

PROTOCOLO

HUAB-UFRN/EBSERH

Prevenção de Quedas

Versão: 03/2025

SUPERINTENDENTE

MARIA CLÁUDIA MEDEIROS DANTAS DE RUBIM COSTA

CHEFE DE SETOR/UNIDADE

CARLLA CILENE ALVES DANTAS PETRÔNIO

ELABORAÇÃO

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP

Thaís Lorena Barbosa de França - STGQ/SUP

Joymara Railma Gomes de Assunção - STGQ/SUP

Vanessa Freires Maia - STGQ/SUP

Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP

Dayse Samyra Pereira da Costa – STGQ/SUP

ANÁLISE

Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP

VALIDAÇÃO

Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP

Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP

APROVAÇÃO

Maria Cláudia Medeiros Dantas De Rubim Costa - SUP

Data da emissão: 30/09/2025

Código do documento: PRT.NSP.001

ISBN:

SUMÁRIO

1. CONCEITO	5
2. OBJETIVO	5
3. ABRANGÊNCIA	6
4. JUSTIFICATIVAS	6
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	8
6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA PARA ADULTO	10
6.1. Perfil de pacientes com alto risco de queda	12
6.2. Perfil de pacientes com baixo risco de queda	12
7. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA PARA NEONATOLOGIA E PEDIATRIA.....	12
7.1. Perfil de pacientes com alto risco de queda.....	13
8. EXECUTANTES E RESPONSABILIDADES	13
8.1. Enfermeiro.....	13
8.2. Técnico/Auxiliar de Enfermagem	14
8.3 Médicos	14
8.4 Serviços de diagnóstico e transporte	14
8.5 Hotelaria.....	15
8.6 Demais Componentes da Equipe Multiprofissional	15
9. Ações Preventivas.....	15
9.1. Medidas Gerais.....	15
9.2. Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores	16
9.3. Medidas Específicas.....	16
9.4. Medidas Específicas para pacientes adultos.....	17
9.5. Medidas Específicas para pacientes pediátricos	20
9.6. Medidas Específicas para pacientes neonatais	23
10. ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS E MONITORAMENTO DE DESEMPENHO	28
10.1Notificações de quedas	28
10.2Indicadores	29
10.3 Fluxo	29
11. REFERÊNCIAS	30
12. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	31

ANEXO A – Avaliação do risco de quedas em adultos (Escala de Morse)	32
ANEXO B - Avaliação do risco de quedas em pediatria/neonatologia (Escala Humpty-Dumpty).	34

1. CONCEITO

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

2. OBJETIVO

a) Objetivo geral

O objetivo deste protocolo é reduzir a ocorrência de quedas de pacientes nos pontos de assistência (ambulatorial ou internados) e o dano dela decorrente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes no HUAB, através da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação do risco do paciente, garantindo o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovendo a educação do paciente, familiares e profissionais. O documento teve como base para sua escrita o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde (ANVISA, 2013).

b) Objetivos específicos

- Avaliar os pacientes atendidos em ambulatório ou internados, quanto ao risco de queda;
- Elaborar plano de intervenções individualizadas aos pacientes avaliados com risco de queda;
- Garantir o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro;
- Promover a educação do paciente, familiares/acompanhantes e profissionais;
- Nortear o atendimento imediato pós-queda;
- Fornecer indicadores para estratégias de segurança e melhoria da assistência à saúde;
- Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, seguro e qualificado aos pacientes e familiares/acompanhantes.

3. ABRANGÊNCIA

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde incluindo todos os pacientes que recebem assistência neste estabelecimento, abrangendo o período total de permanência do paciente.

4. JUSTIFICATIVAS

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

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Segundo os autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

Estudo em hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos largados ao chão. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais.

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gera ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal. Além disso, podem interferir na continuidade do cuidado. Dentre os pacientes que sofreram queda, há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência. Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos e crianças), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento.

Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções:

- A avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco;
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal e relacionados às necessidades fisiológicas para os pacientes de risco;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes;
- Educação dos pacientes e dos profissionais;
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

Estudo realizado em hospital privado localizado na cidade de São Paulo apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 - 1,45 por 1.000 pacientes-dia-, que estava associada à implementação de um protocolo de gerenciamento de quedas.

Segundo Tomazoni (2013) em quatro UTI neonatais constatou-se que a segurança do paciente é uma questão abrangente, em que mudanças culturais precisam serem levadas em consideração, pois ainda persiste a cultura nesses ambientes, de que as abordagens dos eventos adversos são julgadas como falha profissional, quando na verdade, são resultado de múltiplas falhas no processo.

A adoção de um protocolo específico de prevenção de quedas constitui uma importante ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem e a melhoria constante da excelência do cuidado, através do controle dos riscos, prevenção dos eventos e redução de suas consequências (CORREA, A.D. et al, 2012).

Em neonatologia, a queda do recém-nascido (RN) pode ocorrer quando este:

- Dorme no mesmo leito que a mãe;
- Escorrega dos braços da mãe ou acompanhante, enquanto descansa/dorme ou amamenta em poltrona na maternidade;
- Cai dos braços da mãe, familiar, ou profissional enquanto estes deambulam na maternidade com o bebê no colo;
- Escorrega dos braços da mãe, familiar, ou profissional no momento da transferência para o berço.

A coluna do Pennsylvania Patient Safety Reporting System (Sistema de Notificação de Segurança do Paciente da Pensilvânia) destaca exemplos de tais quedas, apontando que a maioria ocorre “entre meia-noite e sete horas da manhã”. O artigo também destaca o que os hospitais e enfermeiras podem fazer para evitar estas ocorrências. Segundo a análise, os programas de prevenção de quedas de recém-nascidos devem incluir:

- Avaliação para o nível de risco da mãe (por exemplo, presença de fadiga, cesariana, medicação para a dor);
- Projeto para estrutura de leitos mais seguros;
- Implementação de fluxo de notificação e investigação de causas pós-queda, para identificar o que deu errado e como impedir que isso aconteça novamente;
- Reforço do acompanhamento pela equipe de enfermagem;
- Educação sobre como evitar quedas do bebê para as famílias.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.1 Critérios de inclusão

A todos os pacientes (neonatais, pediátricos, adultos e idosos) admitidos para atendimento ambulatorial ou para internação no HUAB, pertencentes ao grupo de risco para quedas de acordo com fatores de risco, deve-se aplicar esse protocolo. Os fatores de risco para queda serão os seguintes:

- a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.
- b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas:
 - Acidente vascular cerebral prévio;
 - Hipotensão postural;
 - Síncope;
 - Tonteira;
 - Dor intensa;
 - Convulsão;
 - Baixo índice de massa corpórea;
 - Anemia;
 - Insônia;
 - Incontinência ou urgência miccional e/ou urgência para evacuação;

- Artrite;
- Osteoporose;
- Alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).

d) Funcionalidade:

- Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária;
- Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
- Fraqueza muscular e articulares;
- Amputação de membros inferiores;
- Deformidades nos membros inferiores.

e) Comprometimento sensorial:

- Visão;
- Audição;
- Tato.

f) Equilíbrio corporal: marcha alterada

g) Uso de medicamentos:

- Benzodiazepínicos;
- Antiarrítmicos;
- Anti-histamínicos;
- Antipsicóticos;
- Antidepressivos;
- Digoxina;
- Diuréticos;
- Laxativos;
- Relaxantes musculares;
- Vasodilatadores;
- Hipoglicemiantes orais;
- Insulina;
- Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

h) Obesidade mórbida.

i) História prévia de queda.

5.2 Critérios de exclusão

Familiares e/ou acompanhantes de pacientes, no entanto, estes receberão atendimento imediato no caso de ocorrências de quedas e encaminhamento para serviço de saúde de referência do município.

6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA PARA ADULTO

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente, com o emprego da escala de MORSE (Anexo A). Esta escala será preenchida seguindo as recomendações descritas na figura 1. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente ou quando existir mudança do quadro clínico e episódio de queda durante a internação, ajustando as medidas preventivas implantadas. Os pacientes serão classificados em: Baixo, Moderado e Elevado Risco para queda, segundo a pontuação na escala de Morse (**Quadro 1**).

Quadro 1 - Classificação de risco para quedas de acordo com a escala de MORSE.

Classificação de risco para quedas de acordo com a escala de MORSE	
Baixo	0 a 24 pontos
Moderado	25 a 44 pontos
Alto	≥45 pontos

A escala de Morse pressupõe autocuidado para prevenção de quedas, portanto não está indicada para usuários com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora (tetraplégicos, comatosos ou sedados). Nestes casos, a escala de Morse é dispensada, porém as intervenções direcionadas a prevenção da queda, especialmente aquelas relacionadas a mobilização do usuário, permanecem vigentes.

Considera-se risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 24 pontos. É importante entender os itens da escala para o correto preenchimento conforme se segue abaixo (**Figura 1**):

Figura 1 – Definições operacionais de cada item da Escala de Morse.

Item	Definição Operacional
1. Histórico de quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou Se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda Se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho .
Muletas/Bengala/Andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação . Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação) .
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio . Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.
Comprometida/Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão . Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente <i>realmente</i> se apoia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou móvel, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas .
6. Estado mental	
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.
Superestima capacidade/ Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

Fonte: Urbanetto et al. (2013).

6.1. Perfil de pacientes com alto risco de queda

- a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.
- b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.
- c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

6.2. Perfil de pacientes com baixo risco de queda

- a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco.
- b) Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

7. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA PARA NEONATOLOGIA E PEDIATRIA

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente, com o emprego da escala de Humpty-Dumpty. (Anexo B). Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente ou quando existir mudança do quadro clínico e episódio de queda durante a internação.

Na utilização da escala são avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, diagnóstico, fatores ambientais, medicações usadas, deficiências cognitivas, cirurgia/sedação/anestesia. Na Escala Humpty-Dumpty adaptada, são atribuídos pontos a parâmetros prédefinidos e o somatório desses pontos definirão o risco de queda.

Critérios de avaliação: a soma das pontuações atribuídas a cada um dos 7 (sete) parâmetros (mínima 7 e máxima 22) definirá o grau de risco de queda da criança, de acordo com a Escala Humpty-Dumpty.

A criança será classificada com alto risco de queda ou baixo risco de queda.

- **Baixo risco de queda:** de 7 a 11 pontos na escala Humpty-Dumpty.
- **Alto risco de queda:** de 12 a 22 pontos na escala Humpty-Dumpty.

7.1. Perfil de pacientes com alto risco de queda

- a) Amamentação realizada no leito com grades baixa ou sem grade de proteção;
- b) Amamentação, posição canguru e/ou contato pele a pele realizada nas unidades neonatais (UCINCA, UCINCO's e UTIN's);
- c) RN mantido no leito da mãe, em detrimento ao berço;
- d) Realização de procedimentos fora do leito do RN's (pesagem, exames e banho);
- e) Berço inadequado para o tamanho do RN;
- f) Necessidade de transferências intra/inter hospitalar;
- g) RN apresentando agitação motora;
- h) Na presença de pelo menos um dos fatores de risco é considerado leve, dois fatores será risco moderado e acima de três fatores de risco considera-se risco elevado de queda para os recém nascidos.

8. EXECUTANTES E RESPONSABILIDADES

8.1. Enfermeiro

- Executar a primeira avaliação na admissão e aplicar a Escala Morse (Anexo A) para adultos e a escala de Humpty-Dumpty (Anexo B) pediátrica, avaliar o risco de queda do paciente no momento de sua internação;
- Esclarecer aos pacientes e seus acompanhantes sobre o risco de queda e abordar as medidas preventivas relacionadas aos riscos de queda intrahospitalar;
- Reavaliar o risco diariamente de todos os pacientes e sempre que o estado se altere e registrar na escala de MORSE (Anexo A) ou escala de Humpty-Dumpty (Anexo B) e ajustar as medidas preventivas implantadas;
- Sinalizar o risco de queda no quadro expositivo do setor com a colocação do dispositivo, no formato estrela, nas cores: VERDE, AMARELO, VERMELHO, sinalizando o risco de queda;
- Atribuir a cor verde para pacientes com baixo risco, amarelo para pacientes de risco moderado e vermelho para os pacientes de alto risco;
- Esclarecer aos pacientes e seus acompanhantes sobre as mudanças que envolvem o risco de queda;

- Estabelecer medidas preventivas na prescrição de enfermagem a todo usuário que apresentar risco de queda;
- Registrar no prontuário as orientações referentes ao risco de queda;
- Adotar medidas preventivas de queda na unidade de internação;
- Prontamente atender o paciente quando ocorrer algum tipo de queda dentro da unidade;
- Solicitar avaliação médica sempre que ocorrer uma queda;
- Registrar o incidente, bem como a conduta tomada no prontuário do paciente;
- Notificar o incidente no VIGIHOSP.

8.2. Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Executar as medidas de prevenção para queda de acordo com a prescrição de enfermagem;
- Reforçar e registrar as orientações preventivas de queda a cada plantão e avaliar a compreensão do usuário e acompanhante;
- Reforçar as medidas realizadas para prevenção de queda, comunicar imediatamente ao enfermeiro qualquer situação que possa caracterizar um possível incidente.
- Prestar assistência se ocorrer a queda e comunicar o incidente ao enfermeiro.

8.3 Médicos

- Descrever no prontuário e na prescrição médica procedimentos ou medicações que aumentem o risco ou sedação a mulher e ao RN;
- Comunicar a enfermagem sobre as mulheres e os RNs com um potencial aumentado de risco de queda.

8.4 Serviços de diagnóstico e transporte

- Intensificar o cuidado quanto ao risco de quedas

8.5 Hotelaria

- Manter um ambiente seguro no âmbito da higiene e organização, de forma a deixar as passagens livres;
- Sinalizar com placas, identificando piso úmido, durante procedimentos de limpeza e higienização;
- Manter os pisos limpos e secos;
- Prover mobiliário em perfeitas condições de uso (camas, bancadas, suportes, escadas, etc.).

8.6 Demais Componentes da Equipe Multiprofissional

- Conhecer e cumprir esta rotina;
- Colaborar com as medidas de prevenção de queda;
- Efetuar medidas de cuidado com as mulheres e os RN's e crianças durante a realização de procedimentos e no transporte para exames;
- Comunicar a equipe assistencial quando presenciar um risco ou uma queda dentro da unidade;
- Colaborar com a manutenção de um ambiente seguro;
- Orientar ao acompanhante sobre o cuidado com o RN, crianças e a mulher em relação ao acesso a rampa que liga a sala de banho/banheiros; Notificar situação de riscos e incidentes no VIGIHOSP.

9. Ações Preventivas

9.1. Medidas Gerais

A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, tais como: pisos antiderrapantes, grades de proteção nos leitos, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos), uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes. Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.

9.2. Orientações e estratégias de engajamento dos pacientes/familiares/cuidadores

A utilização de estratégias de educação deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital. Como estratégia para facilitar a consolidação das orientações, estimula-se a elaboração e distribuição de material educativo.

A implementação de medidas educativas requer um investimento significativo no aprimoramento da formação profissional para lidar de maneira eficaz com a família e o paciente. Nesse sentido, é necessário capacitar os profissionais de saúde em qualidade e segurança do paciente, por meio da criação de programas inovadores que possibilitem a integração da equipe multiprofissional, alinhando a educação e preparando-os para uma atuação colaborativa e segura, integrando a família nesse processo.

9.3. Medidas Específicas

A unidade de saúde, deve definir o(s) profissional(ais) responsável(eis) por avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco. Medidas individualizadas para prevenção de queda para cada paciente devem ser prescritas e implementadas.

Todos os pacientes internados devem ter o seu risco de queda avaliado diariamente. O resultado da avaliação do risco de queda e de dano da queda do paciente deve ser registrado no prontuário.

Além disso, políticas e procedimentos devem ser estabelecidos e implementados pela unidade para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção implantadas.

Deve-se fazer a reavaliação do risco dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco. Na presença ou no surgimento de risco de queda, este deve ser comunicado aos pacientes e familiares e a toda equipe de cuidado. Por exemplo, pacientes que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado.

No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

As Tabelas a seguir contêm medidas específicas que devem ser utilizadas para prevenção de queda conforme o fator de risco apresentado pelo paciente.

9.4. Medidas Específicas para pacientes adultos

Tabela 1 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes adultos hospitalizados).

Fator de risco	Medidas
Idade	Sem intervenções específicas para este fator de risco.
Histórico de queda	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação. Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala). Comunicar a equipe multiprofissional do risco de queda e as mudanças de classificações.
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro. Agendar os cuidados de higiene pessoal, troca de fraldas frequentes e programar horários regulares para levar o usuário ao banheiro. Orientar os usuários a utilizarem chinelos antiderrapantes durante o banho de aspersão, com ou sem auxílio da enfermagem. Acomodar os usuários com necessidades especiais, no que se refere às eliminações, próximos ao banheiro. Auxiliar ou dar banho de aspersão na cadeira de rodas no usuário com risco para queda, desde que não haja indicação de banho no leito. Utilizar barras de apoio nos banheiros e corrimão nas escadas.

Medicamentos	Realizar a revisão da prescrição medicamentosa e socilitar a avaliação do farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis, efeitos colaterais e quadro clínico do paciente). Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem). Orientar o paciente e/ou família/acompanhante sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, que
---------------------	--

	aumentam o risco de queda.
Uso de Equipamentos/Dispositivos	Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso. Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente. Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída.
Mobilidade/Equilíbrio	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Permanecer ao lado da parturiente durante todo o período expulsivo; Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado no pós-operatório imediato, mesmo na presença de acompanhante. Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama. Assegurar que os itens pessoais do usuário, assim como urinóis e comadres, estejam ao seu alcance. Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento do profissional fisioterapeuta, com prescrição médica de fisioterapia motora. Manter a grade distal ao profissional elevada no momento de mobilizações no leito. Utilizar muleta, andador e bengala, se for necessário, conforme orientação da fisioterapia. Assegurar que as camas permaneçam em posição mais baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas, independente do

	risco. Atentar para os calçados utilizados pelos usuários. Manter avisos para que não se permaneça atrás das portas quando as mesmas estiverem fechadas. Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar usuário e familiares a utilizarem a luz auxiliar da enfermaria durante a noite). Manter a unidade do usuário limpa e organizada, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários. Manter o trajeto no quarto/enfermaria livre.
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado. Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

Fonte: Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein/ São Paulo (2012).

9.5. Medidas Específicas para pacientes pediátricos

Tabela 2 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes pediátricos hospitalizados).

Fator de risco	Medidas
	Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico) ≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o “Termo de recusa de tratamento”. A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável. > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.

Idade**Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico).**

≤ 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas.

> 6 meses ≤ 36 meses:

Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação.

Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem).

>36 meses: em maca (deitado ou não com o responsável) ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na Ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável.

Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).

Orientar os acompanhantes que as crianças não podem correr pelas dependências do quarto e do hospital.

Diagnóstico	Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda. Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda. Orientar responsável para que a criança somente levante do leito acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante, de acordo com a idade e com as condições clínicas. Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular. A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem). Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas. Orientar o responsável a levantar a criança do leito progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável. Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.
Fatores Cognitivos	Orientar responsável sobre o risco de queda relacionado ao “Comportamento de risco” de acordo com a faixa etária da criança.
História Pregressa/Atividade	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave. Manter camas com alturas baixas. Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico. Orientar o paciente e/ou familiar/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama). Sair do leito acompanhado pela enfermagem.

Cirurgia/Sedação/ Anestesia	Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato). O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.
Medicações	Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem). Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão. Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda. Não levantar do leito sozinho. Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos. O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico o quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.

Fonte: Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein/ São Paulo (2012).

9.6. Medidas Específicas para pacientes neonatais

Tabela 3 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes neonatais hospitalizados).

Fator de risco	Medidas
Idade	Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico) Neonatos (até 28 dias de vida) em alojamento conjunto: devem ser acomodados em berço de acrílico e não é aconselhável sua permanência na mesma cama da sua genitora. Desta forma previne-se quedas, sufocamentos e infecções hospitalares. Neonatos internos em Unidades de Cuidados Intermediários e Intensivos Neonatais devem ficar acomodados em incubadoras ou berços aquecidos conforme a sua idade gestacional x peso.

	Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico). Todo transporte de paciente deve ser indicado, planejado e executado mediante uma avaliação criteriosa dos riscos potenciais do deslocamento. Para garantia da segurança do transporte, considera-se a classificação do paciente neonato em: BAIXO RISCO (NÃO-CRÍTICOS): Pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, quer sejam ou não sejam dependentes de oxigenoterapia. Os deslocamentos destes pacientes serão considerados eletivos. Haverá a necessidade de acompanhamento do técnico de enfermagem da unidade de origem ou de outro profissional quando se referir a pacientes com condições especiais, a serem determinados pelo enfermeiro ou médico do setor. ALTO RISCO (CRÍTICOS): Pacientes instáveis e que podem precisar de intervenções agudas: pacientes com via aérea artificial (intubação endotraqueal, crico/traqueostomia) em assistência mecânica; necessidade de suplementação de O₂ com pressão de suporte; desconforto respiratório moderado a grave (SP02 <90%); presença de instabilidade hemodinâmica; uso de medicamentos vasoativos; utilização de monitorização invasiva; rebaixamento sensorial. Deve ser transportado com monitoração eletrocardiográfica, e, de acordo com sua gravidade, mantido o mesmo monitoramento ao qual está submetido no leito, devendo ser acompanhado no mínimo pelo técnico de enfermagem e médico. Quando em ventilação mecânica ou em uso de BIPAP é obrigatória ainda a presença de fisioterapeuta. Considera-se o transporte seguro quando: A equipe multidisciplinar responsável pelo paciente sabe quando fazê-lo e como realizá-lo, ou seja, deve haver indicação para o deslocamento e, principalmente, planejamento para fazê-lo; Assegura-se a integridade do paciente, evitando o agravamento do seu quadro clínico; Há treinamento adequado da equipe envolvida, desenvolvendo habilidades no procedimento; Há uma rotina operacional para realizá-lo; Evitar a locomoção do usuário em trajetos tumultuados,
--	--

	quando possível; O transporte intersetorial do neonato de baixo risco deverá ser avaliado pela equipe multidisciplinar, utilizando incubadora de transporte em determinados casos (transferência de PPP para médio risco ou alto risco), tendo em vista o seu estado clínico, distância entre setores e responsável pela transferência (equipe, acompanhantes, etc.) O transporte do neonato de alto risco deverá ser realizado em incubadora de transporte, respeitando os aspectos clínicos, bem como necessidades fisiológicas.
	Não deixar o neonato sem proteção na cama da genitora durante a troca (roupa/fralda). Não deixar as portinholas das incubadoras e dos berços aquecidos abertos durante os procedimentos de rotina.

Diagnóstico	Pacientes neonatos Externos: A avaliação do risco de queda em pacientes ambulatoriais deverá ser realizada pelo enfermeiro do ambulatório durante a consulta de enfermagem, observando a presença de fatores predisponentes presentes principalmente em seus genitores (idade, nível de consciência, objetos utilizados, uso de substâncias ou medicamentos que alterem comportamento, etc.). Após o parto e quando a genitora estiver acompanhada do recém-nascido, as medidas preventivas de queda devem incluir: Avaliação para o nível de risco da paciente (por exemplo, presença de fadiga, cesariana, medicação para a dor, sedação, problemas psiquiátricos, uso de drogas, experiência prévia com recém-nascido). Acomodar as pacientes com risco elevado para queda mais próximos do posto de enfermagem. Deixar os recém-nascidos nos braços dos pais ou dos acompanhantes somente quando estes mostrarem as condições necessárias para o ato, sem maiores riscos de queda do recém-nascido. Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico do acompanhante do neonato sempre que necessário. Orientar a mãe ou o cuidador para não dormir com o recém-nascido no colo ou no seu leito. Evitar pegar o recém-nascido despido no colo.
--------------------	--

	Realizar educação sobre como evitar quedas do bebê para as famílias, destacando o risco de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência, tanto na área hospitalar como no ambiente externo, após a alta.
Fatores cognitivos	Orientar responsável sobre o risco de queda do neonato relacionado ao “Comportamento de risco” dos acompanhantes.
História Pregressa/Atividade	Alocar o acompanhante do neonato próximo ao posto de Enfermagem, preferencialmente quando este apresentar comportamento de risco. Solicitar ao acompanhante, caso este precise se ausentar, que informe a equipe de enfermagem o período em que o usuário permanecerá sozinho.
Cirurgia/Sedação/Anestesia	Orientações ao paciente/acompanhante do neonato (principalmente genitoras) Não se levantar subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura. Manter grades de cama elevadas durante todo o período. Aguardar ser encaminhada ao banho de aspersão pela equipe de enfermagem quando se tratar da primeira vez que se levanta em pós-operatório. Manter ao alcance, pertences e objetos mais utilizados. Informar à equipe do Serviço social e de enfermagem o período em que a paciente permanecerá sem acompanhante. Monitorar a reposição e os recursos de tração, em mesa cirúrgica, sempre que necessário. Disponer um número adequado de profissionais para transferir o usuário da mesa cirúrgica para a cama, conforme avaliação do enfermeiro. Manter as grades da cama elevadas durante a recuperação do processo anestésico. Informar o usuário e/ou família/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico. Sair do leito acompanhado pela enfermagem; Se o usuário estiver no leito, permanecer com as 4 grades

	elevadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato). O jejum por período prolongado deve ser levado em consideração, como por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório. Permanecer ao lado do usuário cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica.
Medicações	Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem) do acompanhante do neonato. Não levantar do leito sozinho. Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos.

Fonte: Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein/ São Paulo (2012).

10. ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS E MONITORAMENTO DE DESEMPENHO

10.1 Notificações de quedas

Os casos de quedas ou quase quedas devem ser notificados no aplicativo VIGIHOSP, para posterior avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho. Sendo uma oportunidade de aprendizagem para a organização, por meio da análise das informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.

Figura 1 – Layout do acesso ao aplicativo VIGIHOSP.



Fonte: intranet do HUAB (2024).

As notificações são realizadas no HUAB pelo sistema VIGIHOSP (forma eletrônica) na página da intranet do HUAB e todos os incidentes envolvendo **queda, devem ser notificado no NOTIVISA** conforme RDC 36 de 25/07/13.

10.2 Indicadores

Serão adotados pelo HUAB os seguintes indicadores, os quais serão monitorados mensalmente:

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
- Número de quedas com dano.
- Número de quedas sem danos.
- Índice de quedas $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) * 1000]$.

10.3 Fluxo

- Avaliar o risco de queda do paciente no momento da admissão no acolhimento (Avaliação do Risco de Queda – Recém-Nascido, Avaliação do Risco de Queda - Pediatria, e Avaliação do Risco de Queda – Adulto).
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre as medidas de prevenção de Queda.
- O setor que recebe o paciente deverá sinalizar o risco de queda no quadro do setor, para alertar todos os membros da equipe Assistencial.
- Implementar medidas específicas para prevenção de queda conforme o (s) risco(s) identificado(s) para cada paciente, registrando no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados.
- Reavaliar o risco diariamente e sempre que houver transferências de unidades, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação; ajustando as medidas preventivas de acordo com as necessidades.

- Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar.
- Avaliar e tratar o paciente após evento de queda e investigar as causas do evento.
- Notificar a ocorrência de queda no VIGIHOSP, com e sem a ocorrência de dano.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo Prevenção de Quedas [Internet]**. Rio de Janeiro: ANVISA; 2013.

BRASIL. Universidade Federal de Pelotas. Hospital Escola. Núcleo de Segurança do Paciente. Procedimento Operacional padrão- Reduzir o Risco de Quedas em Adultos. Edição 1- 2015.

BRASIL. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Hospital Universitário Onofre Lopes. **Ficha de Avaliação de Risco de Quedas**. 2015.

COSTA-DIAS, M. J. M., FERREIRA, P. L.; Escalas de avaliação de risco de quedas. **Rev. Enf. Ref. [online]**. v.IV, n.2, p.153-161, 2014.

URBANETTO, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 3, p. 569-75. 2013.

Cruz, C. M. et al. Engajando pacientes e acompanhantes para cirurgia segura: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 24, p. e14971, 29 fev. 2024.

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	07/11/2022	Elaboração do documento
2	01/11/2024	Atualização do documento
3	30/09/2025	Atualização do documento (item 9.2)

13. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP Thaís Lorena Barbosa de França - STGQ/SUP Joymara Railma Gomes de Assunção –STGQ/SUP Vanessa Freires Maia – STGQ/SUP Dayse Samyra Pereira da Costa-STGQ/SUP Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP	Data: 30/09/2025
Análise Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP	Data: 30/09/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 13/10/2025
Aprovação Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP	Data: 13/10/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ® Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br.

ANEXO A – Avaliação do risco de quedas em adultos (Escala de Morse)



Avaliação do Risco de Quedas Adultos

Nome: _____ Prontuário: _____ Setor: _____ Leito: _____

Fatores de Risco do Paciente		Admissão	1ª Revisão	2ª Revisão
		___/___/___	___/___/___	___/___/___
1. Histórico de quedas				
Não = 0	Se o cliente não tiver história de quedas nos últimos três meses			
Sim = 25	Se o cliente caiu durante o período de internação hospitalar ou se tem um histórico recente de quedas por fatores fisiológicas nos últimos três meses			
2. Diagnóstico secundário				
Não = 0	Se não existir diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda			
Sim = 15	Se o prontuário do cliente apresentar mais de um diagnóstico de enfermagem/ médico			
3. Auxílio na deambulação				
Nenhum/Acamado/ Auxiliado por profissional de saúde = 0	Se o cliente deambula sem nenhum equipamento auxiliar, se não sai da cama ou se caminha com apoio de terceiros de forma leve.			
Muletas/Bengala/Andador = 15	Se o cliente utiliza bengala, muleta ou andador			
Mobiliário/ Parede = 30	Se o cliente se movimenta utilizando mobiliários ou paredes.			
4. Terapia Endovenosa	*dispositivo salinizado ou heparinizado			
Não = 0	Se o cliente não está em terapia endovenosa ou utiliza dispositivos endovenosa salinizados ou heparinizados. Medicação efetuada em bólus e quando o cliente utiliza dispositivo totalmente implantado considera-se zero, quando não tiver em uso.			
Sim = 20	Se o indivíduo utiliza dispositivos endovenosos com ou sem soluções endovenosas em infusão contínua ou não. Perfusão com cateter epidural está incluído neste item.			
5. Marcha				
Normal/ Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas = 0	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação o cliente que está acamado ou utiliza cadeira de rodas (sem deambulação).			
Fraca = 10	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca/lenta embora o cliente incline-se para frente enquanto caminha é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio esse apoio se dá de forma leve somente para se sentir seguro e não para se manter ereto.			
Comprometida/cambaleante = 20	O cliente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldades de levantar-se da cadeira, necessidade de apoiar-se nos braços da cadeira para levantar-se ou impulsionar o corpo. Cabeça abaixada e ele olha para o chão, devido à falta de equilíbrio, o cliente agarra-se ao mobiliário, ou a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha. Quando um membro da equipe auxilia esse cliente a caminhar percebe que o cliente realmente se apoia nele ou que quando utiliza um mobiliário ou corrimão para se apoiar o faz com muita força até que seus dedos da mão fiquem brancos.			
6. Estado Mental				
Orientado/ capaz quanto a sua capacidade/ limitação = 0	Quando o cliente é capaz de responder às perguntas de orientação no tempo e espaço.			
Superestima a capacidade/ esquece limitações = 15	Quando o cliente não for capaz de responder às perguntas de orientação no tempo e espaço ou não responde.			
TOTAL				
Assinatura e carimbo				

Classificação de Risco: Alto risco (>45 pontos); Risco moderado (25-44 pontos); Baixo Risco (0-24 pontos)

Data da alta: _____ Houve queda durante esta internação? _____ Se sim, houve dano ao paciente? _____

INTERVENÇÕES NA PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDA:

Cuidados relacionados ao ambiente	Cuidados relacionados à mobilidade
• Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar usuário e familiares a utilizarem a luz auxiliar da enfermaria durante a noite) • Assegurar que os itens pessoais do usuário, assim como urinóis e comadres, estejam ao seu alcance; • Dispor de escada de dois degraus próximo ao leito, se a cama não for eletrônica • Manter a unidade do usuário limpa e organizada, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários; • Manter o trajeto no quarto/enfermaria livre; • Manter grades das camas elevadas, independente do risco; • Manter camas baixas; • Solicitar ao acompanhante, caso este necessite se ausentar, que informe a equipe de enfermagem o período em que o usuário permanecerá sozinho; • Manter avisos para que não se permaneça atrás das portas quando as mesmas estiverem fechadas.	• Toda a saída do leito deve ser orientada pela enfermagem ou com acompanhamento de membro da equipe multiprofissional; • Exercícios de marcha devem ser realizados apenas com acompanhamento do fisioterapeuta, com prescrição médica de fisioterapia motora; • Agendar os cuidados de higiene pessoal, troca de fraldas frequentes e programar horários regulares para levar o usuário ao banheiro; • Atentar para os calçados utilizados pelos usuários; • Utilizar barras de apoio nos banheiros e corrimão nas escadas; • Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do usuário; • Avaliar o nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos; • Manter a grade distal ao profissional elevada no momento de mobilizações no leito; • Comunicar a equipe multiprofissional do risco de queda e as mudanças de classificações; • As equipes de diagnósticos devem ficar atentas aos usuários com pulseira amarela; • Evitar a locomoção do usuário em trajetos tumultuados, quando possível; • Utilizar muleta, andador e bengala, se for necessário, conforme orientação da fisioterapia; • Orientar os acompanhantes que as crianças não podem correr pelas dependências do quarto e do hospital; • Orientar o usuário/ou acompanhante sobre mudanças na prescrição medicamentosa que possam causar vertigens, tonturas, hipoglicemias e etc
Cuidados relacionados à higiene e conforto	Cuidados relacionados ao repouso
• Orientar os usuários a utilizarem chinelos antiderrapantes durante o banho de aspersão, com ou sem auxílio da enfermagem; • Acomodar os usuários com necessidades especiais, no que se refere às eliminações, próximos ao banheiro; • Auxiliar ou dar banho de aspersão na cadeira de rodas no usuário com risco para queda, desde que não haja indicação de banho no leito;	• Assegurar que as camas permaneçam em posição mais baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas; • Cuidados relacionados a cirurgias/procedimentos/Sedação/Anestesia • Informar o usuário e/ou família/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico; • Orientar o usuário e/ou acompanhante a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°), sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama; • Sair do leito acompanhado pela enfermagem; • Se o usuário estiver no leito, permanecer com as 4 grades elevadas (pré-cirúrgico e POI); • O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório; • Permanecer ao lado do usuário cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica; • Permanecer ao lado da parturiente durante todo o período expulsivo; • Monitorar a reposição e os recursos de tração, em mesa cirúrgica, sempre que necessário; • Dispor um número adequado de profissionais para transferir o usuário da mesa cirúrgica para a cama, conforme avaliação do enfermeiro; • Manter as grades da cama elevadas durante a recuperação do processo anestésico.

OBSERVAÇÃO: Todas as medidas adotadas para previr queda devem ser registradas no prontuário do usuário.

ANEXO B - Avaliação do risco de quedas em pediatria/neonatologia (Escala Humpty-Dumpty).



Parâmetro	Critério	Ponto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Idade	Menos de 3 anos	4																															
	Entre 3 e 6 anos	3																															
	Entre 7 e 12 anos	2																															
	Mais de 13 anos	1																															
Sexo	Masculino	2																															
	Feminino	1																															
Diagnóstico	Neurológico	4																															
	Alterações da oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3																															
	Transtornos psíquicos	2																															
	Outros diagnósticos	1																															
Fatores Ambientais	História de quedas/bebê em cama	4																															
	Criança com aparelhos auxiliares de marcha/ Bebê em berço/ quarto com muito equipamento/ Quarto com fraca iluminação	3																															
	Criança acamada	2																															
	Criança que deambula	1																															
Medicação Usada	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3																															
	1 dos medicamentos acima mencionado	2																															
	Outros medicamentos/ Nenhum	1																															
Deficiências Cognitivas	Não consciente das suas limitações	3																															
	Esquece as suas limitações	2																															
	Orientado de acordo com as suas capacidades	1																															
Cirurgia/Sedação/Anestesia	Há 24 horas	3																															
	Há 48 horas	2																															
	Há mais de 48 horas/ Nenhum	1																															
TOTAL																																	
NOME E COREN																																	
SEM RISCO: MENOS QUE 7P / BAIXO RISCO: ENTRE 7 e 11 P/ ALTO RISCO: ENTRE 12 E 22 P												MÊS:										ANO:											

Escala Humpty-Dumpty

Houve queda durante a internação: () SIM () NÃO

DATA DA QUEDA: __/__/__

Se houve, teve dano ao paciente: () SIM () NÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão - SEI

Processo nº 23527.002311/2024-55

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinaturas do protocolo de prevenção de quedas

Elaboração Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP Thaís Lorena Barbosa de França - STGQ/SUP Joymara Railma Gomes de Assunção –STGQ/SUP Vanessa Freires Maia – STGQ/SUP Dayse Samyra Pereira da Costa-STGQ/SUP Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP	Data: 30/09/2025
Análise Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP	Data: 30/09/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu - STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento - STGQ/SUP	Data: 13/10/2025
Aprovação Carlla Cilene Alves Dantas Petrônio – STGQ/SUP	Data: 13/10/2025



Documento assinado eletronicamente por **Joymara Railma Gomes de Assunção, Enfermeiro(a)**, em 25/11/2025, às 10:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 25/11/2025, às 10:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Freires Maia, Enfermeiro(a)**, em 25/11/2025, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 25/11/2025, às 10:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thaís Lorena Barbosa de França, Enfermeiro(a)**, em 25/11/2025, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Dayse Samyra Pereira Da Costa, Técnico(a) em Enfermagem**, em 25/11/2025, às 11:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **55580095** e o código CRC **EE454518**.