



JULGAMENTO CLÍNICO DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

The clinical judgment of nurses in fall risk assessment

Fabiana Maria de Almeida^a , Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo^b ,
Annelita Almeida Oliveira Reiners^b, Roselma Marcele da Silva Alexandre^c

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o julgamento clínico realizado pelo enfermeiro no processo de avaliação do risco de quedas de idosos durante período de internação. **MÉTODOS:** pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa desenvolvida em três hospitais do município de Cuiabá, Mato Grosso, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Fizeram parte da pesquisa 18 enfermeiros lotados nas clínicas médicas e cirúrgicas. Os dados foram coletados de março a agosto de 2013 por entrevista semiestruturada e analisados pela análise temática e sob ótica da Teoria do Julgamento Clínico de Tanner (2006). **RESULTADOS:** A avaliação do risco de quedas dos idosos é realizada de forma assistemática e superficial. A admissão do paciente foi considerada o momento mais adequado para se coletar os dados e avaliar o risco de quedas dos idosos, além da passagem de plantão e/ou visitas aos pacientes, conversas/troca de informações com a equipe de recepção do hospital. A identificação dos indícios ou fatores de risco de quedas dos pacientes, geração das inferências e emissão do parecer são realizados. A validação das inferências não foi identificada. **CONCLUSÕES:** Conclui-se que as duas etapas iniciais do julgamento clínico — o reconhecimento e a interpretação — ocorrem de maneira assistemática, incompleta e inconsistente, podendo gerar avaliações imprecisas do risco de quedas de idosos hospitalizados.

PALAVRAS-CHAVE: acidentes por quedas; julgamento; saúde do idoso.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study aimed to describe the clinical judgment of nurses in fall risk assessment for hospitalized older adults. **METHOD:** This exploratory, descriptive study with a qualitative approach was conducted in Unified Health System hospitals in Cuiabá, MT, Brazil. A total of 18 nurses in medical and surgical clinics participated. The data were collected from March to August 2013 using a semi-structured interview and were assessed through thematic analysis based on Tanner's clinical judgment model (2006). **RESULTS:** Fall risk evaluation in older adults is performed unsystematically and superficially. The nurses considered the most appropriate time to collect data and assess the fall risk of older patients to be at patient admission, although shift changes, patient visits, conversations or information exchange with hospital reception staff contributed. Although the signs or factors of patient fall risk were identified, inferences were produced and opinions were issued, the inferences were not validated. **CONCLUSIONS:** The two initial stages of CJ — recognition and interpretation — are unsystematic, incomplete and inconsistent, which can lead to inaccurate assessment of fall risk among hospitalized older adults.

KEYWORDS: fall accidents; older adult health; judgment.

^aFaculdade de Cuiabá – Cuiabá (MT), Brasil.

^bFaculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso – Cuiabá (MT), Brasil.

^cFaculdade de Enfermagem, Centro Universitário de Várzea Grande – Várzea Grande (MT), Brasil.

Dados para correspondência

Fabiana Maria de Almeida – Rua Juarez Sodré Farias, 179, Alvorada – CEP: 78048-463 – Cuiabá (MT), Brasil – E-mail: fabiana.flippin@gmail.com

Recebido em: 14/08/2018. Aceito em: 13/09/2018

DOI: 10.5327/Z2447-211520181800046

INTRODUÇÃO

As quedas estão entre os incidentes mais comuns em idosos hospitalizados,¹ podendo trazer consequências graves ao paciente, como a morte, afetar as famílias e aumentar os custos econômicos das instituições hospitalares.²

Programas de prevenção de quedas são universalmente multidisciplinares e devem ter abordagens multifatoriais.³ O papel da enfermagem é importante e decisivo, pois contribui para a redução ou até mesmo a não ocorrência de quedas, ou, caso ocorram, para que os danos sejam mínimos. Entre as ações do enfermeiro, a primeira é a avaliação dos pacientes quanto ao risco de quedas, que pode ser realizada por meio de escalas validadas e adaptadas para algumas situações, cenários e pacientes específicos.⁴⁻⁶ Todavia, estudiosos têm destacado a importância do julgamento clínico (JC) desse profissional como um requisito igualmente fundamental para a prevenção de quedas de idosos hospitalizados.^{5,7}

O JC é a interpretação sobre as necessidades em saúde de um paciente, bem como a decisão sobre as intervenções consideradas adequadas a ele pelo enfermeiro. Possui quatro etapas: reconhecimento, interpretação, resposta e reflexão.⁸ É uma ferramenta importante que garante melhoria na prática assistencial, com base no conhecimento, no pensamento crítico e na tomada de decisão alicerçada em evidências científicas, a partir da avaliação de dados subjetivos e objetivos do paciente, da família e da comunidade.⁹

Além de ser uma tecnologia de baixo custo na prevenção de quedas, o JC é um processo que pode ser tão preciso se utilizado sozinho quanto se associado a instrumentos na triagem de pacientes.¹⁰ No entanto, a produção de pesquisas sobre esse julgamento do enfermeiro na prevenção de quedas de idosos ainda é pequena. Estudo realizado em um hospital da Austrália comparou o uso de instrumentos e do JC de enfermeiros na predição de quedas de pacientes idosos.¹⁰ Outro estudo, realizado também nesse país, comparou a capacidade de esses profissionais preverem quedas de pacientes internados em vários tipos de clínicas utilizando o STRATIFY Score e o JC.¹¹ Em outra pesquisa, os autores procuraram testar a acurácia dos instrumentos Downton Index e STRATIFY Score e do JC de enfermeiros na avaliação do risco de quedas em uma unidade de reabilitação geriátrica em hospital dos Estados Unidos.¹²

O objetivo deste estudo foi descrever o julgamento clínico realizado pelo enfermeiro no processo de avaliação do risco de quedas de idosos durante sua hospitalização.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa realizado em três hospitais conveniados ao Sistema Único de

Saúde (SUS) de Cuiabá (MT) com enfermeiros assistenciais que trabalham em clínicas médicas e cirúrgicas.

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2013, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando instrumento elaborado contendo questões sobre a identificação do enfermeiro, sua formação e sua experiência profissional, bem como questões norteadoras objetivando conhecer seu processo de avaliação para o risco de quedas de idosos hospitalizados. As entrevistas foram gravadas e realizadas no local de trabalho, em espaço reservado, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente as entrevistas foram transcritas e identificadas pela letra em maiúsculo “E” seguida do número cardinal conforme sua ordem de realização (E01, E02, [...], E10, E11 [...]).

A análise dos dados ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.¹³ Na interpretação dos resultados, utilizou-se o modelo de JC proposto por Tanner,⁸ que possui quatro etapas interligadas:

- reconhecimento: etapa que corresponde à apreensão inicial do enfermeiro sobre a situação em questão - começa quando se estabelece o contato direto com o paciente e mentalmente supõe-se o problema de enfermagem apresentado pelo indivíduo (expectativas), esteja ele explícito ou não, a partir de várias informações coletadas sobre a pessoa e o ambiente. Diversos fatores influenciam essa etapa, como o conhecimento advindo da formação do enfermeiro, sua experiência profissional, sobre o paciente e seus padrões de resposta, e de pacientes com problemas semelhantes. Igualmente atuam os valores pessoais e profissionais do enfermeiro, a cultura, as normas e a complexidade do cuidado desenvolvido na instituição;
- interpretação: fase na qual o enfermeiro dá significado às informações coletadas. Utilizando padrões de raciocínio analítico, intuitivo e narrativo, o profissional emite um parecer e decide de quais intervenções de enfermagem lançará mão no atendimento ao problema do paciente, podendo, inclusive, escolher não agir imediatamente. O raciocínio analítico prevê uma análise objetiva da situação a partir da coleta de dados que são organizados em categorias e interpretados de acordo com padrões e situações gerais. No raciocínio narrativo, o enfermeiro analisa os dados colhidos considerando experiências particulares narradas pelo paciente, seus motivos, suas expectativas, suas preocupações etc.¹⁴ Já no raciocínio intuitivo, ele procura captar o que está acontecendo, trazendo um entendimento “imediatamente” da situação que possibilita a tomada de decisão sem o recurso do processo analítico consciente;¹⁵

- resposta: etapa em que o enfermeiro realiza a ação que, na fase anterior, considerou como a mais adequada para resolver o problema do paciente;
- reflexão: fase em que o enfermeiro reflete sobre as respostas do paciente à intervenção utilizada para solucionar a questão (reflexão em ação) e sobre o aprendizado adquirido na experiência de julgar e intervir (reflexão sobre a ação). Essa etapa requer do enfermeiro o conhecimento e a habilidade de conectar a intervenção escolhida aos resultados esperados.

Neste estudo, o foco esteve nas duas primeiras etapas do JC.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller e aprovado com parecer de nº 206.962/CEP-HUJM/13.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 15 enfermeiras e 3 enfermeiros, com média de idade de 34 anos (26 a 53 anos). Doze deles graduaram-se em instituições privadas e seis em públicas. A maioria concluiu o curso entre os anos de 2003 e 2012. Um dos enfermeiros possui título de mestre e outros 13, pós-graduação *lato sensu* nas áreas de saúde pública, urgência e emergência, enfermagem do trabalho, cardiologia, terapia intensiva no adulto, pediatria, centro cirúrgico, auditoria em serviços de saúde e gestão do trabalho. Os participantes possuem em média 6,5 anos de experiência profissional na área hospitalar. Cinco enfermeiros atuam em hospital público de ensino, seis em hospital filantrópico e de ensino e sete em hospital público. Destes, oito trabalham na clínica cirúrgica e dez na médica. Tanto nesses hospitais como em empregos anteriores, a maioria deles reportou ter atuado em unidades de atendimento de adultos em unidades de clínica médica e de cirúrgica, unidade coronariana e de terapia intensiva, *box* de emergência, pronto atendimento e unidade de ortopedia. Nenhum dos participantes recebeu capacitação em prevenção de quedas e apenas uma enfermeira referiu possuir capacitação ou curso na área de geriatria/gerontologia.

O julgamento clínico no processo de avaliação do risco de quedas de idosos hospitalizados

Com base nos relatos dos enfermeiros, identificou-se a etapa de reconhecimento do modelo de JC de Tanner,⁸ na qual o profissional avalia se o idoso está em risco de queda a partir das informações coletadas quando em contato com o paciente e seu ambiente.

Relatam que a coleta de dados para a avaliação do risco de quedas dos idosos não é habitualmente realizada — quando se realiza, é sem profundidade devido ao grande volume de

trabalho, ao curto espaço de tempo disponível devido às rotinas da instituição, o que os afasta das atividades assistenciais diretas ao paciente.

Como aqui a rotina é muito... O fluxo é muito grande, a gente não faz essa rotina [de avaliação do risco de quedas]. Não tem, na verdade, essa rotina por causa do tempo. Por isso, quando eu falo a gente avalia, mas avalia bem superficialmente (E14).

Os enfermeiros utilizam conversas e observação como estratégias de coleta de dados, sem utilizar instrumentos ou roteiros. Afirmam desconhecer qualquer instrumento de avaliação do risco de quedas. Alguns possuem entendimento equivocado sobre esses instrumentos de avaliação, referindo-se a eles como equipamentos, programas de computador e comunicação enfermeiro-paciente.

De instrumento [avaliação risco de quedas] eu não tenho conhecimento mesmo (E09).

Não conheço. Nunca vi (E13).

Acho que não [é necessário o uso de um instrumento para avaliar o risco de quedas] porque seria um instrumento a mais que, muitas vezes, o hospital estaria comprando para continuar ali no canto sem uso (E01).

A admissão do paciente na clínica foi considerada pelos enfermeiros como o momento mais adequado para se coletarem os dados e avaliar o risco de quedas dos idosos; esse levantamento pode ocorrer também na passagem de plantão e/ou nas visitas aos pacientes nas enfermarias.

A gente descobre [os riscos] na hora que faz a admissão do paciente. [...] então, essas coisas [coleta de dados], se a gente não faz na admissão do paciente, se a gente não for conversar lá, a gente não fica sabendo. Só fica sabendo quando ele cai. [...] Porque o primeiro contato que você tem com o paciente é no momento da internação. Se você perde esse contato, no momento da admissão, você perdeu a chance [de avaliar os riscos]. Porque a próxima vez que você vai ter contato ou é na passagem de plantão em que alguém vai te passar alguma coisa ou é no retorno do centro cirúrgico (E01).

Outra maneira de se obterem dados sobre o paciente é por meio de conversas/troca de informações com a equipe da recepção do hospital que realiza a admissão dos pacientes, com outros colegas enfermeiros, com o idoso e/ou acompanhantes

que descrevam seu estado de saúde (presença de doenças, queixas, alterações do estado mental, capacidade para realizar as atividades de vida diária (AVD), rotina do idoso quando está em casa, uso de medicamentos, acuidade visual etc.).

Então, a gente pergunta o diagnóstico [para a enfermeira na passagem de plantão], e também tem na admissão. E ela passa a informação para gente: “tem risco de queda, é idoso, tem acompanhante, não tem acompanhante, está confuso, não está”. Aí depois, você vai falar, vai conversar com ele e faz sua avaliação também (E04).

No horário da visita, eu procuro conversar com eles [os pacientes] e depois procuro conversar com os acompanhantes, que geralmente ficam nos corredores (E07).

Por meio da observação, os enfermeiros colhem alguns dados relacionados à condição clínica do paciente, como alterações do estado mental, mobilidade, presença de lesões e deficiências, uso de próteses e/ou dispositivos, tipo de calçado e vestimenta.

Eu observo como é que está a deambulação dele, porque, às vezes, diz que está sentindo tontura, uma avaliação geral. Eu observo o estado de lucidez, se está tendo alguma dificuldade, tudo (E12).

Se tem alguma dependência, alguma deficiência, algum problema. Se faz uso de algum dispositivo para deambular, como andador, muletas. Se tem prótese (E10).

Os fatores de risco para quedas dos idosos provenientes do ambiente são informações que não são coletadas sistematicamente pelos enfermeiros. Eles fazem referência à estrutura física da instituição como problemas do local onde trabalham e que podem contribuir para as quedas.

A estrutura física da instituição favorece muito a queda do paciente, principalmente os pisos. As paredes não têm aquele rebote [corrimão] para eles se apoiarem, não tem andadores (E07).

Com relação à etapa de interpretação do JC, foi percebido que são realizados os passos de identificação dos indícios ou fatores de risco de quedas dos pacientes, geração das inferências e emissão do parecer. A validação das inferências não foi identificada.

Se ele tem mais de 60 anos, a gente já vê que ele é idoso, então pela própria questão de ser idoso e de

ter um sistema imunológico baixo, dificuldade para deambular, dificuldade cognitiva. [...] porque mesmo que seja um idoso saudável, que não tenha risco de queda, dependendo do medicamento, na hora que ele for levantar, há o risco de ele ter tontura, o risco de cair é muito grande (E02).

Também tem o suporte de soroterapia [...], e isso pode dificultar a locomoção dele. Mesmo assim, o paciente desce da cama com o soro na mão, e isso pode dificultar a locomoção dele (E06).

Iluminação inadequada. Muitas vezes queima a lâmpada e eles não têm como trocar essa lâmpada de noite, então o paciente entra no banheiro no escuro, sai no escuro. Então, isso aí potencializa em muito o fator do risco de queda do paciente (E01).

Entre os relatos dos enfermeiros pesquisados, não foi possível reconhecer os padrões de raciocínios intuitivo e narrativo da etapa de interpretação do modelo de JC proposto por Tanner.⁸ No entanto, identificou-se o raciocínio analítico: principalmente quando emite o parecer, o profissional estabelece o risco de queda do idoso hospitalizado.

Paciente que não dorme muito e rola muito na cama. Então você já avalia que provavelmente pode ser que também caia da cama de noite. Pode ter o risco de queda, né? (E01).

Você põe lá [no leito] e ele está confuso, toda hora está levantando, escorrega e cai (E09).

Porque ele pode querer levantar da cama sozinho; só que ele está debilitado e aí tem uma queda (E17).

Observou-se que geralmente emitem mentalmente esse parecer, sendo transmitido por meio de orientação verbal aos membros da equipe, pacientes e familiares e ocasionalmente é registrado no prontuário na forma de anotação de enfermagem.

Eu repasso [o parecer] fazendo orientação com o paciente e com os funcionários. Nós ainda não temos condições de anotar (E06).

Quando dá, [...] eu coloco no campo das anotações que [o paciente] é idoso. Principalmente coloco no campo das intercorrências o que foi orientado (E07). Tudo aquilo que é importante, relevante, eu passo para a colega. Além disso, tem a orientação verbal a pacientes e acompanhantes. E para as demais equipes, como o laboratório, os acadêmicos e a limpeza, nós temos que fazer essa orientação verbal (E10).

DISCUSSÃO

Este estudo contribui para ampliar o conhecimento do JC do enfermeiro na prevenção de quedas de idosos, visto que a produção sobre o tema é pequena. Os dados revelaram que esse julgamento na avaliação do risco de quedas de idosos durante sua hospitalização é incompleto e limitado. Isso porque esse processo é realizado de maneira superficial, assistemática, não focalizada, sem a utilização de instrumentos específicos (escalas), agregado a um corpo de conhecimento constituído predominantemente da experiência prática.

Na etapa de reconhecimento, os enfermeiros apreendem a situação por meio da coleta de dados, porém, de maneira incompleta, uma vez que não permite a obtenção de toda a informação relevante sobre o risco de quedas do idoso. Pelo fato de os dados serem coletados apenas por meio de conversas e observação não sistemáticas, esses profissionais perdem informações importantes que contribuiriam para a precisão da avaliação do risco de quedas dos idosos hospitalizados.

As implicações da falta de sistematização são inúmeras e prejudiciais à qualidade da assistência de enfermagem e à segurança do paciente.¹⁶ Elas levam o enfermeiro a coletar dados de forma não intencional, aleatória, superficial e diferente para cada paciente, inclusive levam ao levantamento de informações desnecessárias à avaliação do risco de quedas.¹⁷ Isso dificulta o estabelecimento de planos de cuidados que atendam às reais necessidades de saúde dos pacientes idosos e a elaboração de protocolos de prevenção do risco de quedas.¹⁸

Não obstante, a adoção de instrumentos específicos e validados para avaliar e prever o risco de quedas em pacientes nos hospitais é importante para enfermeiros e gestores. Eles possibilitam a identificação de fatores de risco de quedas de pacientes de forma objetiva e com maior possibilidade de precisão,¹⁹ além de contribuírem para a sistematização do cuidado de enfermagem. Contudo, os enfermeiros devem utilizá-los de forma crítica, compreendendo suas limitações, e qualificar seu conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis e não modificáveis para que possam reduzir o risco de quedas nas instituições hospitalares.²⁰

É importante destacar que as informações clínicas sobre o paciente e sua situação são adquiridas na interação enfermeiro-paciente e que a qualidade dessa interação afeta a informação obtida e, por conseguinte, o julgamento realizado.²¹ A coleta de dados sistematizada amplia a visão do enfermeiro sobre o paciente e sua situação, gera clareza dos problemas de enfermagem e auxilia na determinação precisa dos diagnósticos de enfermagem, no estabelecimento do plano de cuidados e em seu acompanhamento.¹⁹

Diversos fatores podem influenciar a etapa de reconhecimento do JC, entre eles a formação e experiência profissional

do enfermeiro. Estudos mostram que esta é decisiva em seu JC.^{8,22} Pesquisa desenvolvida com profissionais que trabalhavam em unidades de cuidado a pessoas idosas com demência concluíram que a sensibilidade e a atenção aos fatores de risco ambientais para quedas aumentam mais com os anos de experiência do que com o nível educacional deles.²³ Isso pode explicar a capacidade que eles têm de, por meio de entrevista e observação, coletar dados importantes para a avaliação do risco de quedas, pois o desenvolvimento de habilidades ocorre gradativamente, tendo início na graduação e aprimorando-se com o avanço da experiência. É esperado que o enfermeiro com três anos de prática profissional tenha um JC competente quanto à capacidade de prever e atender às necessidades de saúde do paciente.^{22,24,25}

Nesse sentido, infere-se que a coleta de dados para a avaliação do risco de quedas que os enfermeiros deste estudo fazem é incompleta. Na medida em que há pouco conhecimento científico agregado ao conhecimento adquirido em sua prática, o profissional deixa de fazer inferências significativas sobre os achados, a exemplo da coleta de dados relacionados ao estado mental do idoso. Bons julgamentos são desenvolvidos quanto ao conhecimento obtido da experiência se agregados o consumo de literatura especializada desde a sua graduação, a reflexão da prática, o desenvolvimento de programas de prevenção do risco de quedas e a educação continuada.^{8,17,24}

Na etapa de interpretação do JC, o enfermeiro realiza diferentes padrões de raciocínio, com passos denominados de identificação dos indícios, inferências, validação destas e emissão de um parecer. Embora sejam sequenciais, esses passos podem se estabelecer simultaneamente na mente do enfermeiro.²⁶ Dos resultados, foi possível constatar, nessa etapa do JC, a identificação de indícios e o estabelecimento de suposições diagnósticas. Entretanto, no JC deles, há predomínio do conhecimento advindo da experiência profissional.

Deduz-se que suas inferências e suposições também são inconsistentes, pois é esperada do enfermeiro, na etapa de interpretação, a afirmação de relações entre os dados — isso envolve a combinação de conhecimentos teóricos e práticos, a validação desses dados e, conseqüentemente, pareceres precisos com maior acurácia para a predição do risco de quedas.⁸

Estudos têm revelado prejuízos à qualidade da assistência decorrente do conhecimento insuficiente dos profissionais de enfermagem tanto para avaliar quanto para determinar ações de cuidado, principalmente na análise e interpretação de situações de maior complexidade.²⁶ Pesquisa mostrou que os enfermeiros tinham dificuldade para identificar, quantificar e tratar a dor em pacientes com trauma devido ao conhecimento insuficiente e que, com treinamento, a noção sobre

avaliação e tratamento da dor aumentou significativamente.²⁷ Em outro estudo, os autores ponderaram sobre a documentação de enfermagem quanto ao estado nutricional de pacientes e concluíram que a documentação era pobre provavelmente pelo conhecimento insuficiente dos enfermeiros.²⁸

Utilizar estudos baseados em evidências clínicas também pode auxiliar esses profissionais a identificarem e graduarem o risco de quedas de idosos durante a avaliação, trazendo consistência científica às ações de enfermagem.

Considerando todo o processo de avaliação dos enfermeiros deste estudo, observou-se que o JC aplicado não articula todos os elementos necessários a um julgamento confiável, por conseguinte, a emissão de pareceres pelos participantes da pesquisa é inconsistente. Isso traz como consequência a elaboração de planos de cuidados insuficientes para prevenir o risco de quedas dos idosos e reduzir os danos quando elas acontecem.

Outra barreira à prevenção de quedas em idosos é a falha no registro. Assim como neste estudo, em outra pesquisa, enfermeiros que cuidavam de idosos nas unidades especiais costumavam discutir as quedas dos pacientes, mas somente 60% deles registravam o risco de quedas nos planos de cuidados.²³

O registro pouco frequente das informações sobre o paciente, na forma de anotação, e/ou apenas sua transmissão oral vão na contramão do que legalmente é exigido do enfermeiro no exercício da profissão — o registro do diagnóstico de enfermagem.^{29,30}

A ausência de documentação pode ser a causa de uma equipe desatenta, consequentemente negligente, que falha no planejamento de cuidados apropriados para evitar a queda antes que ela aconteça.²³ De outro modo, a ausência do registro não colabora para boas práticas de enfermagem e contribui para a invisibilidade da assistência de enfermagem.¹⁸

Este estudo apresentou como limitação o fato de o JC dos enfermeiros pesquisados ter sido analisado apenas por meio de seus relatos e nenhuma medida ter sido aplicada. Neste sentido, alguns aspectos desse julgamento, como a validação dos dados e os raciocínios narrativo e intuitivo, não apareceram e, portanto, não foram explorados. Entretanto, os resultados apontam importantes implicações a paciente, familiares, enfermeiro e instituições hospitalares no contexto da segurança do primeiro, considerando que pareceres imprecisos podem gerar medidas preventivas insuficientes e cooperar para maior probabilidade de quedas de idosos.

CONCLUSÃO

O estudo identificou que JC pelo enfermeiro na avaliação do risco de quedas de idosos hospitalizados ocorre de maneira assistemática, incompleta e inconsistente.

Aponta-se para o desenvolvimento desse julgamento na avaliação do risco de quedas como estratégia decisiva para reduzir esse agravo durante a internação de pacientes idosos. Seu desenvolvimento não está somente na formação de um escopo teórico sobre as situações clínicas que envolvem seu cotidiano de trabalho, mas também no treinamento e na educação continuada, até tornar-se uma habilidade. Indica-se a continuidade de pesquisas do JC do enfermeiro na avaliação do risco de quedas em ambientes de treinamento de simulação realística, experiência amplamente referenciada em estudos internacionais.

CONFLITO DE INTERESSES

Este estudo não apresentou conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka B, Sakuma M, Ohtani M, Toshiro J, Matsumura T, Morimoto T. Incidence and risk factors of hospital falls on long-term care wards in Japan. *J Eval Clin Pract.* 2012;18(3):572-7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01629.x>
2. Hill KD, Vu M, Walsh W. Falls in the acute hospital setting - impact on resource utilization. *Aust Health Rev.* 2007;31(3):471-7.
3. Tzeng H-M. Nurses' Caring Attitude: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance. *Nurs Forum.* 2011;46(3):137-45. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00222.x>
4. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age Ageing.* 2004;33(2):122-30. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh017>
5. Haines TP, Hill K, Walsh W, Osborne R. Design-related bias in hospital falls risk screening tool predictive accuracy evaluations: systematic review and metaanalysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62(6):664-72.
6. Chapman J, Bachand D, Hyrkäs K. Testing the sensitivity, specificity and feasibility of four falls risk assessment tools in a clinical setting. *J Nurs Manag.* 2011;19(1):133-42. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01218.x>
7. Milisen K, Coussement J, Flamaing J, Vlaeyen E, Schwendimann R, Dejaeger E, et al. Fall Prediction According to Nurses' Clinical Judgment: Differences Between Medical, Surgical, and Geriatric Wards. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(6):1115-21. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03957.x>
8. Tanner CA. Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *J Nurs Educ.* 2006;45(6):204-11.
9. Roza BA. Pensamento crítico e julgamento clínico na enfermagem. In: Bork AMT, ed. *Enfermagem Baseada em Evidências.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
10. Myers H, Nikolett S. Fall risk assessment: a prospective investigation of nurses' clinical judgement and risk assessment tools in predicting patient falls. *Int J Nurs Pract.* 2003;9(3):158-65.
11. Webster J, Courtney M, Marsh N, Gale C, Abbott B, Mackenzie-Ross A, et al. The STRATIFY tool and clinical judgment were poor predictors of falling in an acute hospital setting. *J Clin Epidemiol.* 2010;63(1):109-13. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.02.003>
12. Vassallo M, Poynter L, Sharma JC, Kwan J, Allen SC. Fall risk-assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation ward. *Age Ageing.* 2008;37(3):277-81. <https://doi.org/10.1093/ageing/afn062>

13. Bardin L. Análise de conteúdo. Edição revista e ampliada. Lisboa: Edições 70; 2010.
14. Mattingly C. The narrative nature of clinical reasoning. *Am J Occup Ther*. 1991;45(11):998-1005.
15. Silva AL, Baldin SM, Nascimento KC. O conhecimento intuitivo no cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 56(1):7-11, 2003.
16. Silva AL, Baldin SM, Nascimento KC. O conhecimento intuitivo no cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(1):7-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000100002>
17. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(3):261-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300002>
18. Lunney M. Coleta de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: Nanda I, ed. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2013.
19. International Council of Nurses. *Describing the nursing profession: Dynamic language for advocacy*. Genebra: Imprimerie Fornara; 2007.
20. Lima LR, Stival MM, Lima LR, Oliveira CR, Chianca TCM. Proposta de instrumento para coleta de dados de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva fundamentado em horta. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2006 [acessado em 9 abr. 2014];8(3):349-57. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a05.htm
21. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing Falls and Fall-Related Injuries in Hospitals. *Clin Geriatr Med*. 2010;26(4):645-92. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.06.005>
22. Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. 3ª ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2004. 421 p.
23. Lasater K. Clinical judgment: The last frontier for evaluation. *Nurse Educ Pract*. 2011;11(2):86-92. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.013>
24. Benner P. From novice to expert. *Am J Nurs* [Internet]. 1982 [acessado em 23 maio 2012];82(3):402-7. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3462928> <https://doi.org/10.2307/3462928>
25. Struknes S, Bachrach-Lindström M, Hall-Lord ML, Slaasletten R, Johansson I. The nursing staff's opinion of falls among older persons with dementia: a cross-sectional study. *BMC Nurs* [Internet]. 2011 [acessado em 12 abr. 2014];10:13. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-10-13.pdf>
26. Lasater K, Nielsen A. The influence of concept-based learning activities on students' clinical judgment development. *J Nurs Educ*. 2009;48(8):441-6. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090518-04>
27. Lunney M. Uso do pensamento crítico para o alcance de resultados positivos de saúde. In: Lunney M. *Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem*. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2011.
28. Magalhães PAP, Mota FA, Saleh CMR, Secco LMD, Fusco SRG, Gouvêa AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente à identificação, quantificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. *Rev Dor*. 2011;12(3):221-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000300005>
29. Geurden B, Wouters C, Franck E, Weyler J, Ysebaert D. Does Documentation in Nursing Records of Nutritional Screening on Admission to Hospital Reflect the Use of Evidence-Based Practice Guidelines for Malnutrition? *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(1):43-8. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12011>
30. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial de União*. 2009.