

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Prevenção de Quedas e Atendimento Imediato

Versão: 5 | 2025



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE
LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

CHEFE DO SETOR DE GESTÃO DA QUALIDADE
LUCIANA PAIVA

CHEFE DA UNIDADE DE GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
RAQUEL BESSA RIBEIRO ROSALINO

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Daniela Marques, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

ANÁLISE

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luciana Paiva, Setor de Gestão da Qualidade

Data da emissão: 20/5/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UGQSP.001

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



1. CONCEITO

Queda é o 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, outros), incluindo vaso sanitário.

2. FINALIDADE

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência (ambulatorial ou internados) e os danos dela decorrentes, 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.

3. ABRANGÊNCIA

Inclui todos os pacientes que recebem cuidado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), ambulatórios e seus anexos, abrangendo o período total de permanência do paciente.

4. JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a qual foi renomeada, em 2009, como Segurança do Paciente. Conceitua-se como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O Brasil lançou em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, na qual, têm-se o eixo prevenção de quedas.

O paciente internado, geralmente, apresenta instabilidade devido a doenças crônicas, desconfortos físicos agudos ou descompensação mental. Tais particularidades, somadas ao ambiente hospitalar desconhecido, consideravelmente, eleva o risco de quedas.

Pesquisa realizada no Brasil avaliou a taxa de queda de pacientes hospitalizados, sendo evidenciado a variação de 1,37 a 12,6 para cada 1.000 pacientes-dia.

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), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

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.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, geram ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e repercussões de ordem legal. Pode ter como complicações comuns, contusões ou fraturas, lesões cortantes, sangramento/hematoma, dor, traumatismos, ansiedade, depressão e medo de cair de novo, incapacidade física e óbito.

Compreender a queda enquanto evento adverso e analisá-la atentamente, de modo

multidisciplinar, é a melhor forma de prevenir seu acontecimento. A atenção com a segurança dos pacientes consiste ainda em fornecer métodos e instrumentos que subsidiem os profissionais na busca em elucidar a gênese desses eventos, assim como os possíveis fatores que contribuem para a sua ocorrência.

Frente ao exposto, da relevância do tema, justifica-se a importância deste protocolo pela necessidade de prevenir a ocorrência da queda em pacientes hospitalizados, por meio de ferramentas que permitem identificar precocemente as circunstâncias ou ações que influenciam ou poderiam influenciar o acontecimento do incidente, o qual possibilita o planejamento da assistência ao paciente de acordo com sua necessidade e, assim, o profissional de saúde terá subsídios para definir estratégias adequadas para prevenir a sua ocorrência no ambiente ambulatorial ou hospitalar, tornando estes ambientes mais seguros e livre de danos.

5. FATORES CONTRIBUINTES PARA RISCO DE QUEDA

Todos os pacientes admitidos devem ser avaliados quanto ao risco de quedas e 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. São considerados grupos de risco para quedas:

- Crianças e idosos;
- Pacientes obesos e desnutridos;
- Pacientes com história recente de queda;
- Pacientes com redução da mobilidade (déficit motor e ou sensorial);
- Pacientes com distúrbios de marcha ou de equilíbrio;
- Pacientes em pós-operatório;
- Pacientes com incontinência urinária;
- Pacientes com distúrbios mentais, agitados e/ou confusos;
- Pacientes em uso de determinadas classes medicamentosas: benzodiazepínicos, barbitúricos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antimuscarínicos, antiarrítmicos, digitálicos, anti-histamínicos, relaxantes musculares, hipoglicemiantes, diuréticos, vasodilatadores, laxativos, antimuscarínicos e pacientes polimedicados (uso de cinco ou mais medicamentos);
- Presença de alterações sistema sensorial (visão, audição, tato);
- Pacientes com dispositivos invasivos e monitorizados;
- Pacientes com rebaixamento do nível de consciência;
- Pacientes com doenças debilitantes, cardiovasculares, musculoesqueléticas, neurológicas ou vertiginosas;
- Pacientes em jejum prolongado.

6. AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

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

Quadro 1 - Risco de queda de acordo com a pontuação na 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
Elevado	≥ 45 pontos

Fonte: própria

6.1 Identificação do risco de queda

Identificar o paciente com o risco para quedas utilizando sinalização visual à beira do leito, a fim de alertar toda equipe de cuidado. A identificação deverá ser realizada na ficha de identificação padronizada na instituição (figura 1).

Logo UFTM e EBSEH (HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS) no topo.

ENFERMARIA-LEITO _____

Identificação do Paciente	Nome:	
	RG:	RISCOS
	Data Nascimento: ____ / ____ / ____	
	Clínica:	
	Data Admissão Hospitalar: ____ / ____ / ____	Alergia

Figura 1. Ficha de identificação do paciente hospitalizado no HC-UFTM. Fonte: Protocolo Assistencial Multiprofissional do HC-UFTM “Identificação do Paciente” (ver referências).

7. MEDIDAS PREVENTIVAS DE ACORDO COM O RISCO DE QUEDA

Toda a equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico/auxiliar em enfermagem, farmacêutico, terapeuta ocupacional, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros), responsáveis técnicos (RTs) de cada categoria profissional das unidades de internação e chefes de unidades envolvidos no cuidado do paciente em assistência ambulatorial ou internado deverão ter conhecimento do protocolo multiprofissional de prevenção de quedas e seguir as recomendações estabelecidas.

Medidas gerais para a prevenção de quedas devem ser adotadas para todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados (antiderrapante) e a movimentação segura dos pacientes.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE ACORDO COM RISCO DE QUEDA		
Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Elevado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar quanto à prevenção de quedas. 2. Manter ambiente livre de obstáculos e iluminado. 3. Manter pertences necessários ao alcance do paciente. 4. Manter leito baixo e travado. 5. Manter grades elevadas. 6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas. 7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular e tomar banho (antiderrapante). 8. Verificar a necessidade de acompanhante. 9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar quanto à prevenção de quedas. 2. Manter ambiente livre de obstáculos e iluminado. 3. Manter pertences necessários ao alcance do paciente. 4. Manter leito baixo e travado. 5. Manter grades elevadas. 6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas. 7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular e tomar banho (antiderrapante). 8. Verificar a necessidade de acompanhante. 9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes. 10. Antecipar-se às necessidades de conforto e segurança do paciente. 11. Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível 12. Comunicar o risco de queda para os profissionais durante o transporte e transferências. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar quanto à prevenção de quedas. 2. Manter ambiente livre de obstáculos e iluminado. 3. Manter pertences necessários ao alcance do paciente. 4. Manter leito baixo e travado. 5. Manter grades elevadas. 6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas. 7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular e tomar banho (antiderrapante). 8. Verificar a necessidade de acompanhante. 9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes. 10. Antecipar-se às necessidades de conforto e segurança do paciente. 11. Comunicar o risco de queda para os profissionais durante o transporte e transferências. 12. Orientar familiar e/ou acompanhante a importância de acompanhamento 24 horas, quando indicado. 13. Realizar orientação sobre a ida ao banheiro no período noturno, onde deve ser solicitado auxílio à enfermagem.

8. ORIENTAÇÃO AO PACIENTE, FAMILIARES E ACOMPANHANTES PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS

- Informar sobre o risco de queda, devido a sedativos e anestésicos;
- Orientar a levantar-se progressivamente;
- Sair da cama acompanhado de enfermagem;
- Manter as grades da cama elevadas e as rodas travadas;
- Usar calçado antiderrapante;
- Manter o ambiente iluminado e livre de obstáculos;
- Manter os pertences necessários ao alcance do paciente;
- Evitar deixar o paciente em cama muito alta;

Para evitar quedas em casa, é recomendado: evitar deixar tapetes soltos, evitar deixar fios espalhados, instalar suportes e corrimãos, instalar iluminação ao longo dos caminhos da casa, usar sapatos com sola antiderrapante.

9. CONDUTA APÓS OCORRÊNCIA DE QUEDA

A definição do início do atendimento poderá variar de acordo com as condições clínicas do paciente e a quantidade de dispositivos invasivos que estavam em uso e que foram tracionados durante o evento, visando sempre à segurança do paciente. As unidades assistenciais deverão realizar o atendimento imediato e seguro aos pacientes. A equipe deverá considerar:

- O evento adverso da queda poderá ocorrer por vários motivos e em diversas situações, por isso, o fluxograma “Atendimento imediato na queda” (Apêndice A) deverá ser considerado como um instrumento auxiliar e norteador no atendimento, pois, devido às multifaces do evento, outras condutas poderão ser adotadas, desde que, garantam a segurança do paciente;
- O médico e o enfermeiro responsáveis pelo atendimento ao paciente vítima de queda deverão realizar julgamento crítico do evento, da cinemática do trauma e dos recursos humanos e materiais da unidade na qual a queda ocorreu;
- Os pacientes que sofrerem quedas com danos e sem danos deverão ser avaliados pela equipe de enfermagem e médico e, se necessário, solicitar e encaminhar para a realização de exames;
- Realizar a revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas; avaliar e tratar pacientes que sofreram queda.

9.1 Orientações para registro de quedas nos prontuários dos pacientes

Caso ocorra a queda deve ser registrada no prontuário do paciente, com os seguintes relatos:

- data e hora da ocorrência da queda;
- tipo de queda: tropeço, escorregão, desmaio, perda do equilíbrio ou queda da própria altura;
- tipo de condição e envolvimento com a queda: quarto, cama, cadeira, maca, banheiro, equipamento terapêutico/diagnóstico, escada, degraus, se ocorreu durante transporte ou procedimentos;
- condições em que o paciente se encontrava no momento da queda;
- se houve danos: descrever quais (escoriações, hematomas, fraturas) e o local anatômico e seguir atendimento;
- se não houve danos: relatar a ausência de danos;
- avaliação da equipe de saúde: descrever quais as categorias profissionais que avaliaram o paciente;
- conduta adotada: se realizou exames/procedimentos – relatar quais;
- resposta do paciente frente à conduta.

É imprescindível que essa informação seja repassada no plantão para que promova a comunicação efetiva e segura, em prol da segurança do paciente e enfatize medidas preventivas.

10. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

AGENTE	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES Na admissão do paciente	NÃO CONFORMIDADE
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Na admissão, avaliar o risco de queda pela escala de MORSE e registrar em prontuário; • Reavaliar diariamente o risco de queda pela escala de MORSE e registrar em prontuário; • Inserir o risco de queda na placa de identificação do paciente, beira leito; • Alocar o paciente com risco elevado para queda próximo ao posto de enfermagem, se possível; • Avaliar necessidade de acompanhante; • Assegurar que as camas permaneçam em posição mais baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas no momento de repouso; <ul style="list-style-type: none"> • Admissão de crianças: • ≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. 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. • 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). 	Comunicar qualquer não conformidade à chefia imediata e registrar em prontuário.
Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico	<ul style="list-style-type: none"> • 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); • Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes; • Orientar o paciente a levantar devagar, sentar-se no leito e apoiar os pés sobre a escada ou no chão, para depois sair da cama (essa orientação também deve ser dada ao acompanhante) 	Comunicar qualquer não conformidade ao enfermeiro e/ou chefe da unidade e registrar em prontuário.
AGENTE	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES No uso de dispositivo e equipamentos e realização de procedimentos (exames/cirurgias)	NÃO CONFORMIDADE
Enfermeiro, Auxiliar e Técnico em Enfermagem, e Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • 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; • Orientar o paciente e acompanhante para garantir 	Comunicar qualquer não conformidade ao enfermeiro e/ou chefe da Unidade e registrar em prontuário. Solicitar avaliação médica para contenção química,

	<p>a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispor a campainha ao alcance do paciente e orientá-lo como utilizá-la; • Checar o bom funcionamento/integridade da maca, cadeira de rodas ou do outro meio de locomoção, antes de transportar o paciente; • Transportar o paciente na cadeira de rodas e na maca com as grades elevadas; • Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária; • Orientar os cuidadores que as crianças não podem correr pelas dependências do quarto e do hospital; • Manter as portas das incubadoras e as laterais do berço aquecido travadas; • Acomodar crianças com idade \leq 36 meses em berços com as grades elevadas na altura máxima; • As contenções mecânica e química poderão ser indicadas ao paciente com risco elevado para queda, e deverão ser prescritas pelo médico. Seguir o Procedimento Operacional Padrão (POP) “Contenção Mecânica do Paciente no Leito”, vide referências; • Orientar os pacientes no 1º pós-operatório a aguardarem para ser encaminhados ao banho de aspersão pela equipe de enfermagem quando se tratar da primeira vez que se levantam. 	<p>quando o paciente possuir risco de queda ou de outra lesão, devido à agitação psicomotora, mesmo com a contenção mecânica.</p>
Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar avaliação da força muscular, sensibilidade e marcha do paciente com dificuldade de locomoção, programando e realizando o tratamento específico para melhora do quadro. 	<p>Qualquer não conformidade comunicar ao enfermeiro e/ou chefe da unidade e registrar em prontuário.</p>
Serviço de Limpeza	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar as placas de identificação alertando para “Piso Molhado” ao realizar a limpeza dos quartos, banheiros, corredores e ao identificar vazamentos. 	
Equipe cirúrgica (Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Circulante de sala, Anestesista)	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer ao lado do paciente cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica, caso haja necessidade de algum membro da equipe sair da sala, comunicar à equipe e sair somente após autorização da equipe; • Atentar se paciente (criança ou adulto) está em ambiente seguro, levando em consideração a posição no equipamento e necessidade de uso de sedativos; • Verificar se é necessário uso de “cinto de segurança” durante o procedimento/cirurgia como prevenção de quedas; • Em casos de crianças sedadas, verificar a possibilidade de realizar o procedimento em leito mais adequado para a situação (cama berço com uma das grades levantadas); • Manter as grades da cama elevadas durante a recuperação do processo anestesiológico. 	<p>Qualquer não conformidade comunicar ao enfermeiro e/ou chefe da unidade e registrar em prontuário.</p>

AGENTE	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES Pacientes com necessidades fisiológicas e higiene pessoal que necessitam de auxílio e em relação aos medicamentos	NÃO CONFORMIDADE
Enfermeiro Auxiliar e Técnico em Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente; • Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico; • 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 se levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante para pacientes com risco elevado para queda. 	Qualquer não conformidade comunicar ao enfermeiro e/ou chefe da unidade e registrar em prontuário.
Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda; • 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); • 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. 	
Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a equipe quando houver dúvidas relacionadas aos riscos de determinados medicamentos; • Divulgar lista de medicamentos associados à ocorrência de quedas e recomendações para minimizar os riscos. 	
AGENTE	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES Paciente no pós-parto	NÃO CONFORMIDADE
Enfermeiro Auxiliar e Técnico em Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Após o parto e quando a paciente estiver acompanhada do recém-nascido, as medidas preventivas de queda devem incluir: • Avaliação para o nível de risco da paciente (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 próximas ao posto de enfermagem; • Orientar a mãe ou o cuidador para não dormir com o recém-nascido no colo; 	Qualquer não conformidade comunicar ao enfermeiro e/ou chefe da unidade e registrar em prontuário.

	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar pegar o recém-nascido despido no colo; • 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; • Realizar educação sobre como evitar quedas do bebê para as famílias, destacando o risco de dano por queda e sobre como prevenir sua ocorrência. 	
AGENTE	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES No transporte intra-hospitalar	NÃO CONFORMIDADE
Equipe multiprofissional	<p>No caso de transporte intra-hospitalar do paciente, seguir todas as medidas de segurança necessárias. Consultar Protocolo “Transporte Intra-hospitalar de Clientes”.</p> <p>Crianças: transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 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 ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável. 	Qualquer não conformidade informar ao enfermeiro e/ou chefe da Unidade e registrar em prontuário.

11. NOTIFICAÇÃO DE QUEDA

Na ocorrência, a queda deve ser notificada imediatamente após a prestação do cuidado ao paciente, por meio do VIGHOSP (*Aplicativo* de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares). É uma ferramenta on-line pela qual o Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) centralizará as notificações de incidentes ou queixas sobre fatos ocorridos durante a assistência à saúde. Esta ferramenta permite identificar, analisar, tratar e monitorar os riscos, de forma a identificar falhas nos processos e ações de melhorias contínuas. No caso da ocorrência da queda, notificar em aba específica “Quedas”.

Devem ser notificados dados completos do paciente, Registro Geral Hospitalar, circunstâncias em que ocorreu a queda, se houve dano ou não e qual a conduta adotada. Os dados do notificador e do notificado são sigilosos.

Além de obter a informação, poderá registrar todas as ações realizadas para a melhoria da qualidade da assistência prestada pelo hospital, identificando as causas raízes, registrando ações e avaliando os resultados de maneira mais rápida.

O STGQ, mensalmente, irá preencher o Painel de Indicadores de Qualidade e Segurança do Paciente instituído pela Ebserh, bem como, irá notificar aos órgãos regulatórios,

conforme legislação vigente – NOTIVISA/assistência à saúde, no qual é notificado a ocorrência da queda (tipo e causa), grau de dano, dados do paciente e da internação, fatores contribuintes, fatores atenuantes do dano, ações de melhoria e ações para reduzir o risco.

O Comitê de Lesão por Pressão e Queda fará o monitoramento dos dados e se reunirá bimestralmente para discutir os incidentes notificados e propor ações de melhoria.

12. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo prevenção de quedas. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2017.
4. BEZERRA, A.L.Q. et al. Eventos adversos em um hospital sentinela. Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.467-72, 2009.
5. BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso. Brasília, 1994.
6. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Injury Prevention and control. Falls among older adults: an overview. Atlanta: CDC, 2011.
7. COREN. Parecer técnico Cofen- CTA Nº 03/2009. Contenção Mecânica. Distrito Federal, 2009.
8. CORREA, A.D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultado de quatro anos de seguimento. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 46, n.1, p.67-72, 2012.
9. DICCINI, Solange; PINHO, Priscila Gomes de; SILVA, Fabiana Oliveira da. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v.16, n.4, p. 752- 57, 2008.
10. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Serviço de Gestão da Qualidade. Diretriz EBSERH para monitoramento e avaliação em segurança do paciente: gestão voltadas para resultados efetivos e seguros. Vol. 3. 1 ed. Brasília: DF, 2016.
11. JOINT COMMISSION RESOURCES. Good practices in preventing patient falls: a collection of case studies. Oakbrook: Joint Commission Resources, 2007.
12. MORSE, Janice M. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. New York: Springer Publishing Company, 2009.
13. PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. Revista de Enfermagem UFPE on line; Recife, v. 11, Supl. 12, p. 5297-304, dez., 2017.
14. RAFTER, N. et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals—a retrospective record review study. BMJ Qual Saf, v. 26, n. 2, p. 111-119, 2016. Disponível em <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2016/03/22/bmjqs-2015-004828.citation-tools>>. Acesso em 20 de agosto de 2020.
15. SEVERO, I. M. et al. Fatores de risco para ocorrência de queda em pacientes adultos hospitalizados: um estudo caso-controle. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 26, e3016, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100332&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de agosto de 2020.
16. SOARES ET AL. Protocolo do Núcleo de Segurança. Maternidade Escola Assis Chateaubriand, 2016.

17. VERAS, R. F. S. et al. Estratégias de prevenção de quedas em ambiente hospitalar: Revisão integrativa. *International Journal of Development Research*, v. 10, n. 5, p. 35800-35805, May, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.37118/ijdr.18830.05.2020>>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

18. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais. Protocolo “Identificação do Paciente”, 15p, versão 4, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.UGQSP.001IdentificacaodoPacienteversao4..pdf>
Acesso em: 20 de maio de 2025.

19. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Divisão de Enfermagem. Procedimento Operacional Padrão “Contenção Mecânica do Paciente no Leito”. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/procedimentos-e-rotinas-operacionais-padrao/pops/UTF8POP.HCUFTMDENF.001ContencaoMecanicadoPacientenoLeitoversao3.pdf>
Acesso em 20 de maio de 2025.

13. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	2014	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)
2	18/12/2017	Revisão do documento
3	8/9/2020	Atualização e inserção em novo modelo
4	3/4/2023	Revisão do documento
5	20/5/2025	Atualização das referências e da Ficha de identificação do paciente hospitalizado no HC-UFTM

14. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 5) – data: 20/3/2025

Daniela Marques, enfermeira da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP)

Análise – data: 8/4/2025

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP

Aprovação – 15/5/2025

Luciana Paiva, chefe do Setor de Gestão da Qualidade

Registro, validação de forma e revisão – 19/5/2025

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 4 – data: 3/4/2023

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da UGQSP

Validação

Mariana Salomão Braga, coordenadora da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (CPAM) em substituição e chefe da Divisão Médica substituta

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde

Elaboração da versão 3 – data: 8/9/2020

Eliete Aparecida Borges, enfermeira da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Quênia Cristina Gonçalves da Silva, chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Alessandra de Assis Lima, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar

Validação

Fernanda Carolina Camargo, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde substituta

Elaboração da versão 2 – data: 18/12/2017

Taciane Cristina Santana, fisioterapeuta do Serviço de Educação em Reabilitação e membro do Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais (NPM)

Validação

Thais Santos Guerra Stacciarini, RT do Serviço de Educação em Enfermagem (SEE) e membro do NPM; Luana Barbosa Zago Bóscolo, enfermeira do SEE e membro do NPM; Liliane Barreto Teixeira, farmacêutica, membro do NPM; Daniela Galdino Costa e Luciana Paiva Romualdo, enfermeiras da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Patrícia Borges Peixoto, chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Eva Claudia Venâncio de Senne, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar; Eliene Machado Freitas Felix, coordenadora do NPM e chefe da Divisão Médica

Registro, análise e revisão

Alice Prudente Borges, assistente administrativo da Unidade de Planejamento

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

Aprovação

Colegiado Executivo

Elaboração da versão 1 – data: 2014

Thais Santos Guerra Stacciarini, enfermeira, RT do SEE da Divisão de Enfermagem; Daniela Galdino Costa, enfermeira do SEE

Validação

Luciana Paiva Romualdo, Eva Claudia Venancio de Senne, enfermeiras, e Cristina Hueb Barata, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

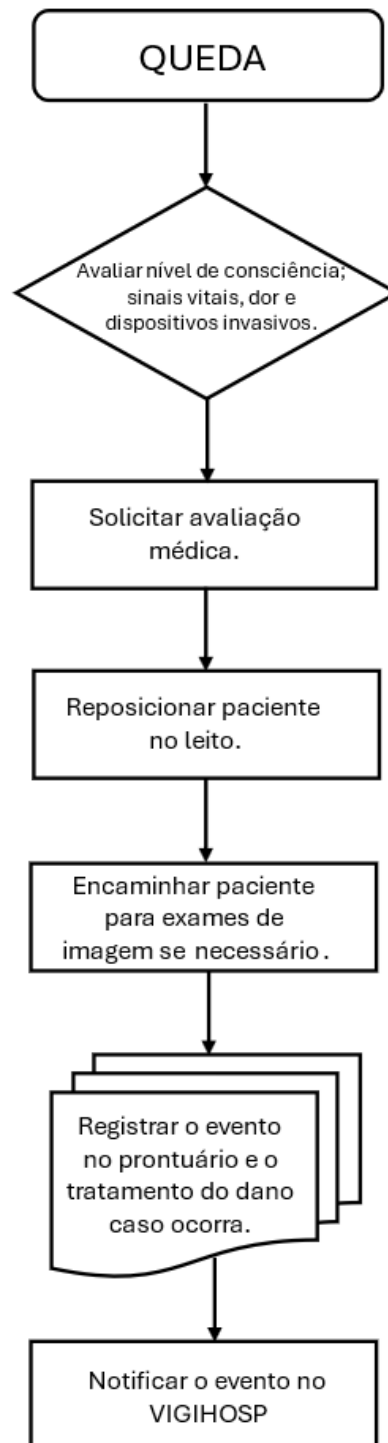
Revisão - 2016

Daniela Galdino Costa, enfermeira do SEE

Validação

Thais Santos Guerra Stacciarini, RT do SEE; Aldenora Laísa Paiva Cordeiro e Fabíola Cardoso, enfermeiras do SEE; Carla Maria de Sousa, enfermeira RT da Ortopedia; Viviane Filgueira, enfermeira RT da Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Coronariana; Luciana Paiva Romualdo, enfermeira da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Patrícia Borges Peixoto, chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais; Eva Claudia Venâncio de Senne, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar

APÊNDICE A - Fluxograma – Atendimento imediato na queda



ANEXO A ESCALA DE MORSE

<i>Escala de Morse. Adaptação de Morse Fall Scale</i>		PONTOS
1- Historia de quedas nos últimos três meses		
Nao	Se o cliente não tem história de quedas nos últimos três meses	0
Sim	Se o cliente caiu durante o período de internação hospitalar ou se tem um histórico recente de quedas por causas fisiológicas	25
2- Diagnóstico Secundário		
Nao	Se o prontuário do cliente apresentar apenas um diagnóstico médico	0
Sim	Se o prontuário do cliente apresentar mais de um diagnóstico médico	15
3- Auxílio na mobilidade		
Nenhum/Acamado/Repouso leito	Se o cliente deambula sem nenhum equipamento auxiliar ou se não sai da cama.	0
Bengala/Muleta	Se o cliente utiliza bengala, muleta ou andador	15
Mobiliário ou parede	Se o cliente se movimenta utilizando mobiliários ou paredes	30
4- Terapia Endovenosa		
Nao	Se o cliente não está em terapia endovenosa ou utiliza dispositivos endovenos salinizados ou heparinizados. Quando o cliente utiliza dispositivo totalmente implantado considera-se zero, quando não estiver em uso.	0
Sim	Se o indivíduo utiliza dispositivos endovenosos com ou sem soluções endovenosas em infusão contínua ou não	20
5- Marcha		
Normal/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 o cliente que está acamado ou utiliza cadeira de rodas (sem deambulação).	0
Lenta/Fraca	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.	10
Alterada/Cambaleante	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 a falta de equilíbrio, o cliente agarra-se ao mobiliário, ou a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio a marcha. Quando um membro da equipe auxilia esse cliente a caminhar percebe que o cliente relamente 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.	20
6- Estado Mental		
Orientado	Quando o cliente é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço	0
Desorientado/Confuso	Quando o cliente não é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço ou não responde.	15
Classificação do Risco	É o resultado da soma dos pontos dos itens (uma única opção dos itens) 0-24 Baixo Risco; 25-44 Risco Moderado; ≥ 45 Risco Elevado	