



Protocolo de Atenção à Saúde

Segurança do Paciente: prevenção de quedas

Área(s): Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Hospitalar e nas Urgências/DIENF/COASIS/SAIS e Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente dos Hospitais e da Casa de Parto da SES/DF

Portaria SES-DF Nº 27 de 15/01/2019 , publicada no DODF Nº 17 de 24/01/2019.

Vigência prorrogada para o período de 19/09/2024 a 19/09/2026, conforme processo 00060-00424483/2024-04

1. Metodologia de Busca da Literatura

a. Bases de dados consultadas

Realizou-se uma pesquisa a partir de publicações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde do Brasil, Organização Mundial da Saúde, Órgão de Classe e Sociedade de Profissão, documentos de hospitais e artigos científicos.

b. Palavra(s) chaves(s)

Segurança do paciente, Queda, Qualidade da assistência à saúde.

c. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, foi efetuada uma busca *on-line* das publicações amplamente utilizadas no contexto da segurança do paciente, como Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde do Brasil, Organização Mundial da Saúde, Órgãos de Classe e Sociedades de Profissão, documentos de hospitais e artigos científicos, totalizando 23 publicações entre os anos de 2000 a 2015.

2. Introdução

Queda é definida como um evento em que a pessoa, inadvertidamente, cai no chão ou em outro nível abaixo daquele em que se encontrava antes da ocorrência deste evento (REGISTERED NURSE'S ASSOCIATION OF ONTORIO, 2002; BRASIL, 2006; WHO, 2007).

A queda do paciente, por ser uma ocorrência indesejável e danosa, deve ser um evento previsível. Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes/dia (ANVISA, 2013).

Além disso, a ocorrência do evento pode provocar aumento nos dias de internação e comprometer o quadro clínico e a recuperação do indivíduo impactando negativamente nos custos em saúde. Estima-se que, nos Estados Unidos, os custos médicos relacionados a este incidente totalizam 34 bilhões de dólares ao ano (STEVENS, 2015).

As causas de quedas no âmbito hospitalar são multifatoriais e estão associadas a fatores de risco ambientais e individuais como fragilidade fisiológica e/ou patológica, a associação de medicamentos que provocam efeitos colaterais, a necessidade urgente de usar o banheiro, ambiente não familiar e o uso de dispositivos como sondas, drenos e próteses, entre outros (ENSRUD,2007).

Assim, torna-se fundamental a avaliação dos pacientes e a identificação do risco potencial para ocorrência de quedas através de uma classificação adotada pelas unidades de saúde a fim de que os profissionais envolvidos realizem diagnósticos e executem o planejamento de ações preventivas.

Portanto, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho definiu-se este Protocolo de Segurança do Paciente - prevenção de quedas - que contribuirá diretamente para a efetivação do Plano Distrital de Segurança do Paciente, no âmbito do SES/DF.

3. Justificativa

As quedas sofridas pelos pacientes durante sua internação demonstram uma quebra de segurança e contribuem para o aumento do tempo de permanência hospitalar e para a piora das condições de recuperação, o que gera ansiedade na equipe de saúde e produz repercussões na credibilidade da instituição, além de implicações de ordem legal. Este tem sido tópico de investigação, estudo e intervenção nas instituições de saúde (ABREU et al., 2012).

Segundo relatos, há uma maior ocorrência de queda durante as transferências relacionadas ao período de internação. As quedas em hospital possuem natureza multifatorial: doença aguda, fatores psicológicos, déficit cognitivo, alterações fisiológicas que surgem com o processo natural do envelhecer, ambiente não familiar, pisos irregulares, altura inadequada

da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos (AMERICAN GERIATRIC SOCIETY PANEL ON FALLS PREVENTION, 2001; PAIVA et al, 2010).

Nesse sentido, esse Protocolo deverá ser aplicado em todos os serviços de saúde da SES/DF, por toda equipe multiprofissional, com o objetivo de prevenir a ocorrência de quedas.

4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Não se aplica.

5. Diagnóstico Clínico ou Situacional

Estudos apontam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou de 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes dia. Segundo autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração maior de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação (OLIVER et al, 2010).

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% dos pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e traumas que podem levar ao óbito (SILVA, 2008).

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal identificou a necessidade de direcionar as ações em segurança do paciente baseada nas 6 (seis) metas internacionais propostas pela Joint Commission Internacional (JCI, 2008).

Identificou-se que cada serviço de saúde, inclusive aqueles que pertenciam a uma mesma região de saúde, continham protocolos de segurança diferentes com ações diversas, porém com o mesmo objetivo: promover a cultura de segurança. Assim, percebeu-se a importância de unificar os protocolos para que ações semelhantes sejam realizadas em Rede. Isso facilita a implantação, a implementação e a avaliação em todas as esferas, visto que as ferramentas utilizadas para desenvolver as habilidades profissionais podem e devem ser usadas em diferentes sítios de trabalho.

A confecção dos protocolos foi realizada a partir de oficinas com todos os Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) dos Hospitais Regionais da SES/DF.

6. Critérios de Inclusão

Pacientes admitidos, atendidos e/ou acompanhados em todos os serviços de saúde da SES/DF.

7. Critérios de Exclusão

Acompanhantes de pacientes, transeuntes e servidores. Porém, estes receberão atendimento imediato no caso de ocorrências de quedas.

8. Conduta

Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda deve ser realizada de forma **rotineira** em todos os serviços de saúde da Rede SES/DF.

Um dos recursos para a prevenção da queda é a identificação precoce do risco de cair. A avaliação do risco de queda efetua-se através de escalas de avaliação de risco. O objetivo dessas escalas é triar de forma rápida as pessoas com risco de forma que previnam danos ao paciente.

Em todos os serviços de saúde da SES/DF deverá ser realizada a avaliação do risco de quedas no **momento da admissão** do paciente pelo enfermeiro com o emprego da Escala de Morse (ANEXO 1) **ou** de acordo com a classificação do risco descrita em Protocolo da ANVISA (ANEXO 2) e a atualização da referida avaliação **diariamente** até a alta hospitalar. Ambas devem ser anotadas no prontuário do paciente.

O uso de instrumentos que mensurem esse risco é uma estratégia útil e valiosa, da qual os profissionais de saúde devem usufruir. A escala mais utilizada é da *Morse Fall Scale*. Sua tradução e adaptação transculturais bem como a versão final foram autorizadas pela autora da *Morse Fall Scale* respeitando os aspectos éticos (URBANETTO, 2013).

Deve-se nesse momento de avaliação, buscar identificar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento, como: osteoporose e/ou fragilidade óssea, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas.

Medidas universais para prevenção de quedas nas unidades hospitalares

Os serviços de saúde deverão adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, **independente do risco**. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações sobre o risco de queda, dos danos ocasionados pela queda e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente nos serviços de saúde. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

Todos os pacientes encaminhados aos serviços de saúde pelo SAMU incluindo as transferências entre hospitais devem ser considerados com **risco elevado** para quedas e adotadas medidas preventivas até que a unidade receptora realize uma avaliação definitiva e reclassifique o risco.

Na ocorrência de quedas durante o transporte, seja intra ou extra-hospitalar, comunicar o profissional responsável pelo recebimento do paciente (destino).

Na pediatria é importante observar a adequação das acomodações (camas e berços) de acordo com a faixa etária:

1. Recém-nascidos devem ser colocados em berços de acrílico e/ou incubadora;
2. Crianças menores de 36 meses devem utilizar berços com grades elevadas;
3. Crianças maiores de 36 meses devem utilizar camas com grades.

Os dispositivos de ajuste das camas e macas devem ser submetidos à manutenção preventiva, assegurando a lubrificação permanente de forma a garantir sua operação sem sobrecarga para os trabalhadores. Outra medida importante é a elevação das grades de macas de transporte durante todo o percurso para prevenção de quedas.

O enfermeiro é o profissional responsável por avaliar o risco de queda e planejar as ações de caráter preventivo para pacientes com risco de queda.

Quando identificado o risco, é necessário o repasse das informações aos pacientes, familiares e toda equipe multidisciplinar de cuidado. O risco pode ser sinalizado através de: **pulseira para identificação de risco para queda, placa de identificação no leito, alertas em prontuário, prescrição de enfermagem e/ou formulário de passagem de plantão.** Para os pacientes com risco alto para quedas é obrigatório a presença de um acompanhante caso este não esteja presente torna-se necessário o acionamento do Serviço Social para as providências necessárias.

A equipe de enfermagem é responsável, na passagem de plantão, pela comunicação efetiva entre os profissionais e serviços sobre os riscos de queda e risco de dano da queda. Deve-se fazer a reavaliação dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator predisponente.

No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada através do **Formulário de Notificação de Evento Adverso** disponibilizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e o paciente deverá ser avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu permite a identificação dos fatores contribuintes para o evento adverso e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo do cuidado mais seguro. O Núcleo

de Qualidade e Segurando do Paciente deverá assegurar aos profissionais o contexto educativo e não punitivo das notificações dos casos de quedas ocorridos no setor.

Tabela 01: Medidas Preventivas de acordo com Risco de queda.

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

	<p>11. Comunicar o risco de queda para os cuidadores durante o transporte e transferências.</p>	<p>durante o transporte e transferências.</p> <p>12. Orientar familiar e/ou acompanhante a importância de acompanhamento 24 horas.</p> <p>13. Realizar acordo de ida ao banheiro para atender as necessidades do paciente no período noturno.</p>
--	---	---

Atribuições por categoria profissional

Enfermeiro:

1. Avaliar o risco de queda do paciente na admissão e de forma rotineira;
2. Realizar de forma obrigatória o registro do risco de quedas no prontuário do paciente;
3. Realizar a reavaliação do risco de quedas diariamente nos pacientes internados e/ou em observação até a alta da unidade de saúde;
4. Reavaliar o paciente em qualquer alteração apresentada no quadro clínico para o risco de quedas;
5. Sinalizar visualmente (na placa de identificação do leito e/ou em pulseira própria) o risco de queda nos pacientes a fim de alertar toda equipe do cuidado;
6. Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme o risco levantado na avaliação;
7. Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas individuais e entregar e/ou utilizar material orientador específico;
8. Supervisionar constantemente os pacientes em uso de medicação que aumente o risco queda;
9. Adotar processos para garantir o atendimento imediato ao paciente, caso necessitar;
10. Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a ocorrência de queda.

Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

1. Implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro;
2. Contribuir com o enfermeiro na orientação dos pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados, assim como sobre na prevenção de quedas;
3. Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
4. Comunicar o enfermeiro sempre que houver alteração do quadro clínico do paciente que possa modificar o risco de quedas;

5. Transportar os pacientes seguindo o que é preconizado pelo protocolo de transporte seguro intra-hospitalar do serviço de saúde;
6. Sempre dar apoio ao paciente e ao acompanhante, quando necessário;
7. Realizar rondas noturnas de forma periódica;
8. Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
9. Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a ocorrência de queda.

Médico:

1. Avaliar o paciente em casos de ocorrência de queda, prescrevendo as condutas necessárias;
2. Avaliar minuciosamente a real necessidade de prescrição de medicamentos que aumentem os riscos para queda;
3. Orientar o paciente e acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda;
4. Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de ocorrências de queda na unidade;
5. Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
6. Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a ocorrência de queda.

Fisioterapeuta:

1. Realizar avaliação do paciente conforme solicitado;
2. Auxiliar na determinação das condutas de acordo com avaliação de mobilidade do paciente;
3. Orientar sobre as recomendações e cuidados gerais de prevenção de quedas;
4. Definir a necessidade de sessões de Fisioterapia Motora em parceria com o médico assistente;
5. Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme a avaliação;
6. Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas;
7. Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a ocorrência de queda.

Farmacêutico Clínico:

1. Orientar os pacientes de alto risco e acompanhantes sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas que possam levar a episódios de queda;
2. Realizar periodicamente a revisão da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda;
3. Dar parecer técnico às demais categorias no que se refere às medicações;

4. Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de episódios de quedas;
5. Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
6. Orientar pacientes de alto risco e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção;
7. Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a ocorrência de queda.

Equipe Multiprofissional:

1. Conhecer e cumprir esta rotina, assim como de suas respectivas lideranças, de fazer cumprir orientando seus membros quanto à exigência da identificação do risco para queda e observância dos cuidados pré-definidos para cada paciente;
2. Implementar os procedimentos específicos para a prevenção de queda nos pacientes;
3. Anotar no prontuário do paciente se verificar sinais que alertem para risco de queda ou dano decorrente da queda;
4. Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente a ocorrência de queda.

8.1 Conduta Preventiva

Baixo Risco de queda (Escore na Escala de Morse de 0-24 pontos) e Baixo Risco na Classificação do Protocolo da ANVISA

- 1- Orientar sobre a manutenção de um ambiente seguro e intervenções básicas, incluindo:
 - a. Retirar o excesso de equipamentos/suprimentos/mobiliário das salas e corredores;
 - b. Assegurar uma iluminação adequada, especialmente à noite;
 - c. Manter o quarto livre de obstáculo (com atenção ao caminho entre cama e banheiro e vaso sanitário);
 - d. Enrolar e prender o excesso de fios elétricos e telefônicos;
 - e. Manter seco o quarto do paciente e corredor. Coloque sinalização para indicar “perigo piso molhado”;
 - f. Restringir aberturas de janelas.
 - g. Orientar o paciente sobre o ambiente, incluindo a localização do banheiro, uso de cama e localização de luz de chamada;

- h. Educar o paciente/família sobre as avaliações de risco de queda, riscos de queda com lesões, intervenções rotineiras e especiais para prevenção de quedas;
- i. Incentivar os pacientes/famílias a pedir ajuda quando necessário;
- j. Manter os objetos pessoais usados frequentemente ao alcance do paciente;
- k. Manter a cama na posição mais baixa durante a utilização;
- l. Manter as grades da cama elevadas;
- m. Usar calçado antiderrapante ou chinelos de banho;
- n. Para pacientes que necessitam de dispositivos de assistência (bengala, cadeira de roda, cadeira de banho, por exemplo), assegurar-se que o paciente está consciente e independente sobre o uso antes de deixar o dispositivo ao seu alcance.

Moderado Risco queda (Escore na Escala de Morse de 25- 44 pontos)

1- Implementar as seguintes medidas:

- a. Supervisionar e/ou auxiliar a mudança de posição da cabeceira, a higiene pessoal e a ida ao banheiro;
- b. Reorientar pacientes confusos;
- c. Estabelecer cronograma de eliminação, incluindo o uso de vaso sanitário, se for o caso;
- d. Verificar se o paciente possui alguma deficiência de mobilidade, diminuição da força, diminuição do equilíbrio e/ou diminuição da resistência;
- e. Implementar *Rounds* de Conforto e Segurança;
- f. Comunicar o risco de queda para outros cuidadores durante o transporte e transferências.

Alto Risco queda (Escore na Escala de Morse de >45 pontos) OU Alto Risco na Classificação do Protocolo da ANVISA

1- Implementar as seguintes medidas:

- a. Utilizar identificadores como a placa no leito e/ou pulseiras para sinalizar o Risco de Queda;
- b. Comunicar o risco de queda para outros cuidadores durante o transporte e transferências;
- c. Implementar um dos seguintes procedimentos: *Rounds* de conforto e segurança ou Leito com bom acesso e visualização da equipe de enfermagem;

- d. Permanecer com o paciente enquanto o mesmo usa o banheiro;
- e. Se o paciente necessitar de suporte ventilatório, usar trilho lateral para os extensores;
- f. Quando necessário, o transporte do paciente com a assistência de pessoal ou cuidadores treinados;
- g. Mover paciente ao leito com melhor acesso visual ao posto de enfermagem;
- h. Manter o paciente em cama baixa e com todas as grades de proteção elevadas;
- i. Realizar supervisão 24h por dia;
- j. Realizar contenção mecânica (prescrição médica), se necessário, e manter as grades elevadas;
- k. Verificar se o paciente possui alguma deficiência de mobilidade, diminuição da força, diminuição do equilíbrio e/ou diminuição da resistência;
- l. Realizar avaliação dos medicamentos em uso para possíveis alterações de prescrição.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica.

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

9. Benefícios Esperados

Redução de quedas e danos causados pelas quedas nos pacientes atendidos nos serviços de saúde da Rede SES/DF.

10. Monitorização

Todas as quedas de pacientes, com ou sem dano, ocorridas nos serviços de saúde da SES/DF devem ser notificadas pelos pacientes e/ou profissionais de saúde na Ficha de Notificação de Eventos Adversos do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Indicadores mínimos – periodicidade QUADRIMESTRAL:

10.1) Taxa de quedas com dano:

$$\frac{\text{Número de quedas com dano}}{\text{Número de pacientes por dia}} \times 1000$$

10.2) Taxa de quedas sem dano:

$$\frac{\text{Número de quedas sem dano}}{\text{Número de pacientes por dia}} \times 1000$$

10.3) Proporção de pacientes com avaliação do risco de queda realizada na admissão (priorizar setores com maior número de quedas):

$$\frac{\text{Número de pacientes com avaliação do risco de queda realizada na admissão}}{\text{Número de pacientes internados no setor}} \times 1000$$

11. Acompanhamento Pós-tratamento

Observar o paciente durante todo o período de atendimento ou internação. No caso de queda, avaliar e acompanhar o paciente de forma frequente nas primeiras 48 horas.

Os sinais vitais devem ser monitorados de forma mais regular, com intervalos propostos pelo enfermeiro, baseado na escala de severidade da queda (ANEXO 03); o estado mental do paciente deve ser vigiado para detectar alterações; e o paciente deve ser questionado para a presença de dores ou desconfortos que venha aparecer posteriormente.

12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Os dados coletados anualmente pelas Superintendências Regionais de Saúde, através dos indicadores pactuados neste protocolo, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis.

14. Referências Bibliográficas

- 1- ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. Rev. Latino-Americana Enfermagem. v.20, p.3, mai/jun. 2012.
- 2- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANISA, 2002.
- 3- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo Prevenção de Quedas. Rio de Janeiro: ANVISA, 2013.
- 4- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 5- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON FALLS PREVENTION. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. JAGS, v. 49, p. 664–672, 2001
- 6- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS, 2011.
- 7- BOUSHON B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: www.ihl.org.
- 8- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (SÃO PAULO). 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN, 2010.
- 9- HEMORIO. Protocolos de Enfermagem: identificação de risco de prevenção de quedas. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2010.
- 10- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente, 2012.
- 11- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4 ed. 2011.
- 12- KINGSTON-RIECHERS, J; OSPINA, M; JONSSON, E et al. Patient Safety In Primary Care. Edmonton, Alberta (CA): Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council, 2010.
- 13- KOHN, LT; CORRIGAN, JM; DONALDSON, MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC (US): National Academy Press, 2000.

- 14- OLIVER D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med 2010; 26(4):645-92.
- 15- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety: final technical report, 2009.
- 16- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. Nursing Best Practice Guideline: prevention of falls and fall injuries in the older adult. Toronto, 2002
- 17- SILVA A, ALMEIDA GJM, CASSILHAS RC, COHEN M, PECCIN MS, TUFIK S, MELLO MT. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>
- 18- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Projeto Diretrizes: queda em idosos, 2008.
- 19- SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO. Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo, 2013.
- 20- SOUSA, Paulo. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.
- 21- Stevens JA, Burns ER. A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: What Works for Community Dwelling Older Adults. 3 ed. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2015. Disponível em: https://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/pdf/falls/CDC_Falls_Compndium-2015-a.pdf#nameddest=intro
- 22- URBANETTO, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. v.47, n.3, p.569-75. 2013.
- 23- WHO. Fifty-fifth World Health Assembly. A55/13. Quality of care: patient safety. Geneva: WHO, 2002.
- 24- WHO. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO, 2009.
- 25- STEVENS JA, Burns ER. A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: What Works for Community Dwelling Older Adults. 3 ed. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2015.

ANEXO 01 - ESCALA DE MORSE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA DE MORSE			
ITENS AVALIADOS	NÃO	SIM	SCORE
1) História de Queda nos últimos 3 meses	0	25	
2) Diagnóstico Secundário	0	15	
3) Ajuda na deambulação			
Nenhum, Acamado, Auxiliar por profissional de saúde	0	0	
Bengala, Muleta ou Andador	0	15	
Mobiliário/Parede	0	30	
4) Terapia Venosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	0	20	
5) Marcha			
Normal, sem deambulação. Acamado, cadeira de rodas	0	0	
Fraca	0	10	
Comprometida/cambaleante	0	20	
6) Estado Mental			
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0	0	
Superestima capacidade/esquece limitações	0	15	
TOTAL SCORE			
Baixo risco: 0-24 pontos	Fonte: URBANETTO, Janete de Souza et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. <i>Rev. esc. enferm. USP</i> [online]. 2013, vol.47, n.3, pp. 569-575.		
Médio risco: 25-44 pontos			
Alto risco: ≥ 45 pontos			

ANEXO 02 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CONFORME PROTOCOLO ANVISA

Fatores de risco para quedas

1. Demográfico: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos;
2. Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade;
3. Condições de saúde e presença de doenças crônicas:
 - a. Acidente vascular encefálico prévio;
 - b. Hipotensão postural;
 - c. Tontura;
 - d. Convulsão;
 - e. Síncope;
 - f. Dor intensa;
 - g. Baixo índice de massa corporal;
 - h. Anemia;
 - i. Insônia;
 - j. Incontinência ou urgência miccional;
 - k. Incontinência ou urgência para evacuação;
 - l. Artrite;
 - m. Osteoporose;
 - n. Alterações metabólicas (exemplo: hipoglicemia).
4. Funcionalidade:
 - a. Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária;
 - b. Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
 - c. Fraqueza muscular e articulares;
 - d. Amputação de membros inferiores;
 - e. Deformidades nos membros inferiores.
5. Comprometimento sensorial:
 - a. Visão;
 - b. Audição;
 - c. Tato.
6. Equilíbrio corporal: marcha alterada;
7. Uso de medicamentos:
 - a. Benzodiazepínicos;
 - b. Antiarrítmicos;
 - c. Anti-histamínicos;
 - d. Antipsicóticos;
 - e. Antidepressivos;

- f. Digoxina;
 - g. Diuréticos;
 - h. Laxativos;
 - i. Relaxantes musculares;
 - j. Vasodilatadores;
 - k. Hipoglicemiantes orais;
 - l. Insulina;
 - m. Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
8. Obesidade grave (IMC>40,0);
9. História prévia de queda.

Pacientes com alto risco de queda

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

Pacientes com baixo risco de queda

1. Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco;
2. Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

ANEXO 03 - CLASSIFICAÇÃO DO DANO APÓS QUEDA

SEVERIDADE	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
0 - Nenhum	Sem lesão decorrente da queda	---
1 - Leve	Quando a queda resulta em danos que requerem cuidados menores ou vigilância e medicação extra.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TCE leve – Glasgow 15 a 14 ▪ Pequenos cortes ▪ Sangramento leve ▪ Escoriação da Pele ▪ Dor ▪ Edema ▪ Hiperemia ▪ Hematoma menor
2 - Moderado	Quando a queda resulta em dano que requer tratamento ambulatorial ou de emergência, cirurgia ou permanência prolongada no hospital.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TCE moderado – Glasgow 13 a 9 ▪ Sangramento excessivo ▪ Laceração requerendo sutura ▪ Luxação ▪ Entorse
3 - Grave	Quando dano cerebral ou deficiência foram muito provavelmente causados pela queda.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TCE grave – Glasgow 8 a 3 ▪ Fratura ▪ Hematoma subdural
4 - Óbito	Quando a morte é claramente resultante da queda.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Morte

**ANEXO 04 - FATORES DE RISCO PARA QUEDA E MEDIDAS RELACIONADAS
(PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS)**

FATOR DE RISCO	MEDIDAS
IDADE	Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos estão contempladas nos itens abaixo.
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 (por exemplo, andador, muleta e bengala).
NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E HIGIENE PESSOAL	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 levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
MEDICAMENTOS	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.
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
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

MOBILIDADE/EQUILÍBRIO	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
	Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.
	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).
COGNITIVO	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
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 a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.
	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).
Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.	

**ANEXO 5 - FATORES DE RISCO PARA QUEDA E MEDIDAS RELACIONADAS
(PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS)**

FATOR DE RISCO	MEDIDAS
<p align="center">IDADE</p>	<p>Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o “Termo de recusa de tratamento”. <i>A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável.</i> ▪ > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.
	<p>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: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ▪ 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). ▪
<p align="center">DIAGNÓSTICO</p>	<p>Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.</p> <p>Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda.</p> <p>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 ajuda e com as condições clínicas.</p> <p>Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.</p> <p>A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem).</p>

	<p>Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas.</p> <p>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.</p> <p>Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.</p>
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	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave.</p>
CIRURGIA/ SEDAÇÃO/ ANESTESIA	<p>Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.</p> <p>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.</p> <p>Sair do leito acompanhado pela enfermagem.</p> <p>Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).</p> <p>O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;</p>
MEDICAÇÕES	<p>Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).</p> <p>Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.</p> <p>Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda.</p> <p>Não levantar do leito sozinho.</p> <p>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.</p> <p>O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.</p>

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

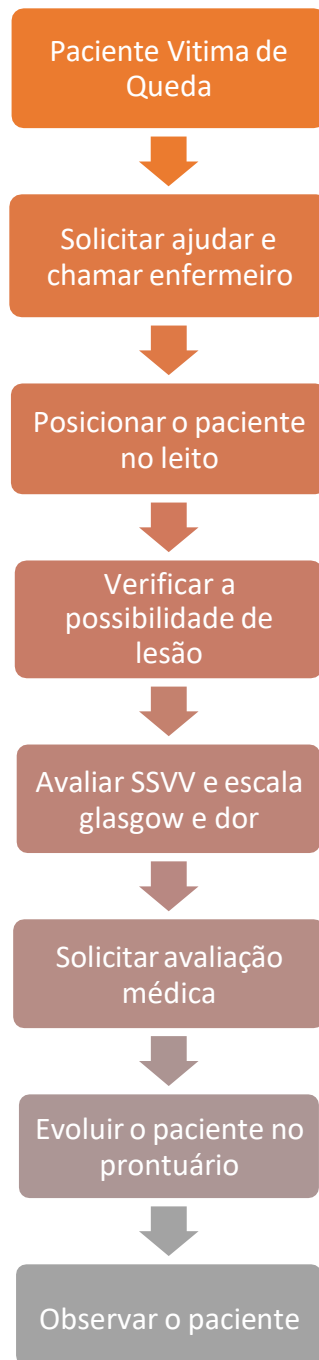
ANEXO 6 - CARTAZ SOBRE MEDICAMENTOS QUE AUMENTAM O RISCO DE QUEDA

GRAU DE RISCO DE QUEDA RELACIONADO A MEDICAMENTOS		
GRAU DE RISCO	MEDICAMENTO	OBSERVAÇÃO
ALTO	OPIOIDES (Fentanil, Morfina), ANTIPSICOTICOS (Haloperidol, Clozapina), ANTICONVULSIVANTES (Carbamazepina, Fenitoína), BENZODIAZEPÍNICOS (Clonazepam, Diazepam) e OUTROS HIPNÓTICO-SEDATIVOS (Midazolam).	Sedação, tontura, distúrbios posturais, alteração da marcha e do equilíbrio, déficit cognitivo.
MÉDIO	ANTI-HIPERTENSIVOS (Captopril, Losartana), MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES (Digoxina), ANTIARRÍTMICOS (amiodarona) e ANTIDEPRESSIVOS (Fluoxetina, Citalopram).	Indução do ortostatismo, comprometimento da perfusão cerebral.
BAIXO	DIURÉTICOS (Furosemida, Hidroclorotiazida).	Aumento da deambulação, indução do ortostatismo

Fonte: Ganz et al, 201320

Referencia: Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Medicamentos Associados à Ocorrência de Queda. ISMP Brasil Boletim. 2017. Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/02/IS_0001_17_Boletim_Fevereiro_ISMP_210x276mm.pdf

ANEXO 7 – FLUXOGRAMA PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA



ANEXO 8 – FLUXOGRAMA NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS

