

PROTOCOLO

HUJB-UFCG/EBSERH

Prevenção de quedas

Versão: 3 | 2024



1. OBJETIVO

Prevenir a ocorrência de queda nos pontos de assistência e o dano dela decorrente através da implantação e implementação de medidas que contemplem avaliação de risco de queda do paciente, ambiente seguro, cuidado multiprofissional e educação do paciente, familiares e profissionais abrangendo o período total de permanência do paciente.

2. DESCRIÇÃO

O risco de quedas de pacientes aumenta com a hospitalização, pois se encontram em ambientes que não lhes são familiares e podem possuir fatores de risco que possibilitam a queda, como portar doenças que favorecem a queda, vários procedimentos terapêuticos e prescrições medicamentosas múltiplas (Dykes et al., 2010).

Em estudo realizado em um hospital nos Estados Unidos, foi destacada 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 deixados ao chão (Cooper; Nolt, 2007).

Em adultos acima de 65 anos, as lesões relacionadas com as quedas são as causas mais comuns de morte acidental. Mesmo quando se consideram os fatores que contribuem para o potencial de queda do indivíduo, o trauma relacionado com uma queda e a causa mais comum de morbidade (Currie, 2008).

A ocorrência de quedas de pacientes contribui 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 e de ordem legal (Correa et al., 2002).

Torna-se necessário então um envolvimento maior de todos os profissionais de saúde comprometidos com o processo do cuidar, pois a queda é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, declínio na saúde ou até causador de morte.

Além disto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 estabelece que estratégias e ações de gestão de risco devem ser realizadas pelos serviços de saúde de forma a garantir a segurança do paciente, incluindo a prevenção de quedas, conforme consta no Plano de Segurança do Paciente do Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB) 2019-2020.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Inclusão: Pacientes em atendimento ambulatorial e admitidos para internação nas unidades hospitalares do HUJB.

Exclusão: Não se aplica.



4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

4.1 Setor de Gestão da Qualidade

- Coordenar atividades de implantação e implementação do Protocolo;
- Executar atividades de gestão de risco relacionadas a quedas;
- Coordenar/executar investigações de notificações de quedas de pacientes;
- Monitorar indicadores definidos no item 6;
- Realizar campanhas de estimulação à notificação de quedas.

4.2 Setor de Infraestrutura Hospitalar

- Implantar plano de manutenção preventiva de equipamentos que possam estar relacionados à ocorrência de queda, como berço, cama, poltrona, etc.
- Realizar em tempo oportuno manutenção corretiva de equipamentos.

4.3 Setores e Unidades assistenciais

- Realizar avaliação de risco de queda de todos os pacientes admitidos, executada pela equipe multidisciplinar;
- Garantir comunicação entre a equipe sobre os pacientes com alto risco de queda;
- Garantir o cuidado interdisciplinar específicos para os pacientes com risco de quedas;
- Realizar notificação de incidentes relacionados à queda;
- Solicitar em tempo hábil ao Setor de Infraestrutura Hospitalar manutenção corretiva de equipamentos que possam estar relacionados ao risco de queda.

4.4 Equipe multiprofissional

a. Recepcionista

- Aplicar o questionário de triagem (Figura 1) na recepção durante o acolhimento da paciente ao serviço ambulatorial;
- Avisar para que ninguém mova o usuário em caso de queda;
- Comunicar imediatamente a equipe de enfermagem em situações de queda.

Figura 1. Instrumento de triagem para o risco de queda.

ITENS	SIM	NÃO
1) Você caiu nos últimos três meses?		
2) A paciente tem algum dispositivo para receber medicamentos pela veia?		
3) A paciente precisa de algum dispositivo para locomoção (cadeiras de rodas, bengalas, andador)?		

Fonte: MEJC. UFRN. Ebserh, 2024.

b. Enfermeiro(a)

- Realizar a avaliação de risco do paciente;
- Prescrever os cuidados de prevenção de acordo com os riscos diagnosticados;
- Gerenciar a equipe de enfermagem para execução do que foi prescrito;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de quedas;
 - Realizar a notificação do incidente no VIGHOSP, assim como incentivar as demais categorias que também notifiquem quando presenciarem;
 - Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
 - Realizar supervisão constante para avaliação do conforto e segurança do paciente.

c. Técnico(a) de enfermagem

- Implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro;
- Contribuir com o enfermeiro na orientação dos pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados, assim como sobre na prevenção de quedas;
 - Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
 - Sempre dar apoio ao paciente e ao acompanhante quando necessário.

d. Médico(a)

- Avaliar o paciente em casos de ocorrência de queda, prescrevendo as condutas necessárias;
 - Avaliar minuciosamente a real necessidade de prescrição de medicamentos que aumentem os riscos para queda;
 - Realizar a notificação do incidente no VIGHOSP, assim como incentivar as demais categorias que também notifiquem quando presenciarem;

- Orientar o paciente e acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo.

e. Assistente social

- Orientar os acompanhantes sobre os cuidados necessários na prevenção de quedas;
- Dar suporte aos setores quando da existência de demandas sociais que dificultem a realização das ações de prevenção de quedas;
- Realizar a notificação do incidente no VIGHOSP, assim como incentivar as demais categorias que também notifiquem quando presenciarem;
- Prover mecanismos para que os pacientes tenham calçados que não contribuam com os riscos de queda;
- Prover elo com outras instancias no que se refere a aquisição de instrumentos de suporte a deambulação;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo.

f. Fisioterapeuta

- Avaliar a capacidade de deambulação dos pacientes, de forma que garanta meio de diminuir os riscos de quedas;
- Avaliar a necessidade de utilização de dispositivos de marcha;
- Realizar a notificação do incidente no VIGHOSP, assim como incentivar as demais categorias que também notifiquem quando presenciarem;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de quedas.

g. Psicólogo(a)

- Dar o suporte psicológico para pacientes e acompanhantes com possíveis problemas cognitivos, assim como referente a ansiedade com a internação e condição física, na perspectiva de prover uma maior aceitação e cooperação destes nos cuidados;



- Realizar a notificação do incidente no VIGHOSP, assim como incentivar as demais categorias que também notifiquem quando presenciarem;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo.

h. Fonoaudiólogo(a)

- Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de aparelho auditivo sempre na saída da cama;
- Trabalhar o paciente com dificuldade auditiva, assim como seu acompanhante, no que se refere aos riscos para queda;
- Realizar a notificação do incidente no VIGHOSP, assim como incentivar as demais categorias que também notifiquem quando presenciarem;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de quedas.

i. Nutricionista

- Trabalhar para que não haja jejuns prolongados desnecessariamente;
- Manter vigilância dos suportes nutricionais de acordo com as necessidades;
- Realizar a notificação do incidente no VIGHOSP, assim como incentivar as demais categorias que também notifiquem quando presenciarem;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de quedas.

j. Farmacêutico(a)

- Orientar os pacientes e acompanhantes sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas;
- Realizar periodicamente a revisão da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda;
- Dar parecer técnico as demais categorias no que se refere as medicações;



- Realizar a notificação do incidente no VIGHOSP, assim como incentivar as demais categorias que também notifiquem quando presenciarem;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de quedas.

4.5 Atividades necessárias

4.5.1 Avaliação do risco de quedas

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento de recepção do paciente para atendimento ambulatorial e na admissão do paciente nas unidades hospitalares, utilizando a *Morse Fall Scale* (Urbanetto et al, 2013) para pacientes adultos (anexo 1) e a escala Humpty-Dumpty (WOOD, 2006) para pacientes de pediatria (anexo 2). Para os pacientes internados, deve ser repetida diariamente até a alta do paciente e quando houver piora do quadro clínico.

À nível ambulatorial, na recepção do paciente para o atendimento, o recepcionista deve aplicar o questionário de triagem para risco de queda. Mediante repostas positiva para um dos três itens analisados, inserir o(a) paciente na agenda do AGHUX do enfermeiro e encaminhá-lo para o atendimento na sala de verificação de SSVV.

O enfermeiro, à nível ambulatorial, deverá preencher a escala de avaliação do risco de queda, orientar o paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e sinalizar o(a) paciente classificado com alto risco de queda com dispositivo de identificação (etiqueta adesiva ou pulseira).

Na recepção do paciente à nível ambulatorial e na admissão para internamento, também deve ser avaliado 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.

Fatores de risco para queda:

- 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;
 - tontura;
 - convulsão;
 - síncope;
 - dor intensa;

- baixo índice de massa corpórea;
- anemia;
- insônia;
- incontinência ou urgência miccional;
- incontinência 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.

h) Obesidade severa.

i) História prévia de queda.

4.5.2 Escala de Humpty Dumpty adaptada (pediatria)

Na Escala Humpty-Dumpty adaptada, são atribuídos pontos a parâmetros pré-definidos e o somatório desses pontos definirão o risco de queda.

São avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, diagnóstico, fatores ambientais, medicações usadas, deficiências cognitivas, cirurgia/sedação/anestesia.

A soma das pontuações atribuídas a cada um dos 7 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.

Quadro 1 - Escala de Humpty Dumpty adaptada

Parâmetros	Crítérios	Cotação
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 de suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia/sedação/ anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas/Nenhum	1
TOTAL		
Nível de risco		Pontuação
Baixo risco de queda		7-11
Alto risco de queda		12-22

4.5.3 Escala de Morse adaptada (adulto)

Na Escala Morse adaptada, são atribuídos pontos a parâmetros pré-definidos e o somatório desses pontos definirão o risco de queda.

São avaliados os seguintes parâmetros: história de quedas nos últimos três meses, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa/dispositivo salinizado ou heparinizado, marcha e estado mental.

A soma das pontuações atribuídas a cada um dos 6 parâmetros definirá o grau de risco de queda no adulto. Cada critério avaliado recebe uma pontuação que varia de zero a 30 pontos, totalizando um escore de risco, cuja classificação é a seguinte: risco baixo (0 a 24), risco médio (25 a 44) e risco alto ≥ 45 .

Quadro 2 - Escala de Morse adaptada

Item	Escala	
1. História de quedas (neste internamento ou nos últimos 3 meses)	Não	0
	Sim	25
2. Diagnóstico secundário	Não	0
	Sim	15
3. Auxílio na deambulação	Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional de saúde	0
	Muletas/Bengalas/Andador	15
	Mobiliário/Parede	30
4. Terapia endovenosa/Dispositivo salinizado ou heparinizado	Não	0
	Sim	20
5. Marcha	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de rodas	0
	Fraca	10
	Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado mental	Orientado/capaz quanto à sua capacidade/limitação	0
	Superestima capacidade/Esquece limitações	15
Total		
Nível de risco	Pontuação	
Baixo risco de queda	0 – 24	
Risco médio de queda	25 – 44	
Alto risco de queda	≥ 45	

4.6 Ações preventivas

4.6.1 Medidas gerais

O HUIB deverá garantir um ambiente de cuidado seguro de acordo com o preconizado na RDC ANVISA nº 50/2002, tais como:



- Pisos antiderrapantes;
- Mobiliário e iluminação adequados;
- Corredores livres de obstáculos (por exemplo: equipamentos, materiais e entulhos);
- Orientação para o uso de vestuário e calçados adequados;
- Movimentação segura dos pacientes.

Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.

Estratégias de educação dos pacientes e familiares devem ser utilizadas incluindo orientações sobre o risco de queda e de dano por queda e sobre como prevenir sua ocorrência. Devem acontecer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital, utilizando-se linguagem acessível e de fácil compreensão.

O processo de educação deverá ser fomentado por todos os membros da equipe multiprofissional durante as abordagens com os pacientes, acompanhantes e familiares.

4.6.2 Medidas específicas

- A avaliação dos riscos para queda, utilizando-se a escala padronizada neste protocolo, deverá ser realizada diariamente pelo enfermeiro, que definirá as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentarem os riscos inerentes.
- Medidas individualizadas para prevenção de queda para cada paciente devem ser prescritas pelo enfermeiro e implementadas de acordo com as recomendações.

Nesse contexto, o enfermeiro assistencial será o profissional que deverá impulsionar as ações de prevenção de quedas nos setores, com o apoio das demais categorias profissionais, que também deverão ter conhecimento dos riscos inerentes para abordagens individualizadas sobre o assunto, trabalhando-se tanto o paciente como os acompanhantes e, ou, familiares.

- O risco para queda, quando houver, no âmbito das unidades de internação, deverá ser devidamente sinalizado na placa de identificação do leito do paciente, conforme padrão já estabelecido. A medida faz-se necessária para que todos os profissionais tenham a informação bem acessível nas visitas aos leitos. A placa deverá ser atualizada quando o risco aparecer no decorrer do período de internação. A nível ambulatorial, o enfermeiro, deverá sinalizar o(a) paciente classificado com alto risco de queda com dispositivo específico (etiqueta adesiva ou pulseira).
- Nas unidades de internação, o enfermeiro deverá fazer a reavaliação do risco dos pacientes, mesmo que já tenha sido feita no dia, 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 tem seu risco de queda aumentado.

Estratégias devem ser estabelecidas e implementadas para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de quedas e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como as medidas de prevenção implementadas.

No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada no VIGIHOSP, o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos. O processo de investigação da ocorrência deve permitir a identificação dos fatores contribuintes e servir como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

4.6.3 Intervenções que devem ser utilizadas para prevenção de quedas de acordo com o risco apresentado no paciente pediátrico

4.6.3.1 Serviço ambulatorial

a. Alto risco de queda:

- Orientar o paciente e o acompanhante sobre o alto risco de queda;
- Sinalizar o(a) paciente classificado com alto risco de queda com dispositivo específico (etiqueta adesiva ou pulseira);
- Manter áreas de atendimento e espera livres de objetos pequenos ou escorregadios, com pisos antiderrapantes e proteção em quinas e escadas;
- Garantir que as crianças estejam sempre acompanhadas por um adulto ou membro da equipe de saúde, especialmente em áreas de maior risco, como corredores e salas de exame;
- Orientar pais e cuidadores sobre a importância de segurar a mão da criança e estar atento durante todo o tempo de permanência na unidade.

4.6.4 Unidades de Internação

a. Baixo ou nenhum risco de queda:

- Comunicar a equipe multiprofissional do risco de queda e as mudanças de classificações;
- Acomodar em berços, com grades elevadas na altura máxima crianças com três anos de idade ou menos. Criança sem mobilidade poderá ser acomodada em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável;
- Acomodar em cama com as grades elevadas crianças maiores de três anos;
- Transportar no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas, crianças com três anos de idade ou menos;
- Transportar em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) crianças de três anos a maiores de seis meses quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação;
- Transportar em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação multiprofissional crianças maiores de três anos;
- Manter uma das grades elevadas do berço e/ou cama durante troca de fralda/roupa da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas);

- Colocar as camas na posição mais baixa, travada e grades elevadas;
 - Orientar ao acompanhante/responsável não deitar na cama ou berço;
 - Usar calçados e roupas de tamanho adequado na criança que deambula para evitar o risco de tropeçar;
 - Orientar o acompanhante/responsável para a criança utilizar chinelos antiderrapantes durante o banho de aspersão, com ou sem auxílio da enfermagem;
 - Manter o trajeto livre entre a enfermaria e o posto de enfermagem;
 - Manter a unidade do usuário limpa e organizada, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários;
 - Avaliar a necessidade de iluminação adequada no período noturno;
 - Orientar os acompanhantes que as crianças não podem correr pelas dependências do quarto e do hospital;
 - Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda;
 - 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 e alteração dos reflexos.
- b. Alto risco de queda:**
- Realizar as mesmas intervenções no baixo ou nenhum risco de quedas;
 - Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;
 - Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar responsável a utilizar a luz auxiliar da enfermaria durante a noite);
 - Acompanhar sempre a criança na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem);
 - Dispor de escada de dois degraus próximo ao leito, se a cama não for eletrônica;
 - Em nenhum momento a criança poderá ficar sozinha no leito, sem a presença de um familiar responsável;
 - A saída do leito deve ser orientada pela enfermagem e toda saída deve ser sempre acompanhada;
 - Se houver prescrição de fisioterapia motora, os exercícios de marcha devem ser realizados pelo profissional fisioterapeuta;
 - Orientar o uso de calçados antiderrapantes;
 - Avaliar o nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos;
 - Manter a grade distal ao profissional elevada no momento de mobilizações no leito;
 - Evitar a locomoção do usuário em trajetos tumultuados, quando possível;

- Acomodar as crianças com necessidades especiais, no que se refere às eliminações, próximos ao banheiro;
- Orientar ou auxiliar o acompanhante/responsável no banho de aspersão de crianças que utilizam cadeira de rodas e/ou com risco para queda, desde que não haja indicação de banho no leito;
- Permanecer ao lado da criança durante todo o momento de indução e reversão anestésica;
- Informar ao acompanhante/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico nos pacientes pós-cirúrgicos;
- Manter as grades elevadas da cama das crianças no pré-cirúrgico e pós-operatório imediato);
- Orientar e auxiliar a criança, acompanhante/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;
- Atentar para jejum prolongado como por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;
- Monitorar a reposição e os recursos de tração, em mesa cirúrgica, sempre que necessário;
- Dispor um número adequado de profissionais para transferir a criança da mesa cirúrgica para a cama, conforme avaliação do enfermeiro.

4.6.5 Intervenções que devem ser utilizadas para prevenção de quedas de acordo com o risco apresentado no paciente adulto

4.6.5.1 Serviço ambulatorial

a. Alto risco de queda:

- Orientar o paciente e o acompanhante sobre o alto risco de queda;
- Informar as precauções a serem tomadas, como o uso adequado de dispositivos de apoio;
- Garantir que o ambiente ambulatorial esteja livre de obstáculos, com pisos antiderrapantes e iluminação adequada.
- Sinalizar o(a) paciente classificado com alto risco de queda com dispositivo específico (etiqueta adesiva ou pulseira);
- Oferecer suporte, como cadeiras de rodas, bengalas, ou acompanhamento por um profissional de saúde para pacientes com dificuldades de locomoção;
- Manter vigilância contínua sobre os pacientes em áreas de maior risco, como corredores e salas de espera.

4.6.6 Unidades de Internação

a. Baixo risco de queda:

- Comunicar a equipe multiprofissional do risco de queda e as mudanças de classificações;
- Manter a cama na posição mais baixa, travada e grades da cama elevadas;
- Utilizar calçados adequados na deambulação o risco de tropeçar;
- Manter o trajeto livre entre a enfermaria e o posto de enfermagem;
- Manter a unidade do usuário limpa e organizada, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários;
- Avaliar a necessidade de iluminação adequada no período noturno.

b. Médio risco de queda:

- Realizar as mesmas intervenções no baixo risco de quedas;
- Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar responsável a utilizar a luz auxiliar da enfermaria durante a noite);
- Assegurar que os itens pessoais do usuário, assim como urinóis e comadres, sejam levados pelo acompanhante ou profissional de saúde;
- Dispor de escada de dois degraus próximo ao leito, se a cama não for eletrônica;
- Se houver prescrição de fisioterapia motora, os exercícios de marcha devem ser realizados pelo profissional fisioterapeuta;
- Atentar para jejum prolongado como por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;
- Orientar o uso de calçados antiderrapantes;
- Avaliar o nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos;
- Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída;
- Manter a grade distal ao profissional elevada no momento de mobilizações no leito;
- Orientar o paciente ou acompanhante sobre mudanças na prescrição medicamentosa que possam causar vertigens, tonturas, hipoglicemias e etc.;
- 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);
- Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama;
- Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens,

tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda;

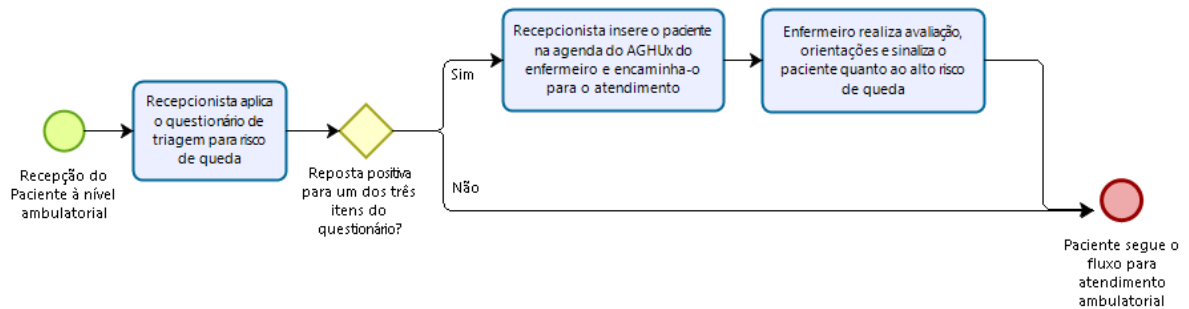
- Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.

c. Alto risco de queda:

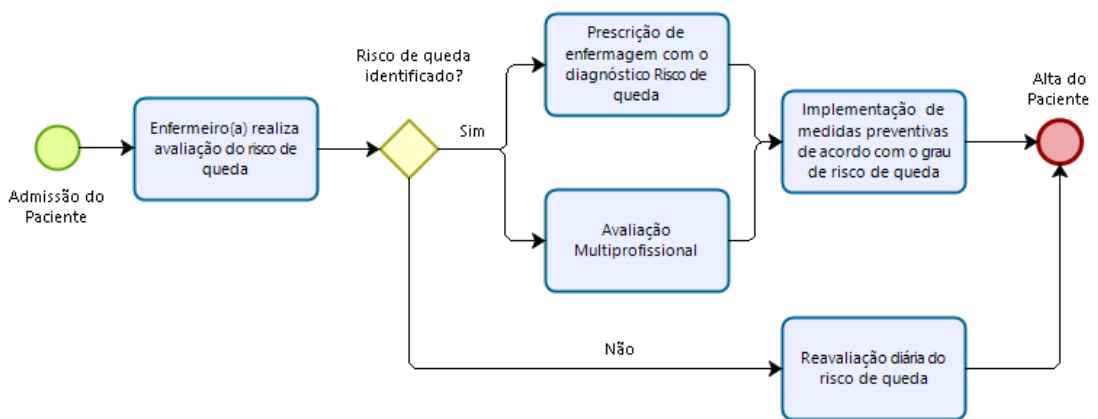
- Realizar as mesmas intervenções no baixo e médio risco de quedas;
- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;
- Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico 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;
- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe, mesmo na presença de acompanhante;
- Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.

5. FLUXOGRAMA

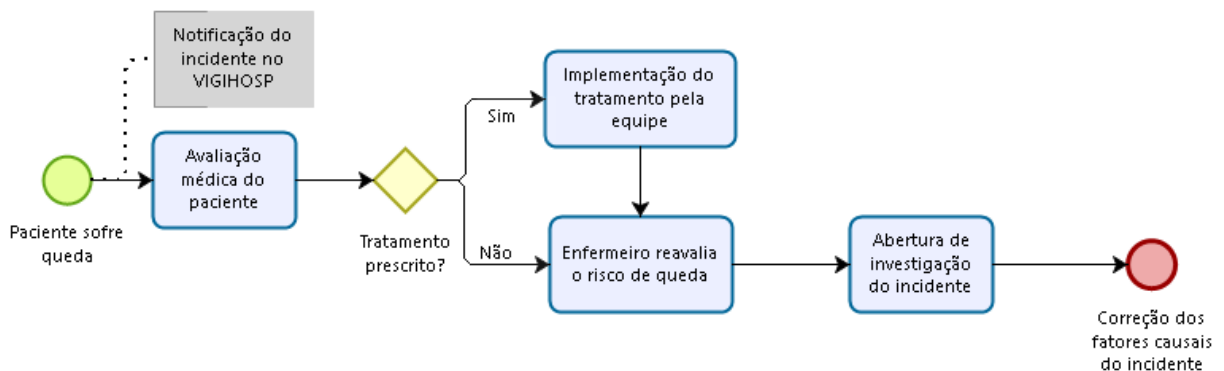
5.1 Fluxo de avaliação do risco de queda à nível ambulatorial



5.2 Fluxo de avaliação de risco de queda nas unidades de internação



5.3 Fluxo de condutas na ocorrência de queda à nível ambulatorial e nas unidades de internação



6. MONITORAMENTO

Deverão ser monitorados os seguintes indicadores:

Quadro 3 - Monitoramento de Indicadores

Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão nas unidades de internação	
Objetivo	Monitorar a implementação de ações para evitar a ocorrência de quedas
Numerador	Nº de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão em determinado período
Denominador	Nº de pacientes admitidos em determinado período
Proporção de pacientes com de alto risco de queda com diagnóstico de enfermagem RISCO DE QUEDA na prescrição	
Objetivo	Monitorar a implementação de ações para evitar a ocorrência de quedas
Numerador	Nº de pacientes com alto risco de queda com diagnóstico de enfermagem RISCO DE QUEDA em determinado período
Denominador	Nº de pacientes com alto risco de queda em determinado período
Número de quedas com dano	
Objetivo	Monitorar a ocorrência de quedas com dano
Número de quedas sem dano	
Objetivo	Monitorar a ocorrência de quedas sem dano
Índice de quedas	
Objetivo	Monitorar a implementação de ações para evitar a ocorrência de quedas
Numerador	Nº de quedas em determinado período
Denominador	Nº de paciente/dia em determinado período

7. REFERÊNCIAS

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



COOPER C.L., NOLT J.D. Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. **J Nurs Care Qual** 2007; 22(2):107-12. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17353745>

CORREA A.D., MARQUES I.A.B., MARTINEZ M.C., SANTESSO P.L., LEÃO E.R., CHIMENTÃO D.M.N. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev Esc Enferm** [periódico na internet]. 2012;46(1):67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>

CURRIE L: Fall and injury prevention. In Hughes R, editor: Patient safety and quality: an evidence based handbook for nurses, Rockville, Md, 2008, Agency for Healthcare Research and Quality.

DYKES P.C., CARROLL D.L., HURLEY A., LIPSITZ S., BENOIT A., CHANG F., et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. **JAMA** 2010; 304(17):1912-8. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107709/>

URBANETTO J. S., CREUTZBERG, M., FRANZ, F., et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, June 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300569&lng=en&nrm=iso.

WOOD M.L. Implementing a Humpty Dumpty Falls (tm) Scale & Prevention Program. In: Pursuit of Excellence. v. 7, n. 1, 2006.

MEJC. UFRN. Ebserh. Protocolo de Prevenção de Quedas no Ambulatório. PRT.UGQSP.003, 2024. Disponível em Protocolo de prevenção de quedas no ambulatório - MEJC UFRN.pdf (sharepoint.com).

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
02	19/10/2022	Inclusão da UMI/Clínica Médica nos critérios de inclusão e exclusão; Retirada da Unidade de Pronto atendimento dos critérios de inclusão e exclusão. Atribuições, competências e responsabilidades (Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente – inclusão do último item).
03	18/09/2024	Atualização do nome dos setores e unidades conforme organograma da EBSEH; Inclusão de conteúdo a fim de orientar a organização do processo de trabalho para identificação do risco de queda em pacientes atendidos em nível ambulatorial; Remoção do Termo de esclarecimento e ciência do risco de queda em ambiente hospitalar (Anexo III).

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Mikaelle Ysis da Silva – Técnica em Enfermagem – Setor de Gestão da Qualidade Adelmo Barbosa de Miranda Júnior – Enfermeiro – Divisão de Enfermagem	Data: 30/09/2024
Validação Fernanda Darliane Tavares de Luna – Enfermeira – Setor de Gestão da Qualidade	Data: 07/10/2024 Conforme Processo SEI n° 23771.000821/2020-72
Análise Andressa Pedroza Pereira – CCIH/NSP/Chefe do Setor de Gestão da Qualidade	Data: 30/09/2024
Aprovação Ana Paula Oliveira da Silva – Superintendente	Data: 07/10/2024 Conforme Processo SEI n° 23771.000821/2020-72

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Anexo I

Escala de Humpty Dumpty adaptada-Avaliação do risco de queda para pediatria

Paciente: _____

Data da admissão: ___/___/___

Parâmetros	Critérios	Cotação	/	/	/	/	/	/	/
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 de suas limitações	3							
	Esquece as suas limitações	2							
	Orientado de acordo com suas capacidades	1							
Cirurgia/sedação/ anestesia	Há 24 horas	3							
	Há 48 horas	2							
	Há mais de 48 horas/Nenhum	1							
TOTAL									
Assinatura do enfermeiro que avaliou o risco									

Baixo risco de queda = 7-11
 Alto risco de queda = 12-22

O instrumento deve ser aplicado:
 -Na admissão do paciente
 -Sempre que o estado da criança se alterar
 -Início do plantão diurno



Anexo II

Escala de Morse Fall Scale- Avaliação do risco de queda para adulto

Paciente: _____

Data da admissão: ___/___/___

Item	Escala		___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
1. História de quedas (neste internamento ou nos últimos 3 meses)	Não	0						
	Sim	25						
2. Diagnóstico secundário	Não	0						
	Sim							
3. Auxílio na deambulação	Nenhum/acamado/auxílio por profissional de saúde	0						
	Muletas/bengalas/andador	15						
	Mobiliário/parede	30						
4. Terapia endovenosa/dispositivo salinizado ou heparinizado	Não	0						
	Sim	20						
5. Marcha	Normal/ sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0						
	Fraca	10						
	Comprometida/cambaleante	20						
6. Estado mental	Orientado/capaz quanto à sua capacidade/limitação	0						
	Superestima capacidade/esquece limitações	15						
TOTAL								
Assinatura do enfermeiro que avaliou o risco								

Sem risco. 0-24
 Baixo risco= 25-44
 Alto risco ≥ 45

O instrumento deve ser aplicado:

- Na admissão do paciente
- Sempre que o estado da criança se alterar
- Início do plantão diurno

