

## 1. OBJETIVO

“Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais” (MS/ Anvisa/ Fiocruz, 2013).

## 2. JUSTIFICATIVA

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde e no próprio paciente, além de produzir repercussões na continuidade do cuidado.

As quedas de pacientes são os eventos adversos mais comuns relatados em hospitais. A causa das quedas é multifatorial. Pacientes hospitalizados possuem risco aumentado de quedas devido ao ambiente desconhecido associado a outras condições, como a demência, a incontinências, problemas de equilíbrio, fraqueza muscular, redução da mobilidade e da acuidade visual. Além disso, os pacientes estão em situação clínica desfavorável em virtude de doenças agudas, crônicas e a polifarmácia. Diante dessa realidade, a prevenção de quedas tem se tornado uma questão prioritária na área da saúde em âmbito mundial, sendo uma das metas internacionais de segurança da Organização Mundial da Saúde e um dos protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (Luiza et al. 2018; Lelaurin; Shorr, 2019).

Neste contexto, se justifica a elaboração deste protocolo para subsidiar ações de prevenção de quedas, bem como a atenuação de eventuais danos decorrentes destas, com uma abordagem pautada na identificação dos riscos, no monitoramento, análise dos incidentes, educação do paciente, familiares e profissionais de saúde, para favorecer a segurança do paciente durante sua estadia no hospital.

## 3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

As recomendações deste protocolo são aplicáveis a todos os pacientes do Hupaa, durante toda a sua estadia, incluindo tanto os pacientes internados quanto os pacientes ambulatorias, como os da Hemodiálise.

## 4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

### 4.1 Enfermeiro

- a) Avaliar o risco de queda do paciente na admissão, através do preenchimento do Score de Morse;



- b) Anexar o Score de Morse (risco de quedas) no prontuário do paciente;
- c) Realizar a reavaliação do risco de quedas diariamente nos pacientes internados e/ou em observação até a alta da unidade de saúde;
- d) Reavaliar o paciente em qualquer alteração apresentada no quadro clínico para o risco de quedas;
- e) Sinalizar visualmente – instalar a pulseira laranja no paciente com risco de queda, a fim de alertar toda equipe do cuidado;
- f) Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme o risco levantado na avaliação;
- g) Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas individuais e entregar e/ou utilizar material orientador específico;
- h) Supervisionar constantemente os pacientes em uso de medicação que aumente o risco queda;
- i) Adotar processos para garantir o atendimento imediato ao paciente, caso necessitar;
- j) Notificar a ocorrência de queda através do Vigi Hosp (aplicativo com ícone na área de trabalho dos computadores assistenciais).

#### 4.2 Auxiliar / Técnico de Enfermagem

- a) Implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro;
- b) Contribuir com o enfermeiro na orientação dos pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados, assim como sobre na prevenção de quedas;
- c) Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- d) Comunicar o enfermeiro sempre que houver alteração do quadro clínico do paciente que possa modificar o risco de quedas;
- e) Transportar os pacientes seguindo o que é preconizado pelo protocolo de transporte seguro intra-hospitalar;
- f) Sempre dar apoio ao paciente e ao acompanhante, quando necessário;
- g) Realizar rondas noturnas de forma periódica;
- h) Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
- k) Notificar a ocorrência de queda através do Vigi Hosp (aplicativo com ícone na área de trabalho dos computadores assistenciais).

#### 4.3 Médico

- a) Avaliar o paciente em casos de ocorrência de queda, prescrevendo as condutas necessárias;



- b) Avaliar minuciosamente a real necessidade de prescrição de medicamentos que aumentem os riscos para queda;
- c) Orientar o paciente e acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda;
- d) Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de ocorrências de queda na unidade;
- e) Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- l) Notificar a ocorrência de queda através do Vigi Hosp (aplicativo com ícone na área de trabalho dos computadores assistenciais).

#### 4.4 Fisioterapeuta

- a) Realizar avaliação do paciente conforme solicitado;
- b) Auxiliar na determinação das condutas de acordo com avaliação de mobilidade do paciente;
- c) Orientar sobre as recomendações e cuidados gerais de prevenção de quedas;
- d) Definir a necessidade de sessões de Fisioterapia Motora em parceria com o médico assistente;
- e) Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme a avaliação;
- f) Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas;
- m) Notificar a ocorrência de queda através do Vigi Hosp (aplicativo com ícone na área de trabalho dos computadores assistenciais).

#### 4.5 Equipe multiprofissional

- a) Conhecer e cumprir esta rotina, assim como de suas respectivas lideranças, de fazer cumprir orientando seus membros quanto à exigência da identificação do risco para queda e observância dos cuidados pré-definidos para cada paciente;
- b) Implementar os procedimentos específicos para a prevenção de queda nos pacientes;
- c) Anotar no prontuário do paciente se verificar sinais que alertem para risco de queda ou dano decorrente da queda;
- d) Notificar a ocorrência de queda através do Vigi Hosp (aplicativo com ícone na área de trabalho dos computadores assistenciais).



**5. MEDIDAS PREVENTIVAS DE ACORDO COM O RISCO DE QUEDA**

Segue abaixo quadro com as medidas preventivas de acordo com o risco para queda.

**Quadro 1** – medidas preventivas de acordo com risco de queda

<b>Medidas preventivas para queda</b>		
<b>Baixo risco de queda</b>	<b>Moderado risco de queda</b>	<b>Alto risco de queda</b>
<p>1. Uso de material educativo (folder, cartaz, cartilha, banner, entre outros).</p> <p>2. Manter ambiente livre de obstáculos e iluminado.</p> <p>3. Manter pertences necessários ao alcance do paciente.</p> <p>4. Manter leito baixo e travado.</p> <p>5. Manter grades elevadas.</p> <p>6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas.</p> <p>7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular (antiderrapante).</p> <p>8. Verificar a necessidade de acompanhante.</p> <p>9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes.</p>	<p>1. Uso de material educativo (folder, cartaz, cartilha, banner, entre outros).</p> <p>2. Manter ambiente livre de obstáculos e iluminado.</p> <p>3. Manter pertences necessários ao alcance do paciente.</p> <p>4. Manter leito baixo e travado.</p> <p>5. Manter grades elevadas.</p> <p>6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas.</p> <p>7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular (antiderrapante).</p> <p>8. Verificar a necessidade de acompanhante.</p> <p>9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes.</p> <p>10. Antecipar-se as necessidades de conforto e segurança do paciente.</p> <p>11. Comunicar o risco de queda para os cuidadores durante o transporte e transferências.</p> <p>12. Instalar pulseira laranja</p>	<p>1. Uso de material educativo (folder, cartaz, cartilha, banner, entre outros).</p> <p>2. Manter ambiente livre de obstáculos e iluminado.</p> <p>3. Manter pertences necessários ao alcance do paciente.</p> <p>4. Manter leito baixo e travado.</p> <p>5. Manter grades elevadas.</p> <p>6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas.</p> <p>7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular (antiderrapante).</p> <p>8. Verificar a necessidade de acompanhante.</p> <p>9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes.</p> <p>10. Antecipar-se as necessidades de conforto e segurança do paciente.</p> <p>11. Comunicar o risco de queda para os cuidadores durante o transporte e transferências.</p> <p>12. Instalar pulseira laranja</p>

	para sinalizar o risco de queda.	para sinalizar o risco de queda. 13. Orientar familiar e/ou acompanhante a importância de acompanhamento 24 horas. 14. Realizar acordo de ida ao banheiro para atender as necessidades do paciente no período noturno.
--	----------------------------------	--

Fonte: BRASÍLIA (Distrito Federal). Secretaria de Estado de Saúde, 2022.

### 5.1 Medidas universais

Os serviços de saúde deverão adotar medidas universais 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 – por exemplo: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de entulho – 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 (MS/ ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares não só sobre o risco de queda e de dano por queda, como também sobre como prevenir sua ocorrência é fundamental, devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital, como também a elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas (MS/ ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

### 5.2 Medidas individuais

a) Todos os profissionais que assistem o paciente são responsáveis pela prevenção de quedas, devem conhecer o protocolo de prevenção de quedas e aplicá-lo dentro do seu campo de atuação;

O enfermeiro da Admissão e Alta orienta o paciente, familiar e/ou cuidador a respeito do risco de quedas e solicita a assinatura do TCERQ (Termo de Ciência e Esclarecimento sobre o Risco de Queda) pelo paciente / acompanhante na admissão do paciente;

b) O enfermeiro deverá realizar a avaliação do risco de queda através da Escala de Morse para todos os pacientes adultos e da escala Humpty Dumpty dos pacientes pediátricos na admissão e reavaliar sistematicamente durante o período do internamento;

c) Identificar o risco de queda com a aplicação da pulseira de cor laranja no paciente;

d) Avaliar a necessidade de grade permanente no leito do paciente;

e) Orientar o responsável e/ou paciente a levantar 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);

f) Supervisionar a medicação utilizada, especialmente para aquelas que promovam alteração da mobilidade e do equilíbrio;

g) Manter o conforto e a segurança do paciente no leito mantendo cama baixa e grades elevadas;

h) Implementar medidas preventivas adequadas a cada paciente de forma individualizada;

i) Orientar o paciente/acompanhante a acender a luz a noite quando for ao banheiro;

j) Orientar banho com supervisão e uso de calçado antiderrapante;

k) Solicitar avaliação médica do paciente após queda, independente de ausência de dano aparente e registrar no prontuário a solicitação e os cuidados realizados no atendimento;

l) Registrar no prontuário todas as ações realizadas.

## 6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente na clínica de internação, com o emprego da escada de Morse ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida sistematicamente até a alta dos pacientes com classificação de risco na admissão (MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013).

Ressaltamos também a importância de reavaliar diariamente o paciente dando continuidade ao preenchimento do score de Morse e/ou quando houver mudança de quadro clínico. O formulário deve ser anexado ao prontuário do paciente.

Na Unidade de Sistema Urinário, o risco deve ser preenchido antes de iniciar cada sessão de hemodiálise. O formulário deve ser anexado ao prontuário do paciente.

Os pacientes serão classificados em Baixo, Moderado e Elevado Risco para queda, segundo a pontuação na escala de Morse (Quadro 1).

**Quadro 2** - Risco de queda de acordo com a pontuação na escala de MORSE

<b>Classificação de risco para quedas de acordo com a escala de MORSE</b>	
Baixo Risco (BR):	0 – 24 pontos
Risco Moderado (RM)	25 – 44 pontos
Risco Elevado (RE)	≥ 45 pontos

Fonte: Morse, 1989.

## 7.1 Identificação do risco de queda

Identificar o paciente com o risco para quedas utilizando a pulseira laranja em um dos membros superiores do paciente como sinalização visual, a fim de alertar toda equipe de cuidado.

Todos os pacientes com risco moderado e elevado devem manter a sinalização.

## 7.2 Fatores de risco de queda

- a) Demográfico
  - crianças menores de 5 anos;
  - idosos com idade acima de 65 anos;
  
- b) Psicognitivos
  - declínio cognitivo;
  - depressão;
  - ansiedade;
  
- c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas
  - acidente vascular cerebral p´revio;
  - hipotensão postural;
  - tontura;
  - convulsão;
  - síncope;
  - dor intensa;
  - baixo índice de massa corpórea;
  - anemia;
  - incontinência ou urgência miccional;
  - incontinência ou urgência para evacuação;
  - artrite;
  - osteoporose;
  - alterações metabólicas;

- 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 de membros inferiores.
  
- e) Comprometimento sensorial
  - visão;
  - audição; ou
  - 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; e
  - polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
  
- h) Obesidade severa
- i) História prévia de queda

### 7.3 Paciente 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.

### 7.4 Paciente 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 (pessoa ou dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas;
- c) Paciente acamado em maca, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

## 7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

A notificação voluntária, que é realizada pelo profissional que descreve a ocorrência, deve ser realizada no **Vigihosp**, aplicativo que está disponível com ícone na área de trabalho de todos os computadores localizados na área assistencial.

Não há necessidade do notificador se identificar. Devem ser notificados dados completos do paciente, circunstâncias em que ocorreu o evento, se houve dano ou não e conduta adotada. Os dados do notificador e do notificado são sigilosos. As notificações são realizadas através do Vigihosp, na aba **Queda**. Também podem ser anexadas imagens na notificação (foto ou vídeo).

O sigilo do notificador sempre será mantido, mesmo quando este se identificar. A notificação é recebida pelo Núcleo de Segurança do Paciente (Gerência de Riscos Assistenciais), que analisa, trata e monitora os riscos, de forma a identificar falhas no processo e ações de melhorias contínuas, junto às áreas assistenciais.

As notificações consistentes são notificadas nos órgãos regulatórios (Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária – Notivisa) pelos membros da Gerência de Riscos Assistenciais.

## 8. FLUXOGRAMA

Não aplicável.



## 9. MONITORAMENTO

Conforme se observa no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz, temos os seguintes indicadores a serem monitorados:

- a) Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;
- b) Número de quedas com dano;
- c) Número de quedas sem danos
- d) Índice de quedas.

## 10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução – RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Protocolo de Prevenção de Quedas. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Secretaria de Estado de Saúde. Segurança do paciente – prevenção de quedas. Brasília: SES/DF, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Seguran%C3%A7a+do+Paciente+%E2%80%93+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Quedas.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Comission International para Hospitais. 4 ed. 2011.

MORSE, J. M.; MORSE, R. M.; TYLKO, S. J. Morse Fall Scale (MFS). [S. l.]: PsycTESTS, 1989.

PAIVA, Maria Cristina Marques da Silva et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 44, nº 1, mar.2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Quedas em idosos: prevenção. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2008.

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. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342013000300569#:~:text=Durante%20as%20diversas%20etapas%20percorridas,claros%20e%20)

[2342013000300569#:~:text=Durante%20as%20diversas%20etapas%20percorridas,claros%20e%20](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342013000300569#:~:text=Durante%20as%20diversas%20etapas%20percorridas,claros%20e%20)



de%20f %C3%A1cil%20aplicabilidade. Acesso em 25 Set. 2023.

## 11. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Responsável pela elaboração	Descrição da atualização
1	10/07/2018	Daniela Medeiros de Magalhães Doriane Gonçalves de Sá Márcia Mirian Rosendo Aleluia Newton de Barros Melo Neto Vanessa Maria da Silva Cavalari	Versão inicial.
2	01/10/2018	Márcia Mirian Rosendo Aleluia	Revisão textual e adequação para o novo modelo (versão 2).
3	21/05/2020	Márcia Mirian Rosendo Aleluia	Revisão textual e adequação para o modelo Norma Zero / Ebserh
4	21/10/2024	Vilma Queiroz Siqueira Márcia Mirian Rosendo Aleluia Doriane Gonçalves de Sá	Adicionado e escala de Morse para o paciente da Hemodiálise e a escala Humpty Dumpty para os pacientes pediátricos, orientações aos pacientes, familiares e cuidadores.

**12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**

<b>Elaboração</b> Vilma Queiroz Siqueira - Enfermeira / UGQSP Márcia Mirian Rosendo Aleluia - Enfermeira / UGQSP Doriane Gonçalves de Sá - Enfermeira / UGQSP	Data: 21/10/2024
<b>Análise</b> Vilma Queiroz Siqueira - Enfermeira / Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente	Data: 21/10/2024
<b>Validação</b> Celina de Azevedo Dias – Chefe do Setor de Gestão da Qualidade	Data: 21/10/2024
<b>Aprovação</b> Célio Fernando de Sousa Rodrigues - Superintendente	Data: 21/10/2024

*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](http://www.ebserh.gov.br)*



**Apêndice A – Termo de Ciência e Esclarecimento sobre o risco de Quedas**

Termo de Ciência e Esclarecimento sobre o risco de Quedas

Página 1 de 1

**1 TERMO DE CIÊNCIA E ESCLARECIMENTO SOBRE O RISCO DE QUEDAS**

Quedas contribuem para agravar o quadro de saúde do paciente, provocar fraturas e/ou sangramentos, aumentar o tempo de permanência hospitalar, entre outros fatores, interferindo na continuidade do cuidado e na segurança do paciente.

**2 PACIENTE**

- a) Seguir as orientações da equipe de saúde quanto às medidas de prevenção de quedas;
- b) Comunicar episódios de quedas anteriores;
- c) Acender a luz a noite quando for ao banheiro;
- d) Tomar banho com supervisão e uso de calçado antiderrapante;
- e) Manter a cama baixa e as grades elevadas;
- f) Permanecer com a pulseira de identificação do risco de quedas – pulseira na cor laranja – durante o internamento.

**3 ACOMPANHANTE**

- a) Seguir as orientações da equipe de saúde quanto às medidas de prevenção de quedas;
- b) Não se ausentar e nem deixar o paciente sozinho sem avisar a equipe de enfermagem;
- c) Acompanhar SEMPRE o paciente ao banheiro;
- d) Ajudar o paciente a trocar suas roupas;
- e) Solicitar auxílio da equipe de enfermagem e/ou fisioterapia para mobilização do paciente no leito e/ou locomoção no quarto quando necessário;
- f) Manter a cama baixa e as grades elevadas.

Declaro que estou ciente das orientações sobre os cuidados necessários para prevenção de quedas, conforme descrito acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente\_\_\_\_\_  
Assinatura do acompanhante\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional



Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_



Fonte: UGQSP – Hupa-Ufal/Ebserh, 2024.




**Anexo A – Avaliação de risco para Queda – Escala de Morse**

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA	
<b>Avaliação de risco para Queda – Escala de Morse</b>		
Nome completo:		Leito:
DN: / /	Prontuário:	Setor:      Data Adm.: / /
<b>Escala de Morse</b>		
Fatores de risco do paciente	Classificação	/ /   / /   / /   / /   / /   / /   / /
Histórico de Quedas	Não = 0 Sim = 25	
Diagnóstico Secundário	Não = 0 Sim = 15	
Auxílio Deambulação	Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional da saúde = 0 Muletas/Bengala/Andador = 15 Mobiliário/parede = 30	
Terapia endovenosa (Dispositivo salinizado ou heparinizado)	Não = 0 Sim = 20	
Marcha	Normal, sem deambulação, acamado, cadeira de rodas = 0 Fraca = 10	
Estado Mental	Orientado/ capaz quanto a sua capacidade/ Limitação = 0 Superestima capacidade/ Esquece Limitações = 15	
<b>Total</b>		
<b>Classificação do Risco</b>		
<b>Assinatura do Enfermeiro</b>		
Baixo Risco (BR): 0 – 24 pontos	Risco Moderado (RM): 25 – 44 pontos	Risco Elevado (RE): ≥ 45 pontos
Indicadores de Reavaliação: <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento (sedativo, laxante, diurético) <input type="checkbox"/> Episódio de desorientação <input type="checkbox"/> Episódio de incontinência urinária local <input type="checkbox"/> Alteração de quadro clínico		
<p><b>ATENÇÃO:</b> todo paciente deverá ser avaliado no ato da admissão no setor, reavaliado diariamente ou caso haja mudança no estado clínico.</p> <p><b>Pacientes com risco moderado e elevado devem ter sinalização através da pulseira LARANJA.</b></p>		
PRT.NSP.003 - NSP/UGQSP/STGQ/SUP/HUPAA/EBSERH/UFAL		

Fonte: Adaptado de Urbanetto et. al, 2013.




**Anexo B – Avaliação de risco para Queda – Escala de Morse - HEMODIÁLISE**

													
Avaliação de risco para Queda – Escala de Morse no serviço de Hemodiálise													
Nome completo:							DN: / /			Prontuário:			
Escala de Morse													
Fatores de risco do paciente	Classificação	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Histórico de Quedas	Não = 0 Sim = 25												
Diagnóstico Secundário	Não = 0 Sim = 15												
Auxílio Deambulação	Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional da saúde = 0 Muletas/Bengala/Andador = 15 Mobiliário/parede = 30												
Terapia endovenosa (Dispositivo salinizado ou heparinizado)	Não = 0 Sim = 20												
Marcha	Normal, sem deambulação, acamado, cadeira de rodas = 0 Fracas = 10												
Estado Mental	Orientado/ capaz quanto a sua capacidade/ Limitação = 0 Superestima capacidade/ Esquece Limitações = 15												
<b>Total</b>													
<b>Classificação do Risco</b>													
Assinatura do Enfermeiro													
Baixo Risco (BR): 0 – 24 pontos				Risco Moderado (RM): 25 – 44 pontos				Risco Elevado (RE): ≥ 45 pontos					
<b>ATENÇÃO:</b> todo paciente deverá ser avaliado no ato da admissão no setor (em cada sessão de hemodiálise), reavaliado caso haja mudança no estado clínico. Pacientes com risco moderado e elevado devem ter sinalização através adesivo <b>LARANJA</b> no seu crachá.													
PRT.NSP.003 - NSP/UGQSP/STGQ/SUP/HUPAA/EBSEH/UFAL													

Fonte: Adaptado de Urbanetto et. al, 2013.



**Anexo C – Avaliação de risco para Queda Pediátrica – Escala de Humpty Dumpty**

							
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES - HUPAA							
<b>Avaliação de risco de Queda Infantil – Escala de Humpty Dumpty Adaptada</b>							
Nome completo:	DN: / /      Leito:						
Parâmetros	Critérios	Pontuação	///	///	///	///	///
Idade	Menos de 3 anos	4					
	Entre 3 e 6 anos	3					
	Entre 7 e 12 anos	2					
Sexo	13 anos	1					
	Masculino	2					
Diagnóstico	Feminino	1					
	Neurológico	4					
	Alteração na oxigenação (respiratório, desidratação, anorexia, síncope, tonturas)	3					
	Transtornos psíquicos	2					
Fatores ambientais	Outros diagnósticos	1					
	História de queda anterior	4					
	Criança faz uso de aparelho auxiliar de marcha, berço ou cama com muitos equipamentos, quarto com pouca iluminação	3					
	Criança acamada	2					
Medicação usada	Criança que deambula	1					
	Faz uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	3					
	Faz uso de 1 dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	2					
Deficiências cognitivas	Faz uso de outros medicamentos ou não usa	1					
	Não consciente de suas limitações	3					
	Esquece suas limitações	2					
Cirurgia / sedação / anestesia	Orientado de acordo com suas capacidades	1					
	Há 24h	3					
	Há 48h	2					
		Há mais de 48 horas ou nenhum	1				
<b>Total</b>							
<b>Classificação do risco</b>							
<b>Assinatura do enfermeiro</b>							
Baixo risco: 7 a 11 pontos			Alto risco: 12 a 22 pontos				

NSP/UGQSP/STGQ/SUP/HUPAA/EBSEH/UFAL - 2024

Fonte: Adaptado de Morse, 1989.

