



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Macro Processo/Seção: Técnica	Sub- processo/ Sub – seção ou Unidade Funcional: Consultoria Gestão	Sub - Seção/área ou Unidade Operacional: Setor de Acreditação
Tipo: FR		
Título: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS		
Data criação: 25/08/2015	Versão:2	Código: FR TG Acreditação
Fase: aprovado	Data Revisão:	

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Nome: Thulssa Auxiliadora. Gomes Medeiros dos Santos	Nome: Mona Montelro do Carmo Latorre Carvalho Comissão Interna Protocolos	Nome: Manoel Miguel Martinelli Cirurgia Geral
Função: Enfermeira NSP/SCIH	Função: Enfermeira Educação continuada	Função: Diretor Técnico
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 10/08/2022	Data: 10/08/2022	Data: 10/08/2022

Handwritten stamps and signatures are visible over the table, including "COREN/SP 210.855-ENF" and "Mona Montelro do Carmo Latorre Carvalho".

1. OBJETIVO:

Prevenir a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO:

Todos os setores do Hospital.

3. REFERÊNCIA:

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação POP: Prevenção de Quedas – **Núcleo de Segurança do paciente** – Campina Grande: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. 15p. Palavras-chaves: 1 – Protocolos; 2 – Quedas; 3 – Segurança do Paciente. Disp. em: < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/acao-a-informacao/boletim-de-servico/pops/2020/dezembro-2020/19-pop-004-nsp-prevencao-de-quedas.pdf>>. Acesso em: [28 out 2022].

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO. **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO. PREVENÇÃO DE QUEDAS**. Emissão: 19/11/2021. Versão: 3. Disp. em < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/acao-a-informacao/boletim-de-servico/pops/2021/novembro-2021/4-pop-prevencao-de-quedas.pdf>>. Acesso em: [28 out 2022].

Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Ver. Esc. Enferm USP. 2013, 43(3):569-75.

4. TERMINOLOGIA, DEFINIÇÃO E SÍMBOLO:

N.A.- não aplicável.

5. DEFINIÇÕES:

Queda: 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, tocador de fraldas, bebê conforto, berço, etc.), incluindo vaso sanitário.

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo-se doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico.

Fatores contribuintes: circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.

6. DESCRIÇÃO:

PROFISSIONAL	PROCEDIMENTO	PASSO
Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.	Fazer a utilização de Identificação de Risco de paciente em cabeceira de leito além da entrega ao paciente/ acompanhante um folder informativo sobre o assunto. Em caso de queda realizar notificação de ocorrência interna, e arquivar em pasta apropriada. Em caso de óbito decorrente da queda realizar notificação interna também e imediatamente notificar a ANVISA.	1. Fazer a utilização de Identificação de Risco de paciente em cabeceira de leito além da entrega ao paciente/ acompanhante um folder informativo sobre o assunto; 2. Em caso de queda realizar notificação de ocorrência interna, e arquivar em pasta apropriada. 3. Em caso de óbito decorrente da

queda realizar
notificação interna
também e
imediatamente
notificar a ANVISA.

Avaliação do risco de queda:

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição.

Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente.

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

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

7. Fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda

- a) **Demográfico:** crianças < 5 anos e idosos > 65 anos.
- b) **Psico-cognitivos:** declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- c) **Condições de saúde e presença de doenças crônicas:**
- acidente vascular cerebral prévio;
 - hipotensão postural;
 - tonteira;
 - baixo índice de massa corpórea;
 - anemias;
 - insônia;
 - incontinência ou urgência miccional;
 - artrite;
 - osteoporose;
 - alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).
- d) **Funcionalidade:** dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD), necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular, problemas articulares e deformidades nos membros inferiores.
- e) **Comprometimento sensorial:** comprometimento da 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;
- polifarmácia (uso de 4 ou mais medicações).

h) Obesidade mórbida.

i) História prévia de quedas.

8. Perfil de paciente com alto risco de queda

- Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 (um) fator predisponente.
- Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente. Anda com auxílio ou se locomove em cadeira de rodas.
- Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores predisponentes.

9. Perfil de paciente com baixo risco de queda

- Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores predisponentes.
- Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente.

10. Ações Preventivas

Medidas Gerais:

Garantir um ambiente de cuidado seguro segundo legislação vigente (mobiliários e acomodações adequados, iluminação, corredores amplos).

Orientação quanto ao uso de vestuário e calçados adequados, garantindo a movimentação segura do paciente.

Utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares, incluindo orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital.

Medidas Individuais:

Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (pacientes adultos hospitalizados).

Fator Contribuinte	Intervenções
Idade	Sem intervenções específicas para este fator de risco
Histórico de Queda	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação; Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente.
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos ou laxantes e/ ou em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico; Manter paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca freqüente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro; Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.

Medicações	Realizar revisão da prescrição medicamentosa; Solicitar avaliação do farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente); Avaliar a necessidade de uso de grade no leito/ maca; Orientar o paciente e/ou família/ acompanhante sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, que aumentam o risco de queda.
Uso de equipamentos / dispositivos	Orientar quanto ao dispositivo / equipamento e a sua necessidade de uso; Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente; Alocar os equipamentos/ dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída (caso possa sair sozinho do leito); Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado; Avaliar a necessidade de uso de grade do leito / maca.
Mobilidade / Equilíbrio	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado; Orientar o paciente/ família para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama, acompanhado ou não por profissional da equipe de cuidado; Avaliar a necessidade de uso de grade do leito/maca; Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.

Cognitivo	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; Avaliar a necessidade de uso de grade do leito/maca; Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente; Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; Em caso de hipotensão postural – orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama. Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós – operatório; Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado; Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.

Fatores contribuintes para queda e intervenções relacionadas (pacientes pediátricos hospitalizados):

Fator Contribuinte	Intervenções
Idade	Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico) * menor ou igual 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 clínica da enfermeira. * maior que 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as 4 grades

	elevadas Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico) * menor ou igual 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas. * menor 6 meses ou menor ou igual 36 meses: em maca- deitada junto com o responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia / sedação em cadeira de rodas no colo do responsável * menor 36 meses: em maca (deitado ou não com o responsável), dependendo da avaliação clínica da enfermagem. 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)
Diagnóstico	Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda; Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda; Orientar responsável para que a criança somente levante do leito acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante, de acordo com a idade e com as condições clínicas; Avaliar se há condição de deambulação do

	paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular; A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem); Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas; Orientar o responsável a levantar a criança do leito progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável;
Fatores Cognitivos	Orientar responsável sobre o risco de queda relacionado ao "comportamento de risco" de acordo com a faixa etária da criança.
História Pregressa/ Atividade	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave.
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	Informar o paciente e/ou familiar /responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico; Orientar o paciente e/ou familiar /responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama); Sair do leito acompanhado pela enfermagem; Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas

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

11. Procedimentos Operacionais

- Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente (pacientes internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos);
- Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais;
- Fazer a entrega de um folder explicativo para paciente e/ou familiares contendo informações sobre
- Utilização de medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s) (Ver tabelas);

- Reavaliar o risco diariamente, e também sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação; ajustando as medidas preventivas implantadas;
- Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado;
- Anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados;
- Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
- Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento;
- Solicitar avaliação do plantonista;
- Avisar médico responsável pelo paciente;
- Anotar em prontuário as ações tomadas.

12. Estratégias de notificação de quedas e indicadores:

- Utilizar instrumento de notificação de quedas, avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho através da análise das informações, realizando feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.
- Mensalmente será feita proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão comparado ao número de quedas notificadas.

13. Escala Morse

A identificação de escores de risco para quedas é uma das estratégias para que se implemente ações focadas para a prevenção destes eventos quase sempre danosos ao paciente, que envolvem aspectos tanto físicos (fraturas, escoriações, etc.) quanto psicológicos (medo de mobilizar-se) e sociais (afastamento da família, do trabalho por aumento de tempo de internação). A utilização da escala de Morse traduzida e adaptada para a língua portuguesa irá auxiliar na detecção precoce do risco para quedas, e, consequentemente, reduzir as taxas de quedas e as possíveis complicações trazidas por elas em pacientes hospitalizados.

A escala de Morse traduzida e adaptada para a língua portuguesa está organizada em seis itens:

- Histórias de quedas (não – 0 ponto ou sim – 25 pontos);
- Diagnóstico secundário (um diagnóstico - 0 ponto ou mais de um diagnóstico 25 pontos);

- Auxílio na deambulação (sem auxílio ou acamado – 0 ponto, usa bengala ou andador – 15 pontos, segura-se em móveis – 25 pontos);
- Terapia intravenosa/ dispositivo salinizado / heparinizado (não – 0 ponto ou sim – 25 pontos);
- Marcha (normal/ sem deambulação, acamado, cadeira de rodas – 0 ponto, fraca – 15 pontos, comprometida ou cambaleante – 25 pontos);
- Estado mental (orientado quanto a sua capacidade – 0 ponto, não orientado – 25 pontos).

Cada item deve obter uma única resposta, cuja soma de todas as pontuações remete ao escore de risco baixo (0 a 24 pontos), risco moderado (25 a 44 pontos) e de risco elevado (maior ou igual 45 pontos).

Morse Fall Scale Traduzida e adaptada para o português		Pontos
1. Histórico de quedas		
Não (se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses)		0
Sim (se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar)		25
2. Diagnóstico secundário		
Não (se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico)		0
Sim (se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico)		15
3. Auxílio na deambulação		
Nenhum / acamado / auxiliado por profissional de saúde (se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho)		0
Muletas/ bengala / andador (se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador)		15
Mobiliário / parede (se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/ paredes)		30
4. Terapia endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado		
Não (se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso)		0
Sim (se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado)		20
5. Marcha		
Normal/ sem deambulação, acamado, cadeira de rodas (uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação)).		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/ cambaleando (o paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido á 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 apoia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas)	20
6. Estado mental	
Orientado/ capaz quanto à sua capacidade/ limitação (ao perguntar ao paciente: "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" Verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.	0
Superestima capacidade / esquece limitações (ao perguntar ao paciente: "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" Verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente esta superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.	15

Risco baixo (0 a 24 pontos);

Risco moderado (25 a 44 pontos);

Risco elevado (maior ou igual 45 pontos).

Morse Fall Scale Traduzida e adaptada para o português / Pontos	
1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/ acamado/ auxiliado por profissional de saúde	0
Muletas/ bengala/ andador	15
Mobiliário/ parede	30
4. Terapia endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/ sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometida/ cambaleando	20
6. Estado mental	
Orientado/ capaz quanto à sua capacidade/ limitação	0
Superestima capacidade / esquece limitações	15
Total:	

Risco baixo (0 a 24 pontos);

Risco moderado (25 a 44 pontos);

Risco elevado (maior ou igual 45 pontos).