto a um membro da família. O estudo espanhol, por sua vez, descreve as diferentes variáveis do registro de queda, como idade, turno dos eventos (quedas), local e ocorrido. Um estudo brasileiro analisou a utilização do instrumento de comunicação das ocorrências de queda e, a partir disso, identificou a frequência, o tipo, a natureza e o período delas.

DISCUSSÃO

Para melhor compreensão da temática abordada foram propostas duas categorias: 1) Segurança do paciente e 2) Prevenção de queda em paciente hospitalizado.

Segurança do paciente

No que se refere à segurança do paciente, as definições e os conceitos são fundamentais na produção do conhecimento e na prática dos profissionais. O termo *segurança do paciente* é definido como a prevenção de lesões aos pacientes e dos eventos adversos decorrentes dos cuidados de saúde prestados por profissionais. Já o *incidente* é compreendido “como qualquer evento que possa reduzir a margem de segurança”²¹.

As situações onde ocorrem erros ou falhas são denominadas incidentes e podem ou não provocar danos no paciente. Evento adverso é o incidente que atingiu o paciente e resultou num dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde³.

O erro médico, por sua vez, é definido como o fracasso de uma ação que foi planejada, mas que não foi executada como deveria ser, ou a utilização de um planejamento errado para se alcançar um objetivo^{22,23}. O erro pode conduzir a eventos adversos, podendo ser definidos como lesões causadas pelos cuidados prestados ao doente, em oposição à sua condição médica subjacente²⁴.

Contemporaneamente, percebe-se que a mídia de comunicação de massa tem veiculado, de forma mais acentuada, os erros ou falhas que ocorrem durante o atendimento aos pacientes. A informação sendo levada ao usuário pode despertar sua preocupação com as condições de segurança nos hospitais, clínicas e postos de atendimento, mas, ao mesmo tempo, pode cooptá-lo a aderir à vigilância de práticas seguras. O envolvimento do paciente e da família é uma das estratégias proposta pela OMS em busca de um cuidado seguro nos serviços de saúde¹.

A cultura de segurança tem como definição o produto individual ou coletivo de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança²⁰. Ela impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos sem tomar medidas de punição frente à ocorrência deles²⁰.

As consequências das possíveis falhas nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias, quanto para as organizações e para a sociedade. Estudos apontam que a ocorrência de eventos no processo de atendimento aos pacientes hospitalizados acarreta complicações na evolução de sua recuperação, aumento de taxas de infecções e do tempo médio de internação⁴. A estimativa de que, aproximadamente, uma em cada 10 admissões hospitalares resulta na ocorrência de evento adverso é alarmante, ainda mais se considerarmos que metade desses incidentes poderiam ter sido evitados,

segundo estudos conduzidos em hospitais americanos⁴. No Brasil, um estudo realizado em três hospitais de ensino evidenciou a incidência de eventos adversos de 7,6%, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis¹⁷.

Prevenção de queda em paciente hospitalizado

A hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predis põem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco⁶.

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 e 5 quedas por 1000 pacientes-dia. Segundo os autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação⁸.

As condições do ambiente e de equipamentos podem contribuir para a ocorrência de quedas, como pisos sem antiderrapante, falta de grades no leito e falta de barras de apoio no banheiro e no quarto do paciente. A vigilância constante de pacientes é um fator fundamental para a prevenção de quedas e existem evidências de que um adequado quadro de pessoal de enfermagem tem influência positiva para a redução das taxas de quedas entre pacientes hospitalizados. Estudos internacionais apontam uma associação significativa entre os quadros adequados de pessoal de enfermagem e as incidências de quedas⁵.

Geralmente, a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade, avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural⁸.

A equipe de enfermagem tem um papel importante na vigilância dos pacientes e na identificação de fatores de risco dos pacientes e do ambiente que contribuem para a ocorrência de quedas. Algumas práticas recomendadas incluem a utilização de pisos antiderrapantes, instalação de lâmpadas de segurança nos banheiros e corredores, uso de dispositivos de auxílio para deambulação com supervisão, instalação de barras no banheiro e no chuveiro, manutenção de grades no leito do paciente e reforço de orientação para acompanhantes dos pacientes que possuem diagnóstico de risco para quedas²⁴.

Maiores taxas de quedas foram associadas com menores números de horas de enfermagem por paciente por dia. Um estudo brasileiro evidenciou que à medida que se atribui mais pacientes para a equipe de enfermagem nas 24h, aumenta-se a incidência de quedas do leito entre os pacientes atendidos²⁵.

Uma pesquisa realizada em hospital privado, localizado na cidade de São Paulo, apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 - 1,45 por 1000 pacientes-dia, que estava associada à implantação de um protocolo de gerenciamento de quedas²⁶.

CONCLUSÃO

A contribuição deste estudo para a saúde está em embasar o planejamento de estratégias voltadas para a segurança do paciente, principalmente na prevenção de queda dos que estão hospitalizados. Prevenção e proatividade são palavras importantes para cultura de segurança e impulsionam os profissionais a serem responsáveis pelos atos, por meio de uma liderança ativa.

As quedas são eventos comuns na população idosa e aumentam a morbimortalidade, tanto quanto o custo para a sociedade. A abordagem multidisciplinar pode ser efetiva e o objetivo é a redução da incidência de queda. A pesquisa nos permite alinhar medidas para o sucesso na qualidade e segurança da assistência em saúde, treinamento e padronização das tarefas.

Na busca da melhor evidência em relação à queda em paciente hospitalizado como indicador de qualidade, ficou evidenciada a grande importância da vigilância dos pacientes, da identificação dos riscos a que estão submetidos e do ambiente em que estão, já que contribuem para a ocorrência do evento queda. A adoção de medidas preventivas, por meio de protocolos assistenciais, incentivo da notificação, assim como programas de educação permanente para equipe e para os pacientes e acompanhantes, são considerados estratégias efetivas para a redução dos índices de quedas nas instituições de saúde²⁷.

Os enfermeiros são elementos-chave no processo de evitar erros, impedir decisões ruins, referente aos cuidados e também de assumir um papel de liderança no uso de medidas para promover a segurança e qualidade do cuidado.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente no Brasil depende do conhecimento e cumprimento do conjunto de leis e regulamentações que regem o funcionamento do serviço de saúde e da sustentabilidade e do cumprimento de missão institucional desses serviços.

Os gestores das instituições e toda equipe assistencial precisam estar atentos e ter empenho no cuidado livre de riscos e seguro para o paciente. A segurança não está ligada apenas ao fator humano, mas também a processos bem definidos, alinhados com todo o serviço, como o número de profissionais, ambiente, condições de trabalho, educação permanente, acesso à informação, dentre outros aspectos.

Com os estudos sobre o tema segurança do paciente, percebe-se que são necessários mais conhecimentos acerca do tema e há interesse crescente em tornar a

assistência de saúde mais segura. Tem-se desenvolvido diferentes ferramentas para manter o paciente mais seguro e, com isso, identificar métodos para reduzir os danos e os melhores mecanismos de prevenção. Garantir segurança no cuidado é um enorme desafio para os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization – WHO. World Alliance for Safety: Patient safety [Internet]. Geneva: WHO. 2009 [cited 2014 June 21]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/pfps_poster.pdf.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (BR). Segurança do paciente e qualidade em serviço de saúde. Boletim Informativo [serial online]. 2013;1(1). Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>
3. Runciman W, Hibbert P, Thomson R., Schaaf TV, Sherman H., Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: Key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26.
4. Joint Commission International - JCI. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 5ª ed. Illinois, EUA: JCE. 2014.
5. Costa SRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Pacientes internados em um hospital universitário. *Rev. gaúch. enferm.* (Porto Alegre). 2011;32(4):676-81.
6. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Queda em idosos: prevenção. Projeto Diretrizes. Rio de Janeiro: SBGG. 2009.
7. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo, M. O método da Revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade* (Belo Horizonte). 2011;5(11):121-136.
8. Hempel S, Newberry S, Wang Z, Booth M, Shanman R *et al.* Hospital fall prevention: a systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(4):483-94.
9. Ohde S, Terai M, Oizumi A, Takahashi O, Deshpande GA, Takekata M *et al.* The effectiveness of a multidisciplinary QI activity for accidental fall prevention: staff compliance is critical. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:197.
10. Dykes PC, I-Ching EH, Soukup IR, Chang F, Lipsitz S. A case control study to improve accuracy of an electronic fall prevention toolkit. *AMIA Annu Symp Proc*. 2012;2012:170-79.
11. Terranova C, Cardin F, Martella B, Amato B, Miletello C. Death after an accidental fall of a 101 year old hospitalized patient. Medico-legal implication of falling in geriatrics. *BMC Surg*. 2012;12(Suppl 1):S34.
12. Garrick R, Kliger A, Stefanchik B. Patient and facility safety in hemodialysis: opportunities and strategies to develop a culture of safety. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2012;7(4):680-8.
13. Laguna-Parras JM, *et al.* Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. *Gerokomos*. 2011;22(4):167-73.
14. Saint S, Krein SL, Manojlovich M, Kowalski CP, Zalow D, Shojanian KG. Introducing the patient safety professional: why, what, who, how and where? *J Patient Saf*. 2011;7(4):175-80.
15. Griffin DJ, Donovan A, Hollister N. Caught in the slips. *BMJ Case Reports*. 2010.

16. Lake ET, Shanq J, Klaus S, Dunton NE. Patient falls: association with hospital magnet status and nursing unit staffing. *Res Nurs Health*. 2010;33(5):413-25.
17. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2010;44(2):287-94.
18. van Gaal BG, Shoonhoven L, Hulscher ME, Mintjes JA, Borm GF, Koopmans RT *et al*. The design of the safe or sorry ζ Study: a cluster randomised trial on the development and testing of an evidence based inpatient safety program for the prevention of adverse events. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:58.
19. Dykes PC, Carroel DL, Hurley A.C., Middleton B. Why do patients in acute care hospitals falls? Can be falls be prevented? *J Nurs Adm*. 2009;39(6):299-304.
20. Watchter RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed. 2010.
21. Snijders C, Kollen BJ, Lingen RA van, Fetter WPF, Molendijk H. Which aspects of safety cultere predict incident reporting behavior in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. *Crit Care Med*. (Baltimore). 2009;37(1):61-7.
22. Jirapaet V, Jirapaet K, Sopajaree C. The nurses experience of barriers to safe practice in the neonatal intensive care unit in Thailand. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2006 [cited 2014 Apr 17];35(6):746-54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17105639>
23. Johnson CE. Improving perinatal and neonatal patient safety: The AHRQ patient safety indicators. *J Preinat Neonat Nurs* [internet]. 2005 [cited 2014 Apr 17];19(1):15-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15796421>
24. Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Adverse Events and Preventable Adverse Events in Children. *Pediatrics Adverse Events in Children*. *Pediatrics* [Internet]. 2005 [cited 2014 Apr 17]; 115(1):155-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15629994>
25. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains D Lackan NA. What is Patient Safety Culture? A review of the literature *Journal Nursing Scholarship*. 2010;42(2):156-65.
26. Magalhães AMM. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal de Rio Grande do Sul. 2012.
27. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Santesso PL, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm* [periódico na internet]. 2012, 46(1): 67-74.