

PROTOCOLO

HUAP-UFF/EBSERH

Prevenção e Manejo de Quedas em pacientes internados

Versão: 5 | Ano: 2025



1. OBJETIVO

1. Nortear as ações dos profissionais para reduzir a ocorrência de queda de pacientes nas unidades de internação e os danos dela decorrentes.
2. Orientar o atendimento imediato pós-queda.

2. DESCRIÇÃO

O Ministério da Saúde (2013) define queda como um deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade. Para a OMS (2018) a queda é um evento que resulta em uma pessoa repousando inadvertidamente no chão ou em outro nível mais baixo.

Dessa forma, são consideradas como quedas as seguintes situações:

1. Quando encontramos o paciente no chão;
2. Quando o paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
3. Quando o paciente escorrega de uma cadeira/ poltrona/ vaso sanitário para o chão.

Nos hospitais, as quedas de pacientes têm etiologia multifatorial que pode ser subdividida em três categorias (MORSE, 2009; KING, 2018):

1. Queda acidental: quando o paciente tropeça ou escorrega em detrimento de fatores ambientais;
2. Queda fisiológica antecipada: quando o paciente apresenta sinais e sintomas que sinalizam a possibilidade para cair. Pode ser avaliada por meio de instrumentos de predição;
3. Queda fisiológica não antecipada: é aquela que ocorre em pacientes avaliados como risco baixo, porém por alterações agudas como desmaios, convulsões, hipotensão postural ou fratura de quadril ocorre o evento.

O procedimento operacional está descrito a seguir, conforme fluxograma descrito no item 5.1:

2.1. Aplicar escalas de risco de queda aos pacientes

Todos os pacientes deverão ser avaliados para o risco de queda utilizando a Escala destinada para sua faixa etária: adultos com a escala de risco de queda de Morse (Anexo 1) e pacientes pediátricos por meio da Escala de Risco de Quedas de “Humpty Dumpty” adaptada (Anexo 2).

Considerando que não foram encontradas na literatura instrumentos que avaliem o risco de queda em recém-nascidos e que os especialistas no contexto local entendem que o maior risco de queda para esta clientela se dá durante a manipulação, **definiu-se que todos os recém-nascidos serão considerados de alto risco para queda.**

Observação:

- Todos os pacientes deverão ser avaliados para o risco de queda no **momento da admissão, diariamente e sempre que houver alteração clínica** (rebaixamento do nível de consciência, alteração da marcha, suporte ventilatório).

- No Serviço de Diálise, a avaliação do risco de queda deve ocorrer antes e após o procedimento com os pacientes dialíticos.
- **Atenção:** o registro da escala de Morse deve ser realizado pelo enfermeiro no AGHUX na evolução.

2.2. Adotar as medidas de prevenção de acordo a classificação para risco de queda

1. Após a avaliação, se detectado risco de queda, o enfermeiro realiza o diagnóstico de enfermagem, prescreve as medidas de acordo com o Fluxograma de Ações Preventivas para Queda (item 5.2) e outras de caráter individualizado a serem implementadas por toda equipe multidisciplinar.
2. Nos casos em que o paciente for classificado como risco de queda alto, a medida preventiva sobre uso de contenção mecânica deverá estar de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº427 de 8 de maio de 2012 (Anexo 3).
3. O paciente deverá receber as medidas preventivas para alto risco de queda quando estiver em preparo para qualquer exame que comprometa a hemodinâmica do paciente (pré-cirúrgico com administração de pré-anestésico, colonoscopia, pacientes que se encontrem em jejum prolongado ou diabéticos com necessidade de jejum para exame).
4. O enfermeiro deverá instalar a pulseira amarela (Anexo 4) prioritariamente no braço esquerdo e a placa de Identificação de Risco de Queda (Anexo 5) no leito daqueles pacientes identificados com risco de queda moderado a alto na admissão ou durante a internação, caso identificada a mudança da classificação de baixo para médio ou alto risco.
5. Na UTINEO e alojamento conjunto, uma vez que todos os recém-nascidos são considerados de alto risco para queda, a placa é indicativa de atenção e orientação constante aos acompanhantes e profissionais de saúde, para o cumprimento das medidas preventivas ao paciente de forma rigorosa.

Observação: Todos os pacientes admitidos como *day clinic* para realização de cirurgias, deverão sair do Centro Cirúrgico com as pulseiras instaladas no pós-operatório imediato.

2.3. Engajamento do paciente/ acompanhante

Para envolver o paciente/ acompanhante no processo de prevenção de quedas, é necessário:

1. Orientar pacientes e acompanhantes sobre o risco de queda e de dano por queda, bem como as medidas preventivas individuais;
2. Explicar os propósitos da sinalização no leito;
3. Coletar assinatura de ciência das medidas preventivas no formulário (Apêndice 3) com as recomendações de prevenção, deixando uma cópia com o paciente/familiar e a via assinada no prontuário (Apêndice 1, 2 e 3);
4. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital.
5. Uma outra forma de engajar os pacientes é por meio da entrega do *folder* instrutivo sobre as metas de segurança do paciente ao usuário no momento da sua admissão na instituição (Anexo 6).



2.4. Atendimento imediato na ocorrência da queda

O atendimento ao paciente que sofreu queda deverá obedecer ao seguinte fluxo:

Enfermeiro:

1. Avaliar o nível de consciência e cinemática do trauma;
2. Encaminhar o paciente ao leito;
3. Acionar médico plantonista para avaliação;
4. Realizar exame físico a procura de danos e viabilidade de dispositivos invasivos se houver;
5. Registrar o evento no prontuário e na planilha de indicadores;
6. Notificar o incidente ao VIGIHOSP.

Médico:

1. Avaliar paciente e solicitar exames caso julgue necessário;
2. Registrar no prontuário a avaliação e conduta adotada.

2.5. Orientações para registro de quedas nos prontuários dos pacientes

Caso ocorra a queda, a mesma deve ser registrada no prontuário do paciente, com relato:

1. Data e hora da ocorrência da queda;
2. Tipo de queda: tropeço, escorregão, desmaio, perda do equilíbrio ou queda da própria altura;
3. Qual o tipo de condição e envolvimento com a queda: quarto, cama, cadeira, maca, banheiro, equipamento terapêutico/diagnóstico, escada, degraus, se ocorreu durante transporte ou procedimentos;
4. Condições em que o paciente se encontrava no momento da queda;
5. Se houve danos: descrever quais (escoriações, hematomas, fraturas) e o local anatômico;
6. Avaliação da equipe de saúde: descrever quais as categorias profissionais que avaliaram o paciente;
7. Conduta adotada: se realizou exames/procedimentos – relatar quais.

3. JUSTIFICATIVAS

As quedas estão entre os eventos adversos hospitalares evitáveis mais comuns, constituindo um problema de alta prevalência na segurança do paciente, podendo acarretar repercussões negativas, como escoriações, lesões, fraturas e até a morte, comprometem os indicadores de qualidade do serviço, aumentam o tempo de internação e os custos hospitalares (HEALEY, SCOBIE, 2007; XIMENES et al., 2022)

Estima-se que até um milhão de pacientes caem a cada ano durante a hospitalização, resultando em mil quedas por ano em um hospital de grande porte, sendo que metade dessas quedas resultam em lesões (OSBORNE et al., 2023).



Dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) revelam que de janeiro a dezembro de 2017 foram notificadas 8.484 quedas no ambiente hospitalar, e destas, 5,93% resultaram em óbito (XIMENES et al., 2022).

Assim, a implementação desse protocolo se justifica pela necessidade de evitar o evento de queda é considerado hoje uma conduta de boa prática, sendo considerado uma métrica de qualidade e credibilidade de um hospital (RUBENSTEIN, POWERS, MACLEAN, 2001; OSBORNE et al., 2023).

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

As recomendações deste protocolo aplicam-se a todos os pacientes adultos, pediátricos e neonatais internados no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP).

A queda é um evento multifatorial, e o aumento do seu risco está associado às alterações fisiológicas, à fragilidade e aos medicamentos. São também descritos como fatores de risco intrínsecos para queda intra-hospitalar agitação, tonteira, confusão, fraqueza muscular, marcha instável, hipovolemia e hipotensão. Entre os fatores de risco extrínsecos relativos ao ambiente hospitalar, destacam-se iluminação inadequada nas enfermarias e quartos, móveis em locais inapropriados, pisos escorregadios, banheiros não adaptados e escadas (GUETTENS *et al.*, 2018; SEVERO *et al.*, 2018; LUIZA *et al.*, 2019; XIMENES *et al.*, 2019). Nesse contexto são considerados grupos de risco:

1. Crianças e idosos;
2. Pacientes com história recente de queda;
3. Pacientes com redução da mobilidade (déficit motor e/ou sensorial);
4. Pacientes em pós-operatório;
5. Pacientes com incontinência urinária;
6. Pacientes com distúrbios mentais, agitados e/ou confusos;
7. Pacientes em uso de determinadas classes medicamentosas: benzodiazepínicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antiarrítmicos, digitálicos, anti-histamínicos, relaxantes musculares, hipoglicemiantes, diuréticos, vasodilatadores, laxativos e polimedicados (uso de cinco ou mais medicamentos);
8. Pacientes com alteração de sistema sensorial (visão, audição, tato);
9. Pacientes com dispositivos invasivos e monitorizados;
10. Pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

4.1. Equipe multiprofissional:

1. Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do cliente (por exemplo, andador, muleta e bengala);
2. Implementar as medidas de prevenção para queda de acordo com protocolo institucional;
3. Registrar em prontuário quaisquer orientações e adoção de medidas preventivas de acordo com protocolo.

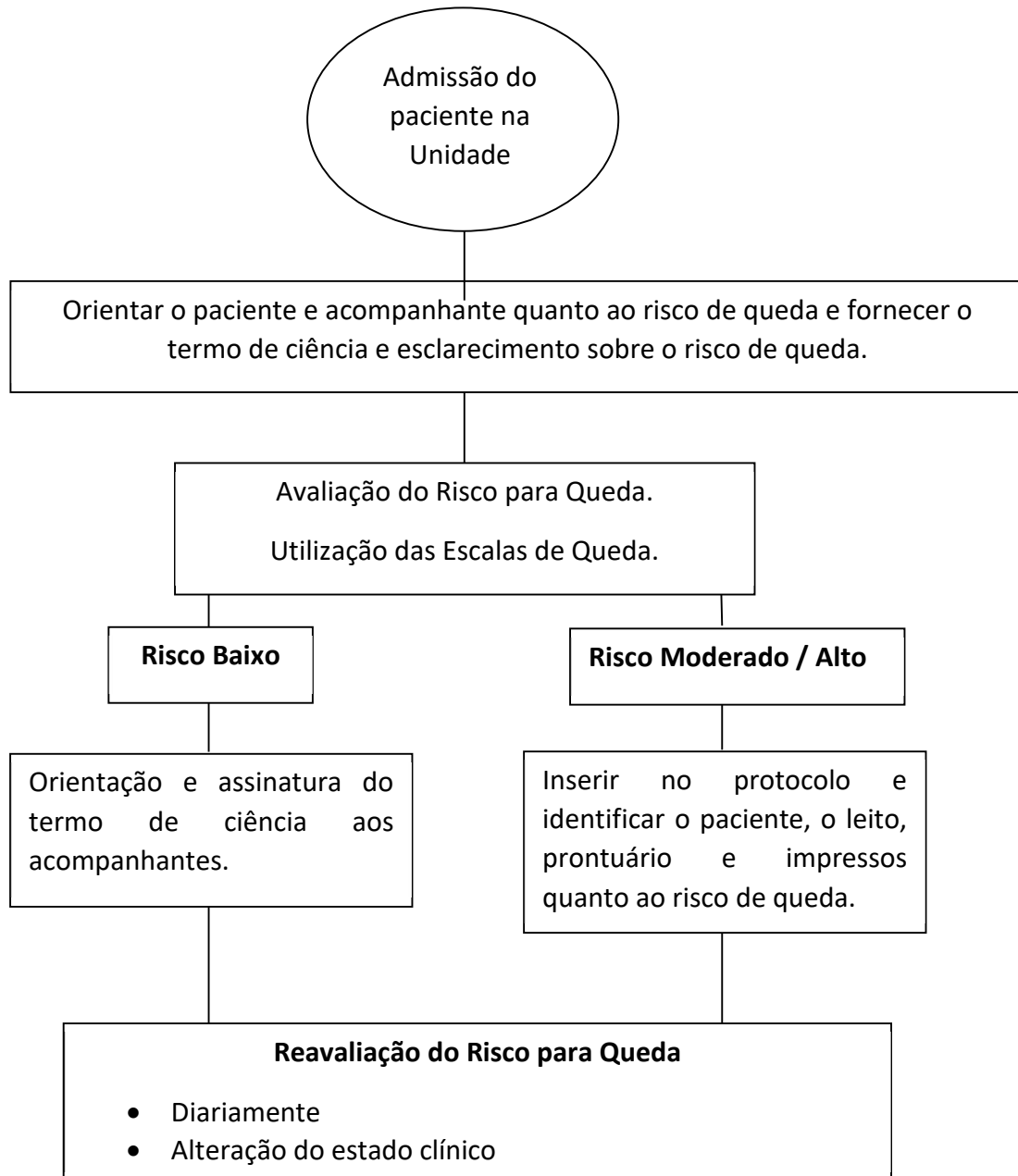


4.2. Exclusivo do Enfermeiro (a):

1. Avaliar o risco de queda pela escala de acordo com a faixa etária;
2. Instalar a pulseira de risco de queda no paciente e a placa de identificação no leito dos pacientes identificados com risco moderado ou alto na admissão ou durante a internação;
3. Prescrever cuidados e medidas para prevenção de quedas de acordo com Risco do paciente na prescrição de Enfermagem;
4. Monitorar se as medidas preventivas estão sendo realizadas corretamente;
5. Avaliar a necessidade de acompanhante;
6. Revalidar as orientações a cada plantão e checar a compreensão do paciente e acompanhante;
7. Realizar o registro em prontuário sobre as medidas implementadas para a prevenção da queda.

5. FLUXOGRAMA

5.1. FLUXOGRAMA PREVENÇÃO DE QUEDAS



5.2. FLUXOGRAMA COM AS AÇÕES PREVENTIVAS PARA QUEDAS



6. MONITORAMENTO

6.1. Notificação dos casos de queda

Todos os incidentes envolvendo queda de paciente devem ser notificados por meio do VIGIHOSP para a Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente (UGQSP) para investigação e monitoramento das recomendações geradas.

6.2. Indicadores

1. Número de quedas: nº de quedas notificadas no VIGIHOSP
2. Índice de quedas - (nº de quedas/nº de pacientes-dia)*1000

7. REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 427/2012.

GETTENS, Stephanie et al. The patients' perspective of sustaining a fall in hospital: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, v. 27, n. 3-4, p. 743-752, 2018.

HEALEY, Frances; SCOBIE, Sarah. Slips, trips and falls in hospital: third report from the Patient Safety Observatory: summary. National Patient Safety Agency, 2007.

KING, Barbara et al. Impact of fall prevention on nurses and care of fall risk patients. *The Gerontologist*, v. 58, n. 2, p. 331-340, 2018.

LUZIA, Melissa de Freitas et al. Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. *Revista gaucha de enfermagem*, v. 40, n. spe, p. e20180307, 2019.

Ministério da Saúde. Protocolo de prevenção de quedas. Brasília; 2013b.

OMS. World Health Organization. Falls. Janeiro 2018.

OSBORNE, Thomas F. et al. Assessment of a wearable fall prevention system at a veterans health administration hospital. *Digital health*, v. 9, p. 20552076231187727, 2023.

RUBENSTEIN, Laurence et al. Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. *Annals of internal Medicine*, v. 135, n. 8, 2001.

SEVERO, Isis Marques et al. Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: a case-control study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 26:e3016. 2018.

XIMENES, Maria Aline Moreira et al. Risco de queda de pacientes hospitalizados: fatores de risco e atuações de enfermagem. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 32, 2019.

XIMENES, Maria Aline Moreira et al. Efetividade de tecnologia educacional para prevenção de quedas em ambiente hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, p. eAPE01372, 2022.



Despacho - SEI

Processo nº 23818.007181/2025-52

Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas em pacientes internados. PRT.UGQSP.003 - versão 5

Página 9 de 22

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1ª	Maior/2019	Elaboração
2ª	Agosto/2021	Revisão: Alteração de item 9 - Procedimento Operacional. Revisão do layout e referências bibliográficas- modelo <i>vancouver</i>
3ª	Setembro/2023	Revisão: Alteração do item 6- procedimento operacional: inclusão do procedimento para manejo de quedas.
4ª	Dezembro/2024	Revisão: Inclusão do engajamento do paciente no processo de prevenção de queda e atualização do item 6.1, com inclusão de pacientes dialíticos.
5ª	Março/2025	Revisão: Alteração do título; Atualização da descrição, do Fluxograma com ações preventivas para queda, referências, termo de ciência de com as recomendações para prevenção de quedas; Inclusão do anexo 4: pulseira de identificação do risco de queda.

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração</p> <p>Eliza Costa do Nascimento Souza - UGQSP Isabelle Andrade Silveira - UGQSP Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro - UGQSP</p>
<p>Análise</p> <p>Ana Paula Amorim Moreira - STGQ</p>
<p>Validação</p> <p>Lorran Leite Reis - STGQ</p>
<p>Aprovação</p> <p>Veronica Alcoforado de Miranda - SUP</p>

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



Documento assinado eletronicamente por **Lorran Leite Reis, Analista Administrativo**, em 15/04/2025, às 15:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Garcia De Oliveira Monteiro, Chefe de Unidade**, em 15/04/2025, às 15:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliza Costa do Nascimento Souza, Técnico(a) em Enfermagem**, em 15/04/2025, às 15:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabelle Andrade Silveira, Enfermeiro(a)**, em 16/04/2025, às 13:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Amorim Moreira, Chefe de Setor**, em 16/04/2025, às 14:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Veronica Alcoforado de Miranda, Superintendente**, em 30/04/2025, às 14:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **48735283** e o código CRC **2CB13D11**.

Referência: Processo nº 23818.007181/2025-52 SEI nº 48735283

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMOS DE CIÊNCIA AOS PACIENTES/ACOMPANHANTES - PEDIÁTRICO.



RECOMENDAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM AMBIENTE HOSPITALAR - PEDIATRICO

Nome: _____ Prontuário: _____
Clínica: _____ Leito: ___ Idade: ___ Data: ___/___/___

Risco de Queda: () BAIXO () MÉDIO () ALTO

Queda pode ser definido como um evento que a pessoa cai inadvertidamente no chão ou em outro nível abaixo do que estava, como quando escorrega. Quando uma criança está internada, o perigo de cair é maior. Existem vários fatores que aumentam esse risco:

- Crianças menores de 3 anos de idade;
- Estar doente e em um ambiente desconhecido;
- Algumas medicações (para dor, para convulsão);
- Estar com dificuldade respiratória, cansaço e febre;
- Ter sofrido lesão traumática;
- Alterações sensoriais: visão turva, problemas de audição e de comunicação;
- Comportamentos desafiadores e utilizar incorretamente mobiliários (cadeiras, escadas);
- Crianças em uso de acesso venoso e/ou sonda nasoenteral e/ou sonda vesical, por estarem conectadas a esses dispositivos.

No intuito de reduzir a probabilidade da ocorrência de queda, recomendamos que siga as seguintes orientações:

- ✓ A criança deve permanecer com um acompanhante;
- ✓ Sempre que necessitar sair da enfermaria e o seu filho (a) ficar sozinho (a) avise a equipe de enfermagem;
- ✓ Quando a criança estiver no bebê conforto, mantê-la no berço;
- ✓ Sempre deixar as grades do berço/cama levantadas;
- ✓ Certificar que a grade do berço está presa;
- ✓ Manter a criança segura quando no colo;
- ✓ Não acomode a criança na poltrona do acompanhante;
- ✓ Não dormir com a criança na cadeira do acompanhante.
- ✓ Manter o caminho livre de obstáculos dentro da enfermaria;
- ✓ Ficar atento com piso molhado quando este estiver sendo higienizado e nos banheiros;
- ✓ Informar o enfermeiro qualquer mudança de comportamento da criança.

O risco de cair pode aumentar em diferentes momentos, durante a internação do seu filho, esteja atento! Acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos, e a sua colaboração é muito importante para evitar acidentes.

Assinatura do responsável

Assinatura do profissional





APÊNDICE B- TERMOS DE CIÊNCIA AOS PACIENTES/ACOMPANHANTES - ADULTOS.

RECOMENDAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM AMBIENTE HOSPITALAR - ADULTOS

Nome: _____ Prontuário: _____
Clínica: _____ Leito: ____ Idade: ____ Data: ____/____/____

Risco de Queda: () BAIXO () MÉDIO () ALTO

Queda pode ser definido como um evento que a pessoa cai inadvertidamente no chão ou em outro nível abaixo do que estava, como quando escorrega. O risco de queda pode ocorrer em qualquer ambiente e acontecer com qualquer pessoa, porém no ambiente hospitalar alguns fatores podem aumentar esse risco, tais como:

- Pessoas com idade acima de 60 anos;
- Estar doente e em um ambiente desconhecido;
- Algumas medicações (para dor, para convulsão, para diabetes, para hipertensão arterial) e polimedicados (uso de cinco ou mais medicamentos);
- Estar com dificuldade respiratória, cansaço, tontura e febre;
- Ter sofrido lesão traumática;
- Alterações sensoriais: visão turva, problemas de audição e de comunicação;
- Problemas para se locomover;
- Pacientes com distúrbios mentais, agitados e/ou confusos;
- Pacientes com história recente de queda;
- Pacientes em pós-operatório;
- Pacientes com incontinência urinária;
- Pacientes em preparo de exames como Colonoscopia;
- Pacientes com dispositivos invasivos e monitorizados;
- Pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

No intuito de reduzir a probabilidade da ocorrência de queda, recomendamos que pacientes e acompanhantes sigam as seguintes orientações:

- ✓ Sempre avisar a equipe de saúde quando desejarem se ausentar do leito;
- ✓ Levantar-se do leito progressivamente (elevar a cabeceira a 30° e sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama);
- ✓ O acompanhante deve permanecer sempre junto do seu paciente principalmente quando este estiver desorientado, for idoso e precisar de auxílio para caminhar;
- ✓ O acompanhante deve sinalizar a equipe de enfermagem sempre que for se ausentar da enfermagem deixando o paciente sozinho;
- ✓ Sempre deixar as grades da cama/maca levantadas;
- ✓ Ficar atento com piso molhado quando este estiver sendo higienizado e nos banheiros;



- ✓ Informar o enfermeiro qualquer mudança de comportamento do paciente;
- ✓ Não retirar o paciente do leito/ não se ausentar do leito sem autorização da equipe de saúde;
- ✓ Manter o caminho livre de obstáculos dentro da enfermaria.

O risco de cair pode aumentar em diferentes momentos, durante a internação, esteja atento!

Acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos, e a sua colaboração é muito importante para evitar acidentes. Os pacientes com risco elevado de queda terão o leito sinalizado e receberão uma pulseira amarela identificando o risco.

Assinatura acompanhante/paciente

Assinatura do profissional



APÊNDICE C - TERMOS DE CIÊNCIA AOS PACIENTES/ACOMPANHANTES – RECÉM- NATO.



**RECOMENDAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS
EM AMBIENTE HOSPITALAR – RECEM NATO**

Nome: _____ Prontuário: _____
Clínica: _____ Leito: ___ Idade: ___ Data: ___/___/___

Risco de Queda: () Leve () Moderado () Elevado

Queda pode ser definido como um evento que a pessoa cai inadvertidamente no chão ou em outro nível abaixo do que estava, como quando escorrega. Para evitar que seu bebê tenha queda durante a permanência no ~~setor~~ hospital contamos com o seu auxílio.

No intuito de reduzir a probabilidade da ocorrência de queda, recomendamos que siga as seguintes orientações:

UTI Neonatal:

- ✓ Só retirar a criança da incubadora ou berço com auxílio de um profissional;
- ✓ Pedir auxílio de um profissional para recolocar a criança na incubadora/berço;
- ✓ Fechar a portinhola da incubadora corretamente sempre que não estiver manuseando o bebê.

Alojamento Conjunto/Canguru:

- ✓ A criança deve permanecer com um acompanhante e quando se ausentar, colocá-la no berço;
- ✓ Sempre que necessitar sair da enfermaria e o seu filho (a) ficar sozinho (a) avise a equipe de enfermagem;
- ✓ Manter a criança segura quando no colo;
- ✓ Manter o caminho livre dentro da enfermaria;
- ✓ Ficar atento com piso molhado quando este estiver sendo higienizado e nos banheiros;
- ✓ Não dormir com a criança na cadeira do acompanhante nem na cama;
- ✓ Não acomode a criança na poltrona do acompanhante.

O risco de cair pode aumentar em diferentes momentos, durante a internação do seu filho, esteja atento!

Acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos, e a sua colaboração é muito importante para evitar acidentes.

Assinatura acompanhante

Assinatura do profissional



ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE RISCO DE QUEDA DE MORSE (PACIENTES ADULTOS)

1. Histórico de quedas		
Não	Paciente sem história de quedas nos últimos três meses	0
Sim	Paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.	25
2. Diagnóstico Secundário		
Não	Apenas um diagnóstico médico.	0
Sim	Mais de um diagnóstico médico	15
3. Auxílio na deambulação		
Nenhum/acamado/ Auxiliado por Profissional da saúde	Paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.	0
Muletas/bengala / Andador	Paciente utiliza muletas, bengala ou andador.	15
Mobiliário/pared e	Paciente movimenta-se apoiando-se no mobiliário/paredes	30
4. Paciente utiliza dispositivo endovenoso		
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.	0
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).	20
5. Marcha		
Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).	0
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.	10
Comprometida/ cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando	20

	o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas	
6. Estado Mental		
<i>Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação</i>	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz	0
<i>Superestima capacidade/esquece limitações</i>	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.	15
TOTAL		
AVALIAÇÃO		
Risco baixo	0 – 24	
Risco médio	25 – 44	
Risco alto	≥ 45	

ANEXO B - ESCALA DE RISCO DE QUEDAS “HUMPTY DUMPTY” ADAPTADA (PACIENTES PEDIÁTRICOS)

1. Idade		
<i>Menos de 3 anos</i>		4
<i>Entre 3 e 6 anos</i>		3
<i>Entre 7 e 12 anos</i>		2
<i>Mais de 13 anos</i>		1
2. Sexo		
<i>Masculino</i>		2
<i>Feminino</i>		1
3. Diagnóstico		
<i>Neurológico</i>	Crises convulsivas, ataxia, delírio, paresia, parestesia, plegias, neuropatas com agitação motora.	4
<i>Alteração da oxigenação</i>	Diagnósticos respiratórios, desidratação, anorexia, anemia, síncope, tonturas.	3
<i>Transtornos psíquicos</i>	Autismo, Hiperativos, deficiência intelectual, Síndrome de Down	2
<i>Outros diagnósticos</i>	Nenhum dos acima mencionados	1
4. Fatores ambientais		
<i>História de Quedas/ Bebê em cama</i>	Crianças que já tenham história de queda em ambiente hospitalar ou que permaneçam em leito não adequado a idade	4
<i>Criança com aparelhos auxiliares de marcha/ Bebê em berço</i>	Crianças que necessitem de andador, prótese ou órteses para deambular e bebês internados em berço	3
<i>Criança acamada</i>	Criança restrita ao leito	2
<i>Criança que deambula</i>		1
5. Medicações usadas		
<i>Uso de 2 ou mais</i>	Medicamentos sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos.	3
<i>Uso de 1</i>	Dos medicamentos acima mencionados	2
<i>Outro medicamento</i>		1
6. Deficiência Cognitiva		
<i>Não consciente das suas limitações</i>		3
<i>Esquece suas limitações</i>		2

<i>Orientado de acordo com as suas capacidades</i>		1
7. Cirurgia/ Sedação/ Anestesia		
<i>Há 24 horas</i>	Pós operatório imediato	3
<i>Há 48 horas</i>		2
<i>Há mais de 48 h/ Nenhum</i>	Pós operatório tardio	1
TOTAL		

Avaliação	
Leve	7 a 11
Elevado	12 a 23

ANEXO C – RESOLUÇÃO DO COFEN N° 427/2012

Diário Oficial
Imprensa Nacional

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO
BRASIL
BRASÍLIA - DF**

N° 90 – DOU – 10/05/12 – seção 1 – p.175

ENTIDADES DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS PROFISSÕES LIBERAIS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO N° 427, DE 8 DE MAIO DE 2012

Normaliza os procedimentos da Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.

O Conselho Federal de Enfermagem - Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e,

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, segundo o qual "ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante";

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, em seu art. 11, inciso I, alínea "m", que dispõe ser privativo do Enfermeiro "cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica, e capacidade de tomar decisões imediatas";

CONSIDERANDO o art. 11, inciso II, alínea "f", da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, segundo o qual é atribuição do Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, "prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem";

CONSIDERANDO os artigos 12 e seguintes da Seção I - Das Relações com a Pessoa, Família e Coletividade, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

CONSIDERANDO a missão, os valores e a visão do Cofen e tudo o mais que consta dos autos do PAD nº 424/2009, resolve:

Art. 1º Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados.

Art. 2º A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

Parágrafo único. Em nenhum caso, a contenção mecânica de paciente será prolongada além do período estritamente necessário para o fim previsto no caput deste artigo.

Art. 3º É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Art. 4º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.

§ 1º Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora.

§ 2º Maior rigor no monitoramento deve ser observado em pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clínico, e em idosos, crianças e adolescentes.

Art. 5º Todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões para o emprego e sua duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente.

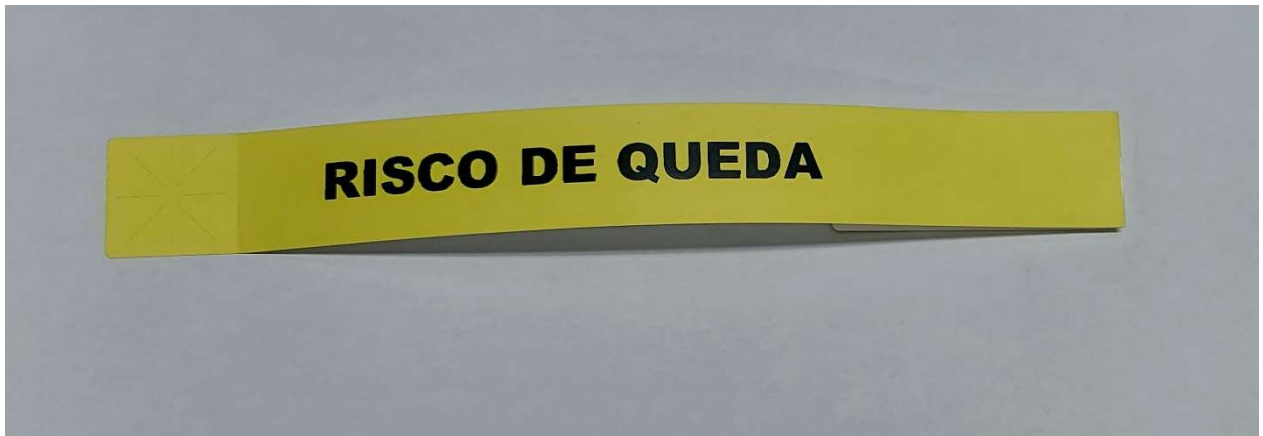
Art. 6º Os procedimentos previstos nesta norma devem obedecer ao disposto na Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MARCIA CRISTINA KREMPEL



ANEXO D – PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA



ANEXO E – PLACAS DE SINALIZAÇÃO DE RISCO DE QUEDA PARA O LEITO



ANEXO F - FOLDER INSTRUTIVO SOBRE AS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

5. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos é a principal medida para a prevenção e redução das infecções hospitalares. Devem ser higienizadas com água e sabão ou álcool 70%, disponível próximo ao leito. Caso haja sujeira visível nas mãos o álcool 70% não é indicado.

É **EXTREMAMENTE** necessário que os tocos (acompanhantes, visitantes e profissionais) realizem a higiene das mãos antes e após tocar nos pacientes.

É fundamental que os acompanhantes e visitantes não circulem entre os leitos ou tentem auxiliar outros pacientes para evitar a infecção cruzada. Caso necessário, chamar o profissional de saúde.



6. REDUZIR O RISCO DE LESÕES E QUEDAS

As quedas podem acontecer devido a efeitos de remédios, alterações na pressão, dificuldades para andar, entre outros motivos. **PARA EVITAR QUEDAS SIGA AS ORIENTAÇÕES DADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE.**

Para prevenir lesões por pressão devem ser adotadas medidas, tais como:

- Manter a pele seca e hidratada;
- Realizar a mudança de posição no leito, a cada 2-3 horas;
- Sentar fora do leito e caminhar sempre que for recomendado pela equipe assistencial.



Universidade Federal Fluminense
Rede Ebserh
Hospital Universitário Antônio Pedro
Setor de Gestão da Qualidade

Contato:
Ramal - 9013
ugro.huap@ebserh.gov.br

Para saber mais,
acesse:



Elaboração por: Thárcilla Portino, Tiago Karriess, Isabella Silveira, Eliza Souza, Jaime Batista e Cera Coralina Junqueira
Revisado por: Priscilla Monteiro e Ana Paula Amorim



Segurança do Paciente

A segurança do paciente compreende um conjunto de ações promovidas pelo hospital para reduzir o risco de danos relacionados ao cuidado em saúde. Para isso, são adotadas medidas para evitar danos decorrentes de identificação, comunicação entre profissionais de saúde, prescrição e administração de medicamentos, cirurgias, infecções, quedas e lesões de pele por pressão.





Para um hospital mais seguro é importante:

1. IDENTIFICAR CORRETAMENTE O PACIENTE



Todo o paciente deve ser identificado por pulseiras que, antes de qualquer procedimento (administração de medicamentos, hemotransfusão, coleta de sangue, etc), deve ser checada e, sempre que possível, realizar a confirmação verbal do seu nome.

A pulseira deve conter minímalmente dois dados de identificação além do nome completo. Sua pulseira é fundamental. Caso perca ou note que seus dados estão apagados solicite a substituição.



2. MELHORAR A EFETIVIDADE DA COMUNICAÇÃO

O envolvimento do paciente e familiares é muito importante no tratamento, recuperação e cural. Uma boa comunicação com os profissionais de saúde pode garantir um cuidado mais seguro.

Durante seus atendimentos faça suas perguntas e se certifique de que foram respondidas e que você compreendeu. Caso sinta necessidade, convide um familiar ou amigo para acompanhá-lo (a) e ajudá-lo (a) a fazer suas perguntas e compreendê-las.

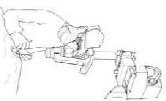


3. MELHORAR A SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO



Na internação, informe aos profissionais de saúde sobre todos os medicamentos que você faz uso em casa, e não faça uso de nenhum medicamento por conta própria!

Tire suas dúvidas sobre os medicamentos e em caso de um possível efeito adverso, informe ao profissional de saúde.



4. GARANTIR CIRURGIAS SEGURAS

Informe sobre o seu histórico de saúde, pergunte sobre as orientações e cuidados que devem ser adotados antes, e após o procedimento. A equipe de saúde deve informar sobre seu procedimento e esclarecer todas as suas dúvidas.

Além disso, é fundamental que você NÃO venha para sua cirurgia usando unhas, alifios e cabelos postiços.

