

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

WILLIAM ROGÉRIO ARETZ BRUM

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

PORTO ALEGRE

2013

WILLIAM ROGÉRIO ARETZ BRUM

**IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A 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: Profª. Drª. Márcia Koja Breigeiron
Co-orientadora: Enfª. Dda. Maria Carolina Witkowski

PORTO ALEGRE

2013

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao grupo de pesquisa do SEPED que esteve ao meu lado por toda a trajetória, me auxiliando e me dando suporte sempre quando precisei e me incentivando em continuar em frente.

Em especial a Professora Márcia Koja que sempre falava “fica tranquilo que tudo vai dar certo” sempre me encorajando seguir em frente a pesquisa e com sua postura decidida e sempre dando um jeito para que tudo desse certo. Além de ser minha professora hoje posso chama-la de amiga.

A enfermeira Carol por ter me auxiliado sempre quando necessitei.

As unidades de internação de pediatria que me receberam muito bem me auxiliando no início da coleta de dados me indicando pacientes, até eu pegar o ritmo.

A minha Dinda e as filhas dela, por me acolherem como um filho/irmão durante toda a minha trajetória e sempre estando ao meu lado essa conquista só foi possível com o apoio delas.

As professoras Lia, Sonia, Erica, Denise por ter me apadrinhado de tabela hehe.

A Lenice, a Danielle Stein, a Calegari, o Marsan, a Lilane, por me mostrarem como funciona a gestão do sistema de saúde na gerência Glória/Cruzeiro/Cristal e me apresentarem a “vida real” do mercado de trabalho e mostrando a diferença que existe na academia da vida profissional.

A Enf. Célia Mariana por ter me mostrado o mundo da pesquisa no seu trabalho de mestrado, ficávamos até altas horas coletando, mas rendia boas risadas.

E as inúmeras pessoas que me influenciaram na minha formação os técnicos da hemodiálise, da radiologia, da CTI I. Um muito Obrigado a todos!

Aos meus amigos do RPG (Deivid, Diou, Fany, Jaime, Marcelo, Diego) por entenderem MUITAS vezes meus não por ter que ficar estudando e sempre quando precisava de uma válvula de escape sempre estavam prontos para dar umas boas gargalhadas, dividir os problemas do dia a dia. Muito obrigado.

Ao meus amigos da física (Everton, Matheus, Maurício e Nicole) que dividiam comigo os anseios da graduação e a beleza de se manter amizades.

Aos meus colegas de enfermagem (Felipe, Viviane, Gabriela, Alana, Jamile, Zimpel, Wolff, Zucatti, Matheus) que dividimos bons momentos durante a graduação e com certeza iremos dividir mais momentos após a graduação.

A minha família por compreender os momentos os quais eu não estava presentes e agora com certeza estarei mais presente.

“Ainda que eu falasse a língua dos homens. E falasse a língua do anjos, sem amor eu nada seria”. Qual seria o propósito de conquistar algo sem ter com quem dividir? A minha namorada, amiga, confidente, companheira Ana Paula por me permitir vivenciar ao seu lado esse período que estamos juntos. A melhor parte em alcançar uma meta é poder dividir com ela.

Como diria Coelho Neto: *“É na educação dos filhos que se revelam as virtudes dos pais.”* O que eu conquistei até hoje só foi por causa deles, aos meus pais que sempre me apoiaram, me insentivaram e que me compreendiam durante minha ausência ou meus momentos de mau humor por toda a minha graduação e que mesmo assim sempre estavam ao meu lado me apoiando nos momentos mais difíceis, a minha irmã que sempre me renovava e me lembrava como é bom ser criança com suas histórias e descobertas tão intensas. É como dizem: *“Crianças são anjos a medida que suas pernas crescem suas asas diminuem.”* O motivo de conseguir algo hoje foi por causa deles. Por isso que não existe palavras para dizer o quanto amo eles.

SUMÁRIO

1 REVISÃO DA LITERATURA	6
2 OBJETIVOS	9
3 METODOS	10
3.1 Tipo de estudo	10
3.2 Cenário do estudo	10
3.3 Amostra	11
3.4 Tamanho amostral	11
3.5 Coleta dos dados	12
3.6 Análise dos dados	13
3.7 Aspectos éticos	13
REFERÊNCIAS	14
ARTIGO ORIGINAL	16
Apêndices A – Instrumento de coleta de dados I	34
Apêndices B – Instrumento de coleta de dados II	36
Apêndices C – Termo de consentimento livre e esclarecido	37
Anexo A – Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais	38
Anexo B – Aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS	39
Anexo C – Normas da revista gaúcha de enfermagem	40

1 REVISÃO DA LITERATURA

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). A preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem surge neste contexto, acompanhada também pela modernidade, para que se possa sistematizar as práticas e processos inerentes ao cuidado assistencial.

Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, por meio de indicadores, pode ser utilizado não somente para avaliar o cuidado em si, mas, também, como uma ferramenta de detecção de aspectos que possam ser melhorados na assistência diária (VITURI; MATSUDA, 2009). 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, que possibilitem 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.

O evento adverso é caracterizado como um inconveniente não intencional provocado pela equipe de saúde, podendo ou não resultar em aumento do tempo de internação ou incapacidade (PAIVA *et al*, 2010). São relatados como eventos adversos, os erros decorrentes de procedimentos cirúrgicos, utilização de medicamentos, procedimentos médicos, tratamento não medicamentoso, demora ou incorreção no diagnóstico, ocorrência de quedas (WHO, 2010).

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 é o caso das quedas, estas podem ser decorrentes de fatores intrínsecos e extrínsecos dos pacientes, constatadas no ambiente hospitalar.

A queda é definida como um evento não planejado que levou o paciente ao chão, apresentando ou não lesão (PAIVA *et al*, 2010). A queda é um evento adverso que constitui atualmente um grande desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência na área da saúde e que compromete a segurança do paciente.

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

A importância de se avaliar os fatores de risco, principalmente os comprovados como causadores de quedas, na população de pacientes admitidos em hospitais, visa estabelecer estratégias de prevenção que orientem a equipe de profissionais, bem como pacientes e familiares (COSTA *et al*, 2011). Sendo assim, a melhora da qualidade da assistência prestada favorece a diminuição dos eventos adversos ocorridos no ambiente hospitalar, reduzindo as complicações e o tempo de internação.

Nessa perspectiva, o diagnóstico de enfermagem pode auxiliar na avaliação e tomada de decisão do enfermeiro. O diagnóstico “risco de quedas” é definido pela suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico (NANDA, 2010). Os fatores de risco descritos compreendem as condições intrínsecas e extrínsecas, tais como: alterações fisiológicas, presença de doenças, fatores ambientais e uso de medicamentos (MARIN *et al*, 2004). Neste diagnóstico de enfermagem, seus fatores de risco estão dispostos em: ambientais (quarto não familiar e pouca iluminação); cognição (baixo estado mental); adultos (histórico prévio de quedas); crianças (falta de supervisão dos pais); fisiológicos (insônia); medicamentoso (uso de ansiolíticos e diuréticos) (NANDA, 2010).

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 cranioencefálicos (HAMLEY *et al*, 2002).

Estudos específicos de fatores relacionados ao diagnóstico “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 que se possam realizar ações para prevenir este evento.

Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar os fatores de risco para a queda, conforme o diagnóstico de enfermagem "risco de queda" registrados pela equipe de enfermagem, assim como os aspectos etiológicos na ocorrência de quedas, em crianças internadas em unidades hospitalares.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar os fatores de risco para a queda conforme o diagnóstico de enfermagem “risco de queda” para crianças internadas em unidades hospitalares.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar os fatores de risco para a queda nos registros de enfermagem;
- ✓ Conhecer os aspectos etiológicos quando queda, caso esteja registrado o ocorrido.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo de caráter quantitativo e abordagem prospectiva. Na abordagem prospectiva, as medidas da exposição e demais covariáveis são tomadas antes da ocorrência do evento (PEREIRA, 1999).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em unidades de internação pediátrica 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, visto que, 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 (HCPA, 2013).

A coleta dos dados ocorreu nas Unidades de Internação Pediátrica do HCPA 10º Norte e 10º Sul e 3º Leste. A escolha destas unidades de internação pediátrica decorreu do fato das mesmas receberem crianças em situação clínica desfavorável, o que se encontra de acordo com os critérios de inclusão do presente estudo.

A Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte consta de 34 leitos, distribuídos em sete 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 (HCPA, 2013).

A Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul possui 34 leitos, distribuídos em onze quartos semi-privativos, 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 (HCPA, 2013).

A Unidade de Oncologia Pediátrica 3º Leste é caracterizada como Unidade de Cuidados Semi-intensivos, atende crianças e adolescentes na faixa etária de 28 dias de vida a 18 anos incompletos, sendo referência para o atendimento a pacientes portadores de distúrbios onco-hematológicos, com cuidados paliativos e Transplante Autólogo de Medula Óssea (HCPA, 2013).

3.3 Amostra

A amostra foi selecionada de forma intencional, através da busca do diagnóstico de enfermagem “risco de queda” em prontuário eletrônico dos pacientes internados nas unidades pediátricas do HCPA.

No registro de ocorrência de queda na internação atual da criança, o responsável foi entrevistado para coleta dos dados referentes aos aspectos etiológicos do evento.

Os sujeitos do estudo foram os prontuários das crianças internadas por diferentes diagnósticos clínicos, com idade de três anos completos até doze anos incompletos, e seus responsáveis. O responsável foi considerado o acompanhante de reconhecimento familiar que realizava os cuidados à criança no momento da entrevista.

Foram selecionados como critérios de inclusão o tempo de permanência hospitalar superior a 24 horas, estar acompanhado por seu responsável de reconhecimento familiar e crianças até 12 anos incompletos.

Para os critérios de exclusão elegeu-se a presença de diagnóstico clínico de distúrbio psiquiátrico, paralisia cerebral e osteogênese imperfeita. Crianças menores de 03 anos foram excluídas do estudo por serem considerados fatores para o risco de queda pela instituição.

3.4 Tamanho amostral

Para cálculo do tamanho amostral, considerou-se uma prevalência de 0,97%¹ de crianças notificadas por quedas com idade entre 5 a 12 anos completos e um total de 412² pacientes internados, considerando a mesma faixa, no ano de 2010, nas referidas unidades de internação, ou seja, uma média de 34 internações/mês.

¹ ² Último dado atualizado no 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.

Do total de crianças internadas/mês, em torno de 30%³ apresentam o diagnóstico de risco de quedas.

Para tanto, considerando um erro de 4%, intervalo de confiança de 95% e perda de 20%, calculou-se o tamanho mínimo da amostra em sete crianças e seu responsável para coleta de dados em período de um mês. Entretanto, o tamanho amostral foi estimado em 21 crianças e seu responsável para uma proposta de coleta dos dados de três meses. O presente estudo constou de uma amostra de 30 crianças.

3.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada mediante aplicação do Instrumento de Coleta de Dados I (APÊNDICE A), elaborado previamente pelos autores, por meio de consulta em prontuário e entrevista com o responsável/familiar pela criança. Este instrumento incluiu dados sociodemográficos da criança e do responsável e situação clínica e de saúde da criança, sendo seu preenchimento mediante entrevista com o responsável, com duração máxima de dez minutos, e consulta ao prontuário. Quando identificado histórico de queda na internação atual, foi aplicado o Instrumento de Coleta de Dados II (APÊNDICE B) também elaborado previamente pelos autores. Este instrumento incluiu questões referentes à situação clínica após o evento de queda e a percepção do responsável sobre a ocorrência deste evento, sendo seu preenchimento mediante entrevista com o responsável, com duração máxima de cinco minutos, e consulta ao prontuário. 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, em entrevista com duração máxima de 20 minutos. O período de coleta de dados foi de setembro a novembro de 2013.

Os aspectos abordados pelo instrumento referentes à criança foram: sexo, idade, horas de sono, revezamento do cuidador, turno do sono, medicamentos em uso, histórico de quedas, caracterização da criança pelo responsável/familiar, diagnóstico clínico. Além disso, dados abordados, referentes ao responsável foram: idade, grau de escolaridade, profissão, local de residência, renda familiar, quantas pessoas partilham a renda familiar, utilização de medicamentos e uso de outras substâncias. A identificação de dados referentes aos responsáveis foi justificada por sua potencial influencia na incidência de quedas de crianças sob seus cuidados.

³ Dado fornecido pelas Chefias de Unidades das Unidades de Internação Pediátrica 10º Norte e 10º Sul.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados pela estatística descritiva, em que as variáveis discretas e contínuas foram apresentadas por meio de média, desvio padrão, mediana e percentis (25-75). As variáveis categóricas foram apresentadas por frequência absoluta e relativa.

3.7 Aspectos éticos

O presente 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 18 de setembro de 2013.

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

Devido à especificidade do estudo, foi utilizado o Termo de Utilização de Dados de Prontuário (ANEXO A), conforme RN 01/97 (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1997).

O presente estudo respeitou os aspectos bioéticos, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) vigente nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

REFERÊNCIAS

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 Saúde. 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: 08 nov. 2013.

COSTA, S. G. R. F. et al. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitario. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 676-81, dez 2011.

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.

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. Disponível em: <
<<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/14/380/>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

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. 2013b.

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. 560-4, 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. 3167-73, 2010.

NANDA – INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA 2009-2011: definições e classificação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2010.

PAIVA, M. C. M. S. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 1, p. 134-8, 2010.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

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. 263-71, 2009.

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. 429-37, 2009.

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

World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Swi): World Health Organization; 2010.

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

BRUM, WRA¹; WITKOWSKI, MC²; BREIGEIRON, MK³

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

¹Acadêmico da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

²Mestre em Ciências da Saúde: Cardiologia IC-FUC/RS, Enfermeira Assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Preceptora Residência Integrada Multiprofissional em Saúde: Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

³Doutora 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, Assessora do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Autor para correspondência:

Marcia Koja Breigeiron

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350. Bairro Santa Cecília

90035-903 - 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 conforme o diagnóstico de enfermagem “risco de queda” em crianças internadas em unidades hospitalares. Estudo descritivo e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética da instituição responsável. Coleta dos dados foi de setembro/novembro/2013. Crianças ($n=30$) com 7,0 (DP=2,8) anos, 7,0 (2-77) dias de internação, 96,7% ($n=29$) fazia uso de dois ou mais medicamentos, 26,7% ($n=8$) não deambulava ou deambulava com auxílio, e 10% ($n=3$) apresentou queda. Quanto aos responsáveis, 93,3% ($n=28$) com ensino fundamental e médio, 53,3% ($n=16$) não foram substituídos no cuidado da criança, 30% ($n=9$) fazia uso de drogas lícitas. Quanto aos registros dos prontuários, 33,3% ($n=10$) com um fator de risco para queda. Somente 66,7% ($n=20$) das crianças tinha a pulseira para a identificação do risco de queda. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores de risco para a prevenção de quedas de crianças.

Descritores: Queda. Criança. Fatores de risco.

RESUMEN

El objetivo fue identificar los factores de riesgo de caídas de ancianos diagnóstico como "riesgo de caída" en los niños ingresados en los hospitales. Estudio descriptivo, aprobado por el Comité de Ética de la institución responsable. Recolección de datos fue setembro/novembro/2013. Niños ($n=30$) de 7,0 (DE=2,8) años, 7,0 (2-77) días en el hospital, 96,7% ($n=29$) hicieron uso de dos o más fármacos, 26,7% ($n=8$) no podía caminar o caminar con ayuda, y 10% ($n=3$) tuvieron caídas. Los responsables, 93,3% ($n=28$) educación primaria y secundaria, 53,3% ($n=16$) no fueron sustituidos en el cuidado de niños, 30% ($n=9$) hicieron uso de drogas legales. Los registros médicos, 33,3% ($n=10$) con un factor de riesgo de caída. Sólo el 66,7% ($n=20$) de los niños tuvieron la pulsera para identificar el riesgo de caídas. Los profesionales de la salud deben estar atentos a los factores de riesgo para la prevención de caídas en los niños.

Descritores: Caídas. Niños. Factores de riesgo.

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

ABSTRACT

The aim was to identify the risk factors for falls according to the nursing diagnosis “risk for falls” in hospitalized children. Descriptive study approved by the Ethics Committee of the responsible Institution. Data collection was from September to November 2013. Children (n=30) with 7.0 (SD=2.8) years, 7.0 (2-77) days hospitalized, 96.7% (n=29) had been taking two or more drugs, 26, 7% (n=8) didn’t walk or walked with assistance, and 10% (n=3) fell down. As the children’s guardians, 93.3% (n=28) had primary and secondary education, 53.3% (n=16) were not replaced in childcare and 30% (n=9) had been taking legal drugs. As the medical records, 33.3% (n=10) had one risk factor for falls. Only 66.7% (n=20) of children had the wristband to identify the risk for falls. Healthcare professionals should be alert for the risk factors to prevent falls in children.

Descriptors: *Downside. Children. Risk factors.*

IDENTIFICATION OF RISK FACTORS FOR FALLING CHILDREN IN HOSPITAL

INTRODUÇÃO

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos¹. Em muitas situações, o crescimento e o desenvolvimento não acontecem de forma plena, quando o direito à saúde da criança não é priorizado de forma integral e os princípios fundamentais para a manutenção da sua saúde, por alguma razão, não são contemplados, seja por falha das instituições ou da família, o que favorece o adoecimento e, conseqüentemente, agravos à saúde.

Tais agravos podem resultar em internação hospitalar, podendo ser este processo muito doloroso e confuso para a criança, sendo assim favorecendo seu adoecimento de seus familiares e responsáveis. Nesta perspectiva, a criança passa pela difícil situação de se encontrar em um novo ambiente, onde se vê afastada de sua vida social e de seus hábitos cotidianos, ou seja, familiares, amigos, escola, professores, brinquedos e brincadeiras. Com isto, a internação hospitalar desperta sentimento de medo, tristeza, dúvida, abandono e culpa, experimentando sentimentos desagradáveis causando sofrimento e insegurança².

Quando a permanência no hospital é necessária, espera-se que a criança evolua clinicamente de forma a apresentar um estado clínico melhor do que no momento da internação, o qual o intuito é o sucesso das intervenções clínicas e dos tratamentos recomendados.

Diversas vezes, fatores de risco podem influenciar, negativamente, a saúde desta criança durante a internação. Dentre estes fatores de risco, devemos considerar que a queda de paciente internado pode piorar a condição clínica do mesmo e, ainda, aumentar seu tempo de internação³. 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, atualmente, um grande desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência na área da saúde e compromete a segurança do paciente⁴.

Ainda, o diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" tem como definição a suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico⁵. Este diagnóstico é utilizado na sistematização da assistência de enfermagem, visto ser reconhecido como um fenômeno no processo de saúde-doença⁶.

No ambiente hospitalar, "queda de paciente" é considerado 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, geralmente como consequência às condições das atividades assistenciais⁷. Assim, o indicador “queda de paciente” é a razão entre o número de pacientes que tiveram queda com dano físico no decurso de sua permanência hospitalar, sobre o número de pacientes-dia, multiplicada por 1000⁷.

Em ambiente hospitalar, as quedas são eventos prevenidos⁴. Entretanto, estas ocorrem devido causas diversas, sendo difícil associar um evento de queda a uma única causa. São fatores de risco para queda causas intrínsecas, tais como: horas de sono, turno do sono, diagnóstico clínico, histórico de quedas, fatores fisiológicos, medicamentos em uso, e causas extrínsecas que dependem de circunstâncias sociais do ambiente familiar da criança⁸.

A queda vem sendo apontada como responsável por dois em cada cinco eventos indesejáveis que comprometem a segurança do paciente, e, portanto, torna-se um grande desafio para o aprimoramento da qualidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional. E, neste quesito, sendo a equipe de enfermagem a mais próxima do paciente, por permanecer no ambiente hospitalar em tempo integral, tanto o paciente quanto seus familiares denotam para estes profissionais a grande responsabilidade da qualidade da assistência⁹.

Este fato reporta para a importância das informações nos processos de saúde, quanto à qualidade da documentação e registro das ações de enfermagem. Entretanto, os registros de enfermagem ainda encontram-se escassos e inadequados em refletir a adequada assistência prestada ao paciente¹⁰.

Deste modo, torna-se essencial ampliar o conhecimento sobre as circunstâncias e os elementos que podem ocasionar quedas com crianças, contribuindo 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, conforme o diagnóstico de enfermagem "risco de queda" registrados pela equipe de enfermagem, assim como os aspectos etiológicos na ocorrência de quedas, em crianças internadas em unidades hospitalares.

A questão de pesquisa que norteou este estudo está relacionada aos fatores de risco associados ao diagnóstico "risco de queda" em pediatria no ambiente hospitalar que são registrados pela equipe de enfermagem.

MÉTODO

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

A amostra foi constituída por 30 crianças com diferentes diagnósticos clínicos e idade de três anos completos até doze anos incompletos, e seus responsáveis. O responsável foi considerado o acompanhante de reconhecimento familiar que realizava os cuidados à criança no momento da entrevista.

As crianças foram selecionadas através dos registros em prontuário eletrônico do paciente na instituição, este contém um “ícone” específico para o diagnóstico de enfermagem ativo, onde eram verificados se o paciente possuía o diagnóstico de enfermagem “risco de queda”, e/ou registro de ocorrência de queda na internação atual. 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 incluiu dados sociodemográficos, para termos um melhor reconhecimento da realidade do público alvo, da criança e do responsável e situação clínica e de saúde da criança, sendo seu preenchimento mediante entrevista com o responsável, de duração máxima de dez minutos, e consulta ao prontuário *on line*. Quando identificado histórico de queda na internação atual, foi aplicado o segundo instrumento, que incluiu questões referentes à situação clínica após o evento de queda e a percepção do responsável sobre a ocorrência deste evento, sendo seu preenchimento, também, mediante entrevista com o responsável, de duração máxima de cinco minutos, e consulta ao prontuário *on line*. Para a criança com diagnóstico de risco de quedas e histórico de queda na internação atual, o responsável foi submetido à entrevista com duração máxima de 20 minutos para preenchimento dos dois instrumentos.

A seleção da amostra ocorreu nas unidades pediátricas do HCPA conforme demanda espontânea, ou seja, por conveniência. Em relação ao recorte temporal, o período de coleta de dados foi de setembro a novembro de 2013.

O tempo de permanência hospitalar superior a 24 horas, estar acompanhado por seu responsável de reconhecimento familiar e crianças até 12 anos incompletos foram considerados como critérios de inclusão. Por outro lado, presença de diagnóstico clínico de distúrbio psiquiátrico, paralisia cerebral e osteogênese imperfeita e crianças menores de 03

anos foram excluídas do estudo por fazerem parte do protocolo de risco de queda da instituição.

Os dados coletados foram organizados e codificados manualmente nos instrumentos. Após essa etapa, os dados foram registrados no banco de dados, utilizando-se o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0, sendo utilizada dupla digitação para detecção precoce de possíveis erros na tabulação, com o intuito de correção. Os dados foram analisados pela estatística descritiva, em que as variáveis discretas e contínuas foram apresentadas por meio de média, desvio padrão da média (DP), mediana e intervalo quartil (IQ) [25-75]. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequência absoluta e relativa.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ EENF UFRGS) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em 2013, 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 aspectos bioéticos, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde¹¹. Os registros realizados durante a coleta de dados serão armazenados com o pesquisador durante 05 (cinco) anos, até 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da amostra estudada em relação aos: aspectos sociodemográficos e clínicos das crianças está descrita na *Tabela 1*, aspectos sociodemográficos e econômicos do responsável da criança, na *Tabela 2*, e aspectos clínicos na ocorrência de queda, na *Tabela 3*.

TABELA 1 – Caracterização da amostra estudada em relação aos aspectos sociodemográficos de crianças com diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” ou que apresentaram queda – Porto Alegre, RS, 2013.

Variáveis	n (30)	%
Sexo		
Masculino	14	46,7
Feminino	16	53,3
Nº de diagnósticos na internação atual		
Um diagnóstico	18	60
Dois diagnósticos	8	26,7
Três ou mais diagnósticos	4	13,3
Tipos de medicamentos prescritos na internação atual		
Apenas um tipo de medicamento	1	3,3
Dois tipos de medicamentos	4	13,3
Três a sete tipos de medicamentos	22	73,3
Mais de oito tipos medicamentos	3	10,0
Turno de Sono		
Noite	13	43,3
Noite e manhã	5	16,7
Noite e tarde	8	26,7
Noite, manhã e tarde	4	13,3
Mobilidade		
Deambula	22	73,3
Deambula com auxílio	3	10
Não deambula	5	16,7
Quedas na internação atual		
Não	27	90
Sim	3	10

Fonte: Pesquisa em campo, 2013.

TABELA 2 – Caracterização da amostra estudada em relação aos aspectos sociodemográficos e socioeconômicos dos responsáveis de crianças com diagnóstico de enfermagem “risco de quedas” ou que apresentaram queda – Porto Alegre, RS, 2013.

Variáveis	n (30)	%
Parentesco do responsável pela criança		
Pai biológico	2	6,7
Mãe biológica	26	86,7
Avós biológicos	2	6,7
Escolaridade do responsável		
Ensino Fundamental incompleto	13	43,3
Ensino Fundamental completo	4	13,3
Ensino Médio incompleto	3	10
Ensino Médio completo	8	26,7
Ensino Superior incompleto	1	3,3
Ensino Superior completo	1	3,3
Renda familiar		
Até meio salário mínimo	12	40
Entre meio e um salário mínimo	8	26,7
Entre um e dois salários mínimos	9	30
Acima de cinco salários mínimos	1	3,3
Uso de medicamentos como rotina		
Não	14	46,7
Sim	16	53,3
Uso de drogas lícitas e/ou ilícitas		
Não	21	70
Tabaco	6	20
Bebida Alcoólica	3	10

Fonte: Pesquisa em campo, 2013.

TABELA 3 – Caracterização da amostra estudada em relação aos aspectos clínicos na ocorrência de queda de criança na internação atual – Porto Alegre, RS, 2013.

Variáveis	n (3)	%
Presença de lesão		
Não	2	66,7
Sim	1	33,3
Região lesionada		
Cabeça	1	33,3
Outras partes do corpo	3	100,0

Pesquisa em campo, 2013.

A idade das crianças foi de 7,0 (DP=2,8) anos, sendo que no momento da entrevista, o tempo de internação das crianças foi de 7,0 (2-77) dias. Além disso, 100,0% ($n=30$) tinha registro de diagnóstico de enfermagem “risco de quedas”.

Quanto ao local de procedência, 66,7% ($n=20$) das crianças tinha moradia fixa no interior do estado (RS).

Para os achados de diagnósticos clínicos, em 60% ($n=18$) das crianças foi relacionado à doença do aparelho digestório, seguido de 23,3% ($n=7$) por neoplasias e 16,7% ($n=5$) por doença do aparelho respiratório, além de outros¹². Para tanto, em 60% ($n=18$) da amostra foi registrado apenas um diagnóstico clínico, seguindo por 40% ($n=12$) com concomitância de dois ou mais diagnósticos.

A situação de debilidade física, em decorrência da doença, leva a alterações hemodinâmicas com prejuízo tanto da oxigenação quanto da nutrição de sistemas. Conforme o Protocolo Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde¹³. Hipotensão postural, tontura, anemia, alteração metabólica (hipoglicemia) são apontadas como condições clínicas que aumentam a ocorrência de quedas. Tais condições são sinais e sintomas de diferentes patologias, como as encontradas no presente estudo. 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.

Para os medicamentos prescritos na internação atual, com exceção aos “se necessário”, 99,9% ($n=28$) das crianças recebiam antiinflamatório e antimicrobianos; 46,6% ($n=14$), analgésicos opióides e não opióides; 13,4% ($n=4$), antihipertensivos e diuréticos, além de outros. Do total das crianças, 96,7% ($n=29$) fazia uso, em horários distintos, de dois ou mais medicamentos, com ação farmacológica diferenciada, considerando as 24 horas.

Ressalta-se, ainda, que, em relação aos efeitos colaterais, para os antiinflamatórios são citados: sonolência, redução da consciência com pensamentos confusos; para os analgésicos opióides: confusão mental, vertigem, insônia, sonolência, lentidão de reações, e para antihipertensivos e diuréticos: tontura, hipotensão postural, sonolência, além de outros¹⁴. Tais efeitos colaterais são citados como fatores para ocorrência de quedas no Protocolo Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde¹³. 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, como o intuito de monitorar os efeitos colaterais e programar intervenções individualizadas na prevenção de quedas.

Para os fatores relacionados à situação de risco de quedas ou à ocorrência de quedas, referente às crianças, além do diagnóstico clínico, também foram selecionados: 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 Morse¹⁵, amplamente utilizada no Brasil, para a população adulta, 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.

Em relação as horas de sono as crianças tiveram 10 (8-12) horas/dia durante a internação hospitalar, a tabela 3 demonstra a predmonância de sono fracionado. Em um estudo os autores 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 sono¹⁶. Poucas horas e má qualidade de sono geram cansaço físico e mental que propicia o risco de queda.

Referente à locomoção, 73,3% ($n=22$) das crianças deambulava sem auxílio, 16,7% ($n=5$) não deambulava e 10% ($n=3$) deambulava com auxílio.

O auxílio na deambulação requer atenção acurada daquele que o executa, no caso deste estudo predominantemente os responsáveis, por estar ao lado da criança em maioria do seu tempo; portanto, o cansaço físico e mental dos mesmos, advindo da permanência no ambiente hospitalar, promove susceptibilidade à queda da criança sob seus cuidados.

Quanto à percepção do responsável em relação ao comportamento das crianças, estas foram classificadas: 50% ($n=15$) como tranquila, seguido por 20% ($n=6$) como agitada; 10% ($n=3$) como tranquila e agitada; 9,9% ($n=3$) como agressiva; e 6,7% ($n=2$) como agitada e teimosa.

Crianças agitadas não conseguem ter um sono tranquilo, pois tem dificuldade para dormir e tem tendência a levantar cedo. Estudos demonstram que as crianças agressivas geralmente combinam hiperatividade e “episódios maníacos”, sendo que, durante esses episódios, pode se tornar um perigo para elas mesmas, podendo, assim, causar alguma lesão em si, incluindo, a isto, a queda ao chão¹⁷. 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.

No presente estudo, 10% ($n=3$) das crianças apresentaram queda na internação atual, conforme afirmaram os responsáveis. Destas, para 100% ($n=3/3$) foi negado episódio de

queda em internações anteriores. Quando ocorrência de queda, 66,7% ($n=2/3$) dos responsáveis referiu no turno da manhã, e 100,0% ($n=3/3$) afirmou lesão orgânica em consequência ao episódio, como, também, reconhece que as condições ambientais tais como piso molhado, as condições clínicas e o grau de agitação da criança foram os motivos da queda.

Similarmente aos dados alcançados, um estudo descritivo que utilizou Boletins de Notificação de Eventos Adversos demonstrou que o evento de quedas acontece, na sua maioria, nos primeiros cinco dias de internação. Tal fato pode estar relacionado a fatores, tais como: início de novas medicações, falta de familiaridade com a organização espacial do ambiente e ansiedade para nova condição⁴. Além disso, as quedas podem estar relacionadas com a insegurança e apreensão dos pais no ambiente do hospital¹⁸.

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 internação⁴. Considera-se que, ao longo da permanência no hospital, 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.

As quedas em pacientes hospitalizados acarretam inúmeras e graves consequências, como por exemplo: traumas teciduais de diferentes intensidades; retirada não programada ou desconexão de diferentes artefatos terapêuticos; alterações emocionais; piora das condições clínicas; óbito; dentre outras³. Com vistas a programa de melhoria contínua nas instituições, deve ser garantida a existência de mecanismos para prevenção e minimização de eventos adversos⁴.

Os responsáveis pelas crianças apresentavam idade de 36,8 (DP=8,3) anos. Destes, 86,7% ($n=26$) declarou-se como mãe biológica da criança.

Quanto ao grau de escolaridade; 93,3% ($n=28$) referiu ter ensino fundamental e médio, completo ou incompleto, sendo que apenas 6,7% ($n=2$) com ensino superior completo ou incompleto.

Para a ocupação principal, 50% ($n=15$) referiu como do lar, seguido por 13,3% ($n=4$) como serviços gerais, e 13,3% ($n=4$) como agricultor(a), além de outras profissões de cunho administrativo.

Classificando-se a amostra quanto ao nível econômico, este determinado pela renda familiar mensal, 40% ($n=12$) referiu ter renda de até meio salário mínimo, seguido por 30% ($n=9$) entre um e dois salários mínimos e 26,7% ($n=8$) entre meio e um salário mínimo. Neste quesito, apenas 3,3% ($n=1$) referiu renda familiar mensal acima de cinco salários mínimos. Sobre o número de pessoas que partilham da renda mensal, 30% ($n=9$) dos responsáveis referiu serem três pessoas, seguido por 26,7% ($n=8$), por quatro pessoas. Os demais, 43,3% ($n=13$) referiu que a renda familiar mensal é partilhada entre duas até onze pessoas.

A baixa renda familiar pode propiciar novas preocupações referentes à situação econômica, que, por sua vez, podem prejudicar a atenção do cuidado prestado à criança.

Quando questionado sobre a substituição no cuidado da criança por outro cuidador, 53,3% ($n=16$) dos responsáveis afirmou não serem substituídos, permanecendo integralmente no cuidado à criança. Para os que conseguem auxílio de outro cuidador (46,7%; $n=14$), este auxílio foi realizado em 2,3 (DP=6,4) dias, considerando os 7,0 (2-77) dias de internação hospitalar.

Cuidadores que não possuem auxílio de outros membros da família no cuidado hospitalar sofrem interferências em suas vidas pessoais devido à falta de tempo para a suas atividades, gerando assim uma sobrecarga física e mental¹⁹.

O estudo, também, apontou que 53,3% ($n=16$) dos responsáveis fazia uso de algum tipo de medicamentos de uso contínuo, sendo estes relacionados ao sistema nervoso central (31,2%; $n=5/16$), ao sistema endócrino (18,7%; $n=3/16$), além de outros. Ainda, 30% ($n=9$) dos responsáveis afirmou fazer uso de tabaco ou de bebida alcoólica. Destes, 66,7% ($n=6/9$) fazia uso diário das drogas lícitas referidas, e 33,3% ($n=3/9$), de vez em quando, sem continuidade.

Estudo descritivo, que utilizou um protocolo de gerenciamento de quedas para a avaliação dos eventos ocorridos em um hospital privado, mostrou que a maior prevalência no índice de quedas foi em relação aos medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central, devido a alterações no sono, na concentração e no estado de alerta que estes medicamentos provocam¹⁰. 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 ao cuidado com a criança.

Em relação aos registros de enfermagem, em 13,3% ($n=4$) dos prontuários *on line* não constava registro que justificasse a presença do diagnóstico “risco para queda”. Entretanto, em 33,3% ($n=10$) dos prontuários havia registro de um fator de risco para queda, e nos demais (53,3%; $n=16$), dois e mais de cinco fatores de risco para quedas nas evoluções de enfermagem.

A partir da identificação da clientela sujeita aos riscos para quedas, a enfermeira deve implementar ações visando a diminuição ou mesmo supressão da ocorrência do fenômeno²⁰.

Em um estudo que caracterizou o perfil, fatores de risco e 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 evento³.

Discriminando os fatores de risco para queda, encontrados nos prontuários *on line*, 70% ($n=21$) dos registros de enfermagem constava da presença de acesso venoso; seguido por 30% ($n=10$) relacionado ao paciente estar sem dieta por via oral (NPO). Também foram encontrados nos prontuários outros fatores que compuseram o diagnóstico “risco para queda”, tais como: infusão endovenosa e/ou dietoterapia, oxigenioterapia, sonolência, hipo ou hiperglicemia, inapetência, uso de bomba de infusão, vômitos, déficit sensitivo ou motor, preparo para procedimento cirúrgico, mobilidade prejudicada, diarreia, uso de sedativos, sonda nasoentérica ou nasogástrica, sonda vesical, hipóxia e hipotensão.

A queda pode ter como consequência inúmeras e graves consequências³. Por isso a importância de estratégias de prevenção e de identificação dos fatores que podem ocasionar a queda na pediatria.

Em relação à presença de anamnese de enfermagem, somente em 66,7% ($n=20$) dos prontuários *on line* havia este registro na admissão da criança.

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 prestados²⁰.

O Ministério da saúde preve que é necessário mais uma intervenção para que haja uma prevenção efetiva das queda, detre estas está a identificação do paciente com risco para queda, através de uma sinalizador, como por exemplo uma pulseira¹³.

Apenas em 66,7% ($n=20$) das crianças estava presente a pulseira para a identificação do risco de queda. O uso de pulseiras de identificação nas crianças internadas encontra-se irregular, sendo essa falha encontrada um ponto não só a ser revisto pela instituição, mas, também, a ser reforçado no cotidiano de trabalho da equipe multiprofissional que está em contato 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 e suas características avaliados pelas enfermeiras para indicar o diagnóstico de enfermagem “risco de queda”.

Visando a diminuição do agravo e aperfeiçoando a qualidade da assistência há a necessidade de qualificar os registros de enfermagem referentes as condições que levaram ao diagnóstico “risco de queda”.

Desta forma temos como principais achados crianças com mais de dois diagnósticos clínicos, o uso de três ou mais medicamentos prescritos, o fracionamento do sono, o grau de agitação e agressividade. Em relação aos responsáveis estavam fazendo uso de medicamentos que atuam no SNC reduzindo assim a atenção, a não substituição do cuidador causando um cansaço físico e mental, a baixa renda familiar gerando ansiedade e o uso do tabaco por aumentar o período em que a criança fica sozinha.

Por isso, conhecer os agentes desencadeadores torna possível determinar ações de prevenção diretamente sobre eles. Podemos perceber, por meio dos agentes identificados, que as medidas de segurança podem ser adotadas pela família e responsáveis, com o apoio da equipe multiprofissional, reduzindo, assim, o índice 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 conseqüente 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 destes resultados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei Nº. 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 13 jul 1990. Seção 1.
2. Ribeiro CR, Junior AAP. A Representação Social Da Criança Hospitalizada: Um Estudo Por Meio Do Procedimento De Desenho-Estória Com Tema. Rev. SBPH Rio de Janeiro. 2009; 12(1): 31-54.
3. 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.
4. 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
5. North American Nursing Diagnostics Association. Diagnosticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009/2011.
6. 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.
7. 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.
8. Pereira AA, Ceolim MF. Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. Rev Bras Geriatr Gerontol, Rio de Janeiro. 2011; 14(4): 769-78.
9. 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
10. 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.
11. 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: 08 nov. 2013.
12. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 7ª Ed. 2004
13. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de prevenção de quedas. 2013

14. Ministério da Saúde (Brasil). Agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA): Bulário eletrônico. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp>. Acessado em 10 nov 2013.
15. 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
16. Paiva MB, Souza CAC, Soares E. Fatores interferentes no sono e repouso de criança. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006; 10 (1): 29 - 35.
17. Ribeiro KMN, Junior FBA, Valente KDR. Síndrome de Landau-Kleffner e regressão autística. *Arq Neuropsiquiatr* 2002;60(3-B):835-9
18. Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(3): 128-35
19. Lenardt MH, Silva AC, Willig MH, Seima MD. O idoso portador da doença de alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. *Rev. Min. Enferm.* 2010;14(3): 301-7.
20. 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 9 nov de 2013.

APÊNDICE A

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

Instrumento de Coleta de Dados I

IDENTIFICAÇÃO		
Número do Questionário:		Data:
ENTREVISTA E CONSULTA AO PRONTUÁRIO		
A – DADOS DA CRIANÇA		CODIFICAÇÃO
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:	(0) não (1) sim Quantos episódios? ____	
Caso a resposta seja positiva, preencha o instrumento de coleta de dados II		
A. 12 Histórico de quedas – internação prévia:	(0) não (1) sim Quantos episódios? ____	
B – DADOS DO RESPONSÁVEL OU FORNECIDOS PELO MESMO		CODIFICAÇÃO

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? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.10	(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? Caso a resposta seja não, pule para a questão B.12	(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? Caso a resposta seja não, pule a questão B.13	(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

IDENTIFICAÇÃO		
Número do Questionário:		Data:
DADOS A SEREM PREENCHIDOS QUANDO QUEDA NA INTERNAÇÃO ATUAL		
C- DADOS DA CRIANÇA (ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL)		CODIFICAÇÃO
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? Caso a resposta seja não, pule para a questão C7	(0) não (1) sim	
C.4 Qual região do corpo foi lesionada?	(1) cabeça (2) membros superiores (3) tórax (4) abdômen (5) membros inferiores	
C.5 Qual fator que o responsável associa à queda?	(1) descuido dos profissionais (2) descuido do responsável (3) descuido da própria criança (3) iluminação inadequada (4) mobiliário inadequado (5) outro. Qual? _____	

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 (Serviço de Enfermagem Pediátrica; Telefone: 33598596). 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 2013

ANEXO A



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

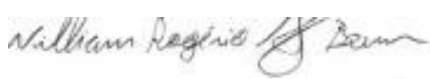


Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

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

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 agosto de 2013.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
William Rogerio Aretz Brum	
Márcia Koja Breigeiron	
Kelen Cristina Ramos dos Santos	

ANEXO B**Pesquisador: Marcia Koja Breigeiron****Dados do Projeto de Pesquisa****Projeto Nº:** 25643**Título:** 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 Aretz 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

Normas da

REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions>>. Acessado em 30 de novembro de 2013.

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 seqüência 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).