

	<b>PROTOCOLO</b>		<b>Elaborado por:</b>
			Gestão Assistencial
PREVENÇÃO DE QUEDAS	<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>VERSÃO</b>	<b>PÁGINA</b>
	PT.INS.002-03	03	1/9
<b>RESUMO DE REVISÕES</b>			
<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DATA PRÓX. REVISÃO</b>	
Maio 2018	Emissão Inicial	Maio 2018	
Maio 2020	Primeira Revisão	Maio 2021	
Maio 2021	Segunda Revisão	Maio 2022	

## 1. INTRODUÇÃO

Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, ocasionada por circunstâncias de envolvam fatores intrínsecos e extrínsecos que comprometem a estabilidade.

Diversos fatores de risco e múltiplas causas interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais quanto para quedas recorrentes, impondo aos profissionais de saúde, o grande desafio de identificar e agir sobre os fatores de risco modificáveis e tratar os fatores etiológicos e comorbidades presentes.

A criação de um protocolo para prevenção de quedas e a avaliação de suas causas é uma oportunidade de aprendizagem para a equipe assistencial, por meio da análise de informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de práticas de melhoria se necessário.

## 2. OBJETIVOS

Reduzir a ocorrência de queda dos pacientes nos pontos de assistência e o dano delas decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco individualizada, a garantia ao cuidado multiprofissional e ao ambiente seguro, promoção da educação do paciente, familiares e profissionais em relação à prevenção de quedas.

*Oneto*

*Rp*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

*[Signature]*

PT.INS.002-03

	<b>PROTOCOLO</b>		<b>Elaborado por:</b>
			Gestão Assistencial
PREVENÇÃO DE QUEDAS	<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>VERSÃO</b>	<b>PÁGINA</b>
	PT.INS.002-03	03	2/9
<b>RESUMO DE REVISÕES</b>			
<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DATA PRÓX. REVISÃO</b>	
Maio 2018	Emissão Inicial	Maio 2018	
Maio 2020	Primeira Revisão	Maio 2021	
Maio 2021	Segunda Revisão	Maio 2022	

### **3. CAMPOS DE APLICAÇÃO**

Todas os setores assistenciais do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires.

### **4. RESPONSABILIDADE/ COMPETÊNCIA**

Institucional.

### **5. DEFINIÇÕES**

#### **QUEDA**

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano (Programa Nacional de Segurança do Paciente e Organização Mundial de Saúde).

São considerados como quedas:

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

As ocorrências de quedas podem ser da própria altura, de macas, de camas/berços, tais como: cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeiras higiênicas, banheiras, trocador de fraldas, vasos sanitários, etc.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

PT.INS.002-03

*[Handwritten signature]*

	<b>PROTOCOLO</b>		<b>Elaborado por:</b>
			Gestão Assistencial
PREVENÇÃO DE QUEDAS	<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>VERSÃO</b>	<b>PÁGINA</b>
	PT.INS.002-03	03	3/9
<b>RESUMO DE REVISÕES</b>			
<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DATA PRÓX. REVISÃO</b>	
Maio 2018	Emissão Inicial	Maio 2018	
Maio 2020	Primeira Revisão	Maio 2021	
Maio 2021	Segunda Revisão	Maio 2022	

## 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.

## 6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- ✓ Ramal de telefones instalados;
- ✓ Corrimão e barra de apoio nos sanitários (enfermarias);
- ✓ Identificação de risco na beira do leito;
- ✓ Escala de Morse.

## 7. PRINCIPAIS PASSOS

### AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

A avaliação do risco de quedas deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição e deve ser repetida diariamente até a alta do paciente.

#### A. Fatores de risco para queda:

- ✓ Demográfico: Crianças menores de cinco anos; idosos maiores de sessenta e cinco anos;
- ✓ Psico-cognitivas: Declínio cognitivo, depressão, ansiedade;

*Denise*

*SP*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

PT.INS.002-03

	<b>PROTOCOLO</b>		<b>Elaborado por:</b>
			Gestão Assistencial
PREVENÇÃO DE QUEDAS	<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>VERSÃO</b>	<b>PÁGINA</b>
	PT.INS.002-03	03	4/9
<b>RESUMO DE REVISÕES</b>			
<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DATA PRÓX. REVISÃO</b>	
Maio 2018	Emissão Inicial	Maio 2018	
Maio 2020	Primeira Revisão	Maio 2021	
Maio 2021	Segunda Revisão	Maio 2022	

- ✓ Condições de Saúde: Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio; hipotensão postural; tontura; baixo índice de massa corpórea; anemias; insônia; incontinência ou urgência miccional; artrite; osteoporose; alterações metabólicas;
- ✓ Funcionalidade: Dificuldade no desenvolvimento das atividades diárias; necessidade de dispositivo de auxílio à marcha; fraqueza muscular; problemas articulares; deformidades nos membros inferiores;
- ✓ Comprometimento Sensorial: visão, audição e tato;.
- ✓ Equilíbrio Corporal: marcha alterada.
- ✓ Uso de medicamentos: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, laxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina, polifarmácia (uso de 4 ou mais medicações);
- ✓ Obesidade mórbida;
- ✓ História prévia de quedas.

**B. Paciente com alto risco de queda:**

- ✓ Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco;
- ✓ 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;.

*Boneto*

*RP*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

PT.INS.002-03

*[Handwritten signature]*

	<b>PROTOCOLO</b>		<b>Elaborado por:</b>
			Gestão Assistencial
PREVENÇÃO DE QUEDAS	<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>VERSÃO</b>	<b>PÁGINA</b>
	PT.INS.002-03	03	5/9
<b>RESUMO DE REVISÕES</b>			
<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DATA PRÓX. REVISÃO</b>	
Maio 2018	Emissão Inicial	Maio 2018	
Maio 2020	Primeira Revisão	Maio 2021	
Maio 2021	Segunda Revisão	Maio 2022	

- ✓ Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

**C. Paciente com baixo risco de queda**

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

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas. Utiliza-se nesta instituição a Escala de Morse (Adulto) e a Escala de Humpty Dumpty (Pediátrica).

**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, e entregar material educativo específico quando disponível;
- ✓ Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s);

*Donato*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

PT.INS.002-03

*[Handwritten signature]*

	<b>PROTOCOLO</b>		<b>Elaborado por:</b>
			Gestão Assistencial
PREVENÇÃO DE QUEDAS	<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>VERSÃO</b>	<b>PÁGINA</b>
	PT.INS.002-03	03	6/9
<b>RESUMO DE REVISÕES</b>			
<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DATA PRÓX. REVISÃO</b>	
Maio 2018	Emissão Inicial	Maio 2018	
Maio 2020	Primeira Revisão	Maio 2021	
Maio 2021	Segunda Revisão	Maio 2022	

- ✓ 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.

## **8. INDICADORES**

A criação de um instrumento de notificação de quedas, avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho é uma oportunidade de aprendizagem para a organização, por meio da análise das informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.

### **Indicadores**

- ✓ Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;
- ✓ Índice de quedas  $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) * 1000]$ : este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

*Donato*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

PT.INS.002-03

*[Handwritten signature]*

	<b>PROTOCOLO</b>		<b>Elaborado por:</b>
			Gestão Assistencial
PREVENÇÃO DE QUEDAS	<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>VERSÃO</b>	<b>PÁGINA</b>
	PT.INS.002-03	03	7/9
<b>RESUMO DE REVISÕES</b>			
<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DATA PRÓX. REVISÃO</b>	
Maio 2018	Emissão Inicial	Maio 2018	
Maio 2020	Primeira Revisão	Maio 2021	
Maio 2021	Segunda Revisão	Maio 2022	

## ESCALA DE MORSE

Escala de Morse. Adaptação de Morse Fall Scale		
<b>1- História de quedas nos últimos três meses</b>		
Não	Se o cliente não tiver história de quedas nos últimos três meses.	0
Sim	Se o cliente caiu durante o período de internação hospitalar ou se tem um histórico recente de quedas por fatores fisiológicas nos últimos três meses.	25
<b>2- Diagnóstico Secundário</b>		
Não	Se não existir diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda.	0
Sim	Se o prontuário do cliente apresentar mais de um diagnóstico de enfermagem/ médico.	15
<b>3- Auxílio na mobilidade</b>		
Nenhum/Acamado/Repouso leito	Se o cliente deambula sem nenhum equipamento auxiliar, se não sai da cama ou se caminha com apoio de terceiros de forma leve.	0
Bengala/Muleta	Se o cliente utiliza bengala, muleta ou andador.	15
Mobiliário ou parede	Se o cliente se movimenta utilizando mobiliários ou paredes.	30
<b>4- Terapia Endovenosa</b>		
Não	Se o cliente não está em terapia endovenosa ou utiliza dispositivos endovenosa salinizados ou heparinizados. Medicação efetuada em bólus e quando o cliente utiliza dispositivo totalmente implantado considera-se zero, quando não tiver em uso.	0
Sim	Se o indivíduo utiliza dispositivos endovenosos com ou sem soluções endovenosas em infusão contínua ou não. Perfusão com cateter epidural está incluído neste item.	20
<b>5- Marcha</b>		
Normal/Acamado/Cadeira de rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação o cliente que está acamado ou utiliza cadeira de rodas (sem deambulação).	0
Lenta/Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca/lenta embora o cliente incline-se para frente enquanto caminha é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio esse apoio se dá de forma leve somente para se sentir seguro e não para se manter ereto.	10
Alterada/Cambaleante	O cliente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldades de levantar-se da cadeira, necessidade de apoiar-se nos braços da cadeira para levantar-se ou impulsionar o corpo. Cabeça abaixada e ele olha para o chão, devido à falta de equilíbrio, o cliente agarra-se ao mobiliário, ou a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio a marcha. Quando um membro da equipe auxilia esse cliente a caminhar percebe que o cliente realmente se apoia nele ou que quando utiliza um mobiliário ou corrimão para se apoiar o faz com muita força até que seus dedos da mão fiquem brancos.	20
<b>6- Estado Mental</b>		
Orientado	Quando o cliente é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço.	0
Desorientado/Confuso	Quando o cliente não é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço ou não responde.	15
<b>Classificação do Risco</b>		
É o resultado da soma dos pontos dos itens (uma única opção dos itens)		
0-24 Baixo Risco;		
25-44 Risco Moderado;		
≥ 45 Risco Elevado.		

Fonte: Adaptada de URBANETTO et al, 2013.

**Figura.** Escala de MORSE - adaptação de Morse Fall Scale.

PT.INS.002-03

*[Handwritten signatures and initials]*

	<b>PROTOCOLO</b>		<b>Elaborado por:</b>
			Gestão Assistencial
PREVENÇÃO DE QUEDAS	<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>VERSÃO</b>	<b>PÁGINA</b>
	PT.INS.002-03	03	9/9
<b>RESUMO DE REVISÕES</b>			
<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>DATA PRÓX. REVISÃO</b>	
Maio 2018	Emissão Inicial	Maio 2018	
Maio 2020	Primeira Revisão	Maio 2021	
Maio 2021	Segunda Revisão	Maio 2022	

<b>CONTROLE DE EMISSÃO</b>		
<b>ELABORADO POR:</b>	<b>VERIFICADO POR:</b>	<b>APROVADO POR:</b>
<p><b>Laryssa Marcela Gomes Amaral</b>            Coordenadora da  <i>Dr. Laryssa Marcela G. Amaral</i>            COORDENADORA RESPONSÁVEL            TÉCNICA DA FISIOTERAPIA            CREFITO: 191052-F            Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p> <p><b>Wendy Chrystyan Medeiros de Sousa</b>            Terapeuta Ocupacional</p> <p><i>Wendy Chrystyan Sousa</i>            Terapeuta Ocupacional            CREFITO: 18777-TO</p> <p><b>Lindinalva Vitoriano Velez</b>            Coordenadora de            Enfermagem da UTI            Neurológica</p> <p><i>Lindinalva Vitoriano Velez</i>            Coordenadora de Enfermagem            COREN/PB 312.670</p> <p><b>Renata Gomes Barreto</b>            Coordenadora da Terapia            Ocupacional e de Qualidade</p> <p><i>Renata Gomes Barreto</i>            Coord. de Terapia Ocupacional / Qualidade            CREFITO: 0119069-TO            Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p>	<p><b>Bruno da Silva Brito</b>            Gerente Multidisciplinar e            de Qualidade</p> <p><i>Dr. Bruno da Silva Brito</i>            CREFITO: 1763-F            Gerente Multidisciplinar Qualidade            Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p> <p><b>Kátia Jaqueline da Silva Cordeiro</b>            Gerente de Enfermagem</p> <p><i>Kátia Jaqueline da Silva Cordeiro</i>            Gerente de Enfermagem            COREN-PB384.395            Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires</p>	<p><b>Gilberto Costa Teodózio</b>            Direção Assistencial</p> <p><i>Gilberto C. Teodózio</i>            COREN 392110            DIRETOR ASSISTENCIAL            Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p> <p><b>Thiago Vila Nova</b>            Direção Técnica</p> <p><i>Thiago Vila Nova</i>            DIRETOR TÉCNICO            Mat.: 909.222-6            Hosp. Metrop. Dom José Maria Pires</p> <p><b>Antônio Cavalcanti Pedrosa</b>            Direção Geral</p> <p><i>Antônio Pedrosa</i>            DIRETOR GERAL            Mat.: 187.750-0            Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires</p>