

PROCOLO DE
PREVENÇÃO DE

QUEDAS

NO CUIDADO
AO PACIENTE
INTERNADO



PROCOLOS DE
SEGURANÇA DO PACIENTE

Unimed 
Três Rios

Em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente pela portaria número 529, do Ministério da Saúde, de cujo texto ressaltamos:

"Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país;

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente";

Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e

Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP:

I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;

V - Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.”

No mesmo ano, a Resolução – RDC número 36 instituiu a criação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, bem como a elaboração de Plano de Segurança do Paciente nestes serviços, que abrange estabelecimento de estratégias e ações de gestão de risco. A RDC citada também prevê a vigilância, o monitoramento e a notificação de eventos adversos à Anvisa.

Apesar destas medidas, o II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, elaborado em 2018 pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS – e pelo Instituto de Pesquisa Feluma, da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais revela informações alarmantes:

- Seis mortes a cada hora decorrem de eventos adversos graves, ocasionados por erros, falhas assistenciais ou processuais ou infecções, entre outros fatores;
- Destes, mais de 4 óbitos são evitáveis;
- Pacientes com evento adverso grave relacionado à assistência hospitalar se associam a maior mortalidade e permanência intra-hospitalar do que aqueles sem eventos adversos ou eventos adversos gerais.

- Eventos adversos pioram o prognóstico clínico a curto, médio e longo prazos, aumentam o custo da internação e afetam a capacidade produtiva do indivíduo.

Há, portanto, muito a ser analisado, programado e realizado e só evoluiremos se o trabalho for conjunto, envolvendo todos os interessados.

Buscando seu papel neste processo e na certeza de que a disseminação da Cultura de Segurança do Paciente tem papel fundamental na qualidade assistencial e é obrigação de todos os segmentos da Saúde Suplementar, a Unimed Três Rios tem o NAS (Núcleo de Atenção à Saúde). Com apoio da alta gestão, a equipe técnica trabalha com objetivo de assegurar assistência qualificada e segura a seus beneficiários.

Em continuidade a este projeto, a equipe técnica da Unimed Três Rios elaborou protocolos de prevenção, com base nas mais recentes evidências. Foram selecionados temas de acordo com determinações da ANS no QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde, estabelecido pela RN 405 de 2016.

Esperamos, desta forma, manter nosso foco no cuidado coordenado e centrado no paciente, contribuindo com a melhora constante da assistência prestada e com o fortalecimento da marca Unimed.

Dr. Fábio Nasser

Diretor Presidente

Dr. Marcos Cardoso

Diretor Vice Presidente

Dr. Alcendino de Almeida

Diretor Administrativo

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Dr. Marcos Cardoso

Enfa. Livia Cunha

Enf. Eduardo Heylens

Enf. Marcos Vinicius

ELABORAÇÃO

Enfa. Livia Cunha

Enfermeira Auditora

Enf. Marcos Vinicius

Enfermeiro NAS

SUPERVISÃO

Dr. Marcos Cardoso

Médico

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	8
2. CONCEITOS	11
3. OBJETIVO	13
4. INTERVENÇÕES	15
4.1 Avaliação do risco de quedas	16
4.2 Classificação de Risco de Queda – Ministério da Saúde/ANVISA	18
4.3 Ações Preventivas	24
4.3.1 Baixo Risco de queda (Escore na Escala de Morse de 0-24 pontos)	24
4.3.2 Moderado Risco de queda (Escore na Escala de Morse de 25-44 pontos)	25
4.3.3 Alto Risco de queda (Escore na Escala de Morse de >45 pontos)	26
5. FLUXOGRAMA PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	35
6. ATRIBUIÇÕES POR CATEGORIA PROFISSIONAL	37
7. CONDUTA APÓS OCORRÊNCIA DE QUEDA	41
8. MONITORAMENTO E INDICADORES	43
9. REFERÊNCIAS	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48



INTRODUÇÃO

1

Na busca pela segurança do paciente, uma das principais metas organizacionais inerentes aos serviços de saúde é a prevenção máxima da ocorrência de eventos adversos. Os eventos adversos são lesões ou danos não intencionais que resultam em incapacidade ou disfunção de magnitude diversa, temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência no serviço de saúde.

Um evento adverso de importância epidemiológica e clínica é a queda.



Queda é definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais e que pode comprometer sobremaneira a estabilidade de quem a sofre. A queda pode acontecer em diversos locais, como em domicílios, espaços públicos e ambiente hospitalar.

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).

As quedas sofridas durante a internação hospitalar representam aumento dos custos para as instituições, pois podem acarretar lesões, perda da autonomia, medo de cair, piora na qualidade de vida e até a morte. Com a queda, o paciente hospitalizado pode ter os dias de internação prolongados, o que representa aumento dos riscos biológicos, ônus organizacional, além de pessoais e familiares, como gastos extras e maior restrição de tempo dos envolvidos para atividades fora do âmbito do cuidado e do acompanhamento ao paciente. Para os profissionais da saúde, gera sentimento de culpa e enseja conclusões que desabonam a qualidade da assistência.

A queda do paciente, por ser uma ocorrência indesejável e danosa, deve ser um **evento prevenível**. A prevenção de quedas nos hospitais constitui-se em ação imperativa nessas instituições. A segurança do paciente com o foco na redução da ocorrência de quedas reflete a qualidade da assistência prestada nas instituições de cuidados à saúde que prezam por uma assistência livre de risco e de danos.





CONCEITOS

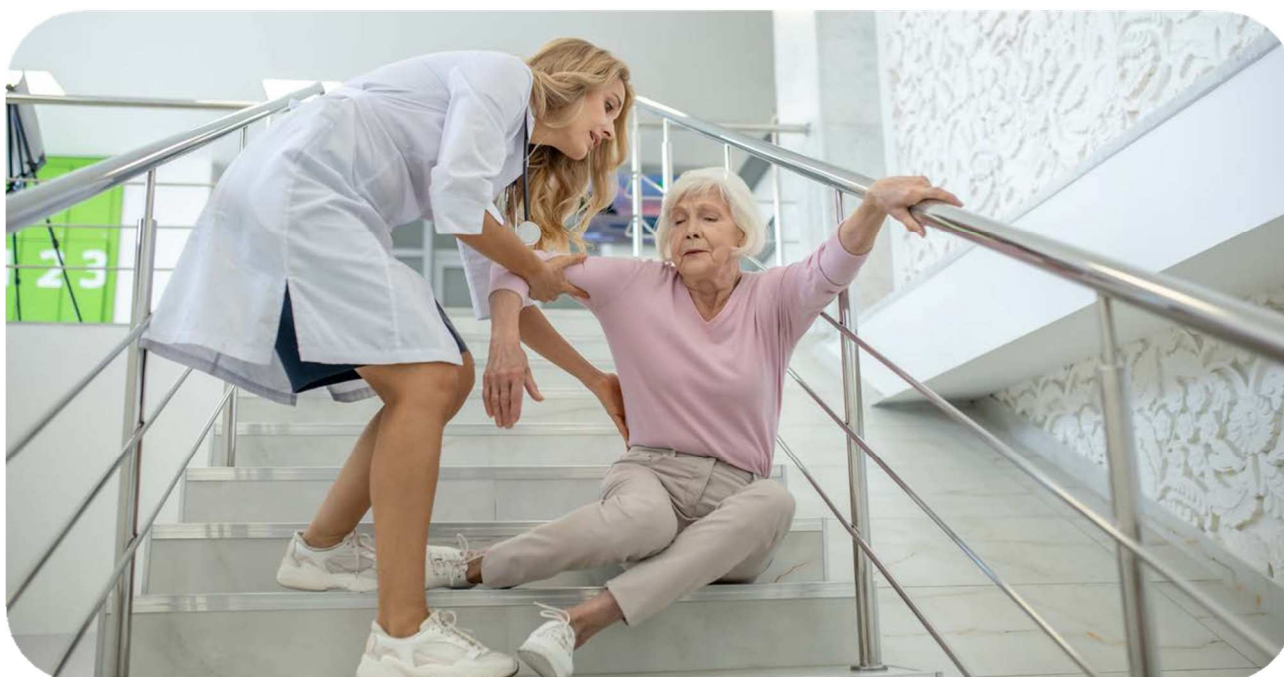
2

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 consideradas 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 cama/maca/cadeira/poltrona/vaso sanitário para o chão.



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.



OBJETIVO





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 do cuidado multiprofissional e do ambiente seguro, a promoção da educação do paciente, familiares e profissionais.





INTERVENÇÕES

4

4.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

As causas de queda no âmbito hospitalar são multifatoriais e estão associadas a fatores de risco ambientais e individuais como:

- Fragilidade fisiológica e/ou patológica;
- Uso de medicamentos que provocam efeitos colaterais;
- Necessidade urgente de usar o banheiro;
- Ambiente não familiar e ao uso de dispositivos como sondas, drenos e próteses;
- Outros.

FATORES DE RISCO MAIS RELEVANTES

- **Demográficos:** Crianças menores de cinco anos; idosos maiores de sessenta e cinco anos.
- **Psicocognitivos:** Declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- **Condições de Saúde:** Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio; hipotensão postural; pré-síncope ou síncope; 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, digitálicos, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina, polifarmácia (uso de 4 ou mais medicações).
- **Obesidade mórbida.**
- **História prévia de quedas.**

Assim, torna-se fundamental a avaliação dos pacientes e a identificação do risco potencial para ocorrência de quedas por meio de uma classificação adotada pelas unidades de saúde, a fim de que os profissionais envolvidos realizem diagnósticos e executem o planejamento de ações preventivas. A avaliação do risco de quedas deve ser feita no momento da admissão do paciente e ser repetida diariamente até a alta do paciente.



4.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE QUEDA • MINISTÉRIO DA SAÚDE/ ANVISA

PACIENTES COM ALTO RISCO DE QUEDA

- Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um dos fatores de risco mencionados no item 4.1;
- 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;
- Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames, procedimentos ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

PACIENTES COM BAIXO RISCO DE QUEDAS

- Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco, com ressalva para pacientes que apresentam agitação psicomotora;
- Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

A avaliação do risco de queda é realizada por meio de escalas de avaliação de risco. As utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são **Escala de Morse** e **STRATIFY** (St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly). Esta avaliação deve ser realizada pelo enfermeiro no momento da admissão do paciente e deve ser atualizada diariamente até a alta hospitalar.

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.

ESCALA MORSE DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

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, Auxiliado 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 à sua capacidade/limitação	0	0	
• Superestima capacidade/esquece limitações	0	15	
TOTAL SCORE	Baixo risco: 0-24 pontos	Médio risco: 25-44 pontos	Alto risco: ≥ 45 pontos

Fonte: URBANETTO, Janete de Souza et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP

[online]. 2013, vol.47, n.3, pp. 569-575.

1. Histórico de quedas

Não > Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.

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.

2. Diagnóstico secundário

Não > Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.

Sim > Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.

3. Auxílio na deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da 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.

Muletas/Bengala/Andador > Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.

Mobiliário/Parede > Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/parede.

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.

Sim > Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).

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).

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.

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 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 apoia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.

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.

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 está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.

Fonte: URBANETTO, Janete de Souza et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2013, vol.47, n.3, pp. 569-575.



ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA STRATIFY

Pergunta

1. Doente internado por causa de uma queda ou com episódios de queda durante o internamento?
2. Doente agitado?
3. Doente com alterações visuais que condicionem a sua atividade diária?
4. Doente com necessidade de utilizar a instalação sanitária com frequência?
5. Doente tem pontuação de transferência ou de mobilidade de 3 ou 4?

A pontuação total da escala STRATIFY é obtida com base na soma das respostas referentes às cinco perguntas, podendo tomar valores entre zero e cinco.

Uma pontuação

- Igual a 0 corresponde a um risco considerado baixo;
- Igual a 1 corresponde a um risco moderado; e
- Superior ou igual a 2 corresponde a um risco elevado.

Em resumo, podemos dizer que a STRATIFY é uma ferramenta de previsão de quedas, que foi desenvolvida para ser utilizada no hospital e em doentes adultos idosos, baseada em cinco itens, em que cada item tem uma pontuação de 1 (se presente) ou 0 (se ausente), com um ponto de corte igual ou superior a 2 no total da escala.

4.3 AÇÕES PREVENTIVAS

Após a identificação e classificação do risco, devem ser tomadas as ações preventivas, que podem ser gerais ou específicas, na dependência da avaliação do risco de queda.

As medidas gerais para prevenção de quedas deverão ser adotadas para todos os pacientes, independente do risco. Estas medidas envolvem a criação de um ambiente de cuidado seguro, uso de calçados e vestuário seguros e movimentação segura dos pacientes, além de ações educativas aos pacientes, familiares e cuidadores.

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 e caso este não esteja presente, torna-se necessário o acionamento do Serviço Social para as providências necessárias.

4.3.1 BAIXO RISCO DE QUEDA (SCORE NA ESCALA DE MORSE DE 0-24 PONTOS)

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 o corredor. Colocar 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. Assegurar-se de que o paciente está consciente e independente sobre o uso de dispositivos de assistência (bengala, cadeira de roda, cadeira de banho, por exemplo) antes de deixá-los a seu alcance.

4.3.2 MODERADO RISCO DE QUEDA (SCORE NA ESCALA DE MORSE DE 25-44 PONTOS)

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. Comunicar o risco de queda para outros cuidadores durante o transporte e transferências.

4.3.3 ALTO RISCO DE QUEDA (SCORE NA ESCALA DE MORSE DE >45 PONTOS)

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. Manter paciente em leito com bom acesso e visualização da equipe de enfermagem;
- d. Permanecer com o paciente enquanto ele usa o banheiro;
- e. Usar trilho lateral para os extensores, se o paciente necessitar de suporte ventilatório;
- f. Manter a assistência de pessoal ou cuidadores treinados, quando for necessário transporte do paciente;
- 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.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA QUEDA

BAIXO RISCO DE QUEDA	MODERADO RISCO DE QUEDA	ALTO RISCO DE QUEDA
1. Usar material educativo (folder, cartaz, cartilha, banner, entre outros).	1. Usar material educativo (folder, cartaz, cartilha, banner, entre outros).	1. Usar material educativo (folder, cartaz, cartilha, banner, entre outros).
2. Manter ambiente livre de obstáculos e iluminado.	2. Manter ambiente livre de obstáculos e iluminado.	2. Manter ambiente livre de obstáculos e iluminado.
3. Manter pertences necessários ao alcance do paciente.	3. Manter pertences necessários ao alcance do paciente.	3. Manter pertences necessários ao alcance do paciente.
4. Manter leito baixo e travado.	4. Manter leito baixo e travado.	4. Manter leito baixo e travado.
5. Manter grades elevadas.	5. Manter grades elevadas.	5. Manter grades elevadas.
6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas.	6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas.	6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas.
7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular (antiderrapante).	7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular (antiderrapante).	7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular (antiderrapante).
8. Verificar a necessidade de acompanhante.	8. Verificar a necessidade de acompanhante.	8. Verificar a necessidade de acompanhante.

BAIXO RISCO DE QUEDA	MODERADO RISCO DE QUEDA	ALTO RISCO DE QUEDA
9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes.	9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes.	9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes.
	10. Antecipar-se às necessidades de conforto e segurança do paciente.	10. Antecipar-se às necessidades de conforto e segurança do paciente.
	11. Comunicar o risco de queda para os cuidadores durante o transporte e transferências.	11. Comunicar o risco de queda para os cuidadores durante o transporte e transferências.
		12. Orientar familiar e/ou acompanhante sobre a importância de acompanhamento 24 horas.
		13. Realizar acordo de ida ao banheiro para atender às necessidades do paciente no período noturno.

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.
	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
Histórico de Queda	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).
	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 procedimentos cirúrgicos.
Necessidades Fisiológicas e higiene pessoal	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 um profissional da equipe de cuidados, mesmo na presença de acompanhante.

FATOR DE RISCO**MEDIDAS****Medicamentos**

Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentem 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 sua necessidade de uso.

Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado a 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 cuidados, mesmo na presença de acompanhante.

FATOR DE RISCO**MEDIDAS****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 cuidados, mesmo na presença de acompanhante.

Orientar 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 cuidados, 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 em 30° e 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 cuidados.

Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo: logo ao acordar ou em pré ou pós-operatório).

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE (São Paulo). Protocolos, guias e manuais voltado à segurança do paciente, 2012.

FATORES DE RISCO PARA QUEDA E MEDIDAS RELACIONADAS (PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS)

FATOR DE RISCO	MEDIDAS
Idade	<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". A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável.• > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas. <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 macas ou cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável.• Manter uma das grades elevadas no 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 condições 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.
- Avaliar riscos psicológicos ou psiquiátricos sempre que necessário.

Fatores Cognitivos

- Orientar responsável sobre o risco de queda relacionada ao "comportamento de risco" de acordo com a faixa etária da criança.

História Pregressa/ Atividades

- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
- Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave.

FATOR DE RISCO

MEDIDAS

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

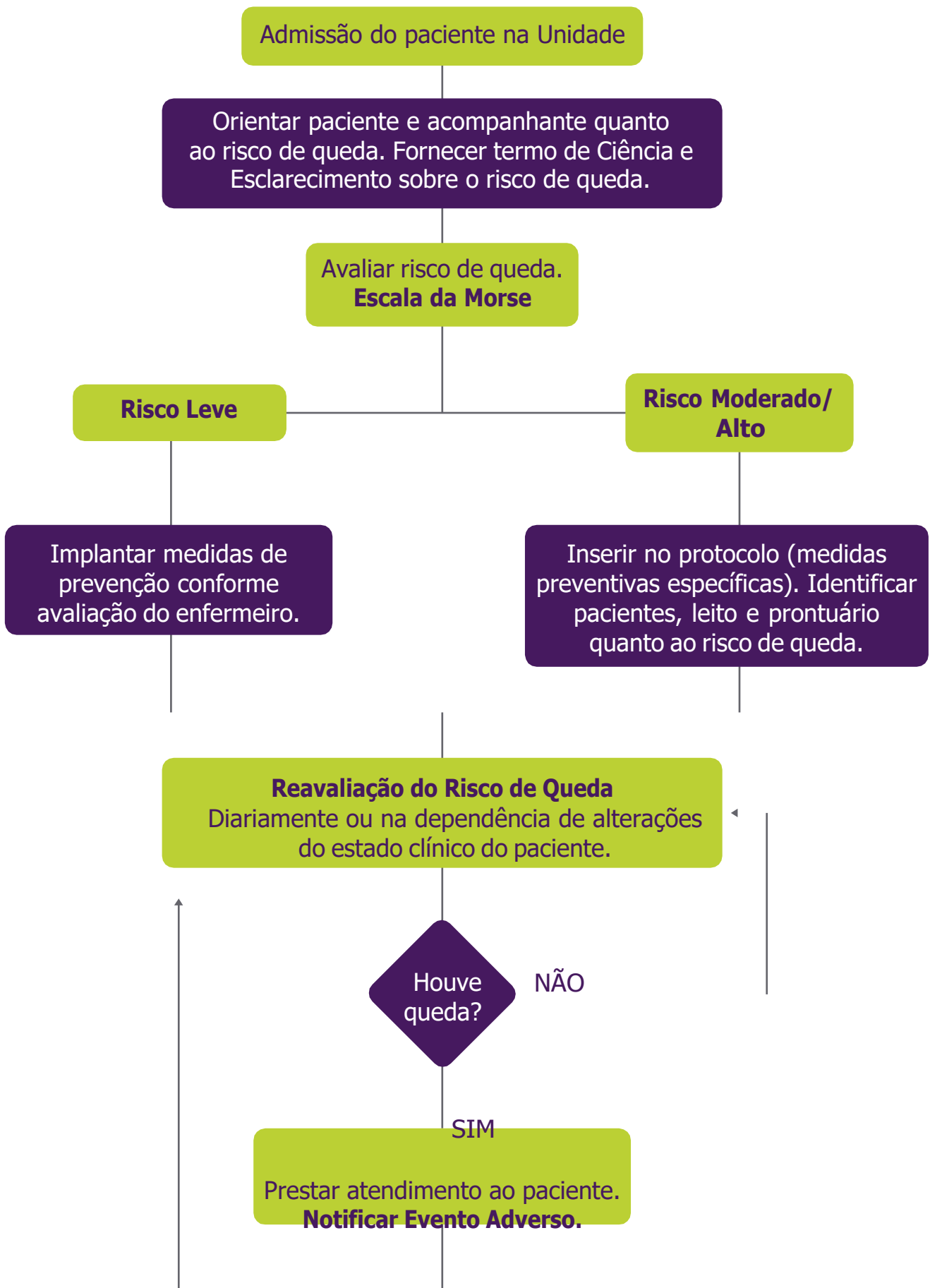
- Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).
- Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.
- Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associada 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 as 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.

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE (São Paulo). Protocolos, guias e manuais voltado à segurança do paciente, 2012.



FLUXOGRAMA PREVENÇÃO DE QUEDAS

5





ATRIBUIÇÕES POR CATEGORIA PROFISSIONAL

6

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. Sinalizar na prescrição médica com caneta tipo marca texto medicações que favorecem o risco de queda;
7. Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme o risco levantado na avaliação;
8. Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas individuais e entregar e/ou utilizar material orientador específico;
9. Supervisionar constantemente os pacientes em uso de medicação que aumente o risco queda;
10. Adotar processos para garantir o atendimento imediato ao paciente, caso necessitar;
11. 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. Dar apoio ao paciente e ao acompanhante, sempre que 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.



CONDUTA APÓS OCORRÊNCIA DE QUEDA



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.

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



MONITORAMENTO E INDICADORES

8

Os indicadores utilizados para monitoramento e avaliação da Instituição Hospitalar são:

1. Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão:

$$\frac{\text{Pacientes com avaliação na admissão em dado período}}{\text{Total de pacientes admitidos no mesmo período}}$$

2. Proporção de quedas com dano:

$$\frac{\text{Número de quedas com dano em dado período}}{\text{Total de quedas no período}}$$

3. Número de quedas sem dano:

$$\frac{\text{Número de quedas sem dano em dado período}}{\text{Total de quedas no período}}$$

4. Índice de quedas $[(n^{\circ} \text{ de eventos}/n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) \times 1000]$: 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.

$$\frac{\text{Número de quedas no período}}{\text{Número de pacientes-dia no período}} \times 1000$$



REFERÊNCIAS

9

1. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Segurança do Paciente: prevenção de quedas - Protocolo de Atenção à Saúde - Distrito Federal, publicada no DODF Nº 17 de 24/01/2019.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo Prevenção de Quedas. Rio de Janeiro: ANVISA, 2013.
3. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (SÃO PAULO). 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo: COREN, 2010.
4. 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.
5. Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA - Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) - Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013.
6. Abreu, HCA; Reiners, AAO; Azevedo, RCS; Silva, AMC; Abreu, DROM. Urinary incontinence in the prediction of falls in hospitalized elderly. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014;48(5).
7. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report and Technical Annexes. 2009;1(1).
8. Lojudice DC, Laprega MR, Rodrigues RAP, Rodrigues Júnior AL. Falls of institutionalized elderly: occurrence and associated factors. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2010;13(3),403-12.

9. Centers for Disease Control. Falls among older adults: na overview. (s/d). Disponível em: Acessado em 20 de junho 2016.
10. Chen X, Van NH, Shen Q. Characteristics associated with recurrent falls among the elderly within aged-care wards in a tertiary hospital: the effect of cognitive impairment. Arch Gerontol Geriatr. 2011;53,183-6.
11. Patman, SM.; Dennis, D; HILL, K. The incidence of falls in intensive care survivors. Australian Critical Care. 2011;24(3):167-74.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvida sobre a importância da prevenção de eventos adversos e os protocolos apresentam a melhor relação custo/benefício entre várias estratégias já estudadas. Não basta, entretanto, apenas elaborá-los. Eles devem ser atualizados e revisados constantemente e a equipe deve receber capacitação para que as medidas sejam incorporadas às atividades diárias. Precisam ser amplamente divulgados e sua aplicação, diariamente checada.

Sua adequação à realidade de cada serviço de saúde se faz fundamental e depende do registro de eventos ocorridos.

A análise realizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente -NSP- da instituição revela pontos frágeis no processo e norteia a elaboração de planos de ação mais assertivos. Há ferramentas específicas que facilitam e orientam esta análise, entre elas o Protocolo de Londres e o método FMEA, temas de futuras discussões.

Indicadores de segurança do paciente são eficientes no acompanhamento da efetividade dos planos de ação estabelecidos, etapa essencial no processo de forma geral. Registrar eventos, analisá-los, implantar ações corretivas, acompanhar indicadores, rever ações. Este ciclo deve fazer parte das rotinas da organização de saúde.

Gostaríamos, para finalizar, de enfatizar a importância não apenas da comunicação interna, mas da notificação da ocorrência de eventos adversos à ANVISA, através do Notivisa, sistema desenvolvido para receber notificação de eventos adversos confirmados ou suspeitos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária. Os hospitais e clínicas podem fazer os registros.

É importante que se tenha informações a nível nacional para que medidas mais amplas possam ser tomadas no sentido de prevenir eventos, educar profissionais de saúde e população em geral, difundir boas práticas e disseminar bons resultados obtidos pontualmente. As mudanças só surgirão de trabalho unido, com troca de experiências e conhecimento.

Contamos com todos para a divulgação do material e nos colocamos à disposição.

Muito obrigado.



Unimed 
Três Rios

