



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO

**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO
DE QUEDAS**

**NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE –
NSP**

2024



FCECON
FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA
DO ESTADO DO AMAZONAS



Documento que padroniza a prática dos profissionais de Saúde da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON, na identificação, monitoramento e implementação de medidas para prevenção de quedas em pacientes internados ou em atendimento ambulatorial.

Data Emissão	Data de Vigência	Próxima Revisão	Revisão
2024	2024/2026	2026	02

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:
 FUND. CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA - FCECON Marilene Colares Magalhães Martins Coordenadora do C.C.I.H COREN - AM 46256	 FUND. CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA - FCECON Shirley Frágoso Monteiro Chefe de Departamento de Enfermagem COREN 88226	 FUND. CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA - FCECON Dr.ª Andréa Lima de Souza Marques Farmacêutica do Núcleo de Segurança de Paciente e CCIH COREN AM 13293



SUMÁRIO

1. FINALIDADE	4
2. ABRANGÊNCIA	4
3. JUSTIFICATIVA	4
4. DEFINIÇÃO:	5
4.1. Tipos de Quedas:.....	6
4.2. Fatores que predisõem a queda:	6
5. AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS	7
5.1 Pacientes Internados:.....	7
5.2 Pacientes Externos:	9
6. MEDIDAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO	9
7. NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA	10
8. INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS NAS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS	10
9. INDICADORES	11
REFERÊNCIAS	13
ANEXOS	14
A. ESCALA DE MORSE	14
B. PLACAS DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DE QUEDA.....	15
C. FOLDER “Orientações aos pacientes e acompanhantes”	16
D. CARIMBO DE ALERTA PARA RISCO DE QUEDA.....	17

1. FINALIDADE

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. ABRANGÊNCIA

As recomendações deste protocolo aplicam-se aos servidores e colaboradores de assistência à saúde da FCECON e incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste estabelecimento, abrangendo o período total de permanência do paciente seja por internação hospitalar, emergencial ou ambulatorial.

3. JUSTIFICATIVA

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco.

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

As quedas em pacientes hospitalizados podem causar danos graves como fraturas, hematomas intracranianos, sangramentos e até óbitos, gerando impactos negativos como sequelas, medo, depressão e contribuem também para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, redução da credibilidade na qualidade da assistência, gera ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal (ANVISA, 2013). Dentre os pacientes que sofreram queda, há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência.

As quedas em crianças são consideradas com elevada incidência para esse grupo etário (DE SOUZA PEREIRA et al, 2012). As ocorrências de quedas em pacientes pediátricos relacionam-se competências motoras, (in) capacidade avaliar o risco, curiosidade inata, níveis crescentes de independência, comportamentos desafiadores, utilização incorreta de equipamentos (BORDALO e CALDEIRA, 2016). Estudo aponta que as quedas são comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos largados ao chão e que a maior parte dos eventos ocorre na presença dos pais (POLL, et al2014). Considerando todas as repercussões decorrentes das quedas

nos pacientes, familiares, profissionais e serviços de saúde, faz-se necessário adotar-se medidas para eliminá-las ou reduzi-las (BRASIL, 2013). Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou quadro de identificação,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Notificação da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

A Fundação Centro de Controle em Oncologia vem realizando ações importantes para garantir a segurança do paciente, entre elas a elaboração e implementação do PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS lançado no ano de 2017. A prevenção de quedas constitui uma das Metas Internacionais de Segurança do Paciente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010). Nesse primeiro momento trabalhou-se a prevenção da queda em pacientes adultos. Com o sucesso da prática e dando continuidade ao planejamento das medidas preventivas foi efetuada a construção de protocolo direcionado para o público infantil. Assim, procedeu a construção do PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PEDIATRIA.

4. DEFINIÇÃO:

Por definição entende-se queda como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, resultando ou não em dano. Essas lesões podem ocasionar limitações e incapacidades temporárias ou permanentes” (BRASIL, 2013). Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.

A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, vaso sanitário, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.)

4.1. Tipos de Quedas:

- Paciente se desloca de maneira não intencional indo o corpo ao chão;
- Paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Paciente escorrega de uma cadeira/ poltrona/vaso sanitário/leito para o chão.

4.2. Fatores que predis põem a queda:

Os principais fatores predisponentes ao risco de queda relacionado aos clientes atendidos na instituição são divididos em:

Sócio Demográfico

- Crianças
- Idade \geq 65 anos
- Sexo Feminino – maior expectativa de vida, maior propensão às quedas e osteoporose.

Psico – Cognitivos

- Declínio Cognitivo (perda discreta de memória, não demencial, cuja causa vai desde estresse ou noites mal dormidas até fases iniciais de processos da doença de Alzheimer).

Condições de Saúde/ Doenças Crônicas

- A V E prévio
- Tontura
- Hipotensão Postural
- Baixo índice de massa corpóreo
- Anemia
- Insônia
- Incontinência ou urgência miccional
- Artrite/ Osteoartrose
- História prévia de quedas



Funcionalidade

- Dificuldade de desenvolvimento das Atividades da Vida Diária (AVD)
- Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha
- Inatividade

Comprometimento Sensorial

- Comprometimento visual

Equilíbrio Corporal

- Marcha e mobilidade alteradas

Uso de medicações

- Benzodiazepínicos
- Antiarrítmicos
- Anti-histamínicos
- Antipsicóticos
- Antidepressivos
- Digoxina
- Diuréticos
- Laxativos
- Relaxantes musculares
- Vasodilatadores

5. AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS

5.1 Pacientes Internados:

O preenchimento da escala de MORSE para avaliação de risco de queda será realizado pelo enfermeiro, nas primeiras 24 horas de internação. O grau de risco de queda será conforme a presença de fatores predisponentes identificados, tais como:

- Criança \leq 5 anos;



- Idoso ≥ 65 anos sem acompanhantes;
- Uso de diuréticos e laxantes (causadores de urgências urinárias e intestinais);
- Distúrbios neurológicos (crise convulsiva, delírio, demência, parestesia e plegia);
- Dificuldade de marcha; Déficit sensitivo (visão, audição e tato);
- Alteração do nível de consciência e Indicador de repouso no leito por resultados laboratoriais.

A equipe deverá proceder da seguinte maneira:

- Preencher a Escala de Morse na SAE aos pacientes em risco de queda.
- Pacientes e/ou familiares deverão ser orientados pela equipe de enfermagem, sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas identificadas individualmente.
- O enfermeiro deverá entregar o folder de Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e colocar-se a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida que posteriormente venha a surgir.
- Todos os pacientes internados, independentemente do Grau de Risco para Queda (Alto ou Baixo) devem ser reavaliados diariamente, até a alta ou sempre que um fator predisponente seja identificado para os pacientes de baixo risco de queda.
- Pacientes e/ou familiares devem assinar a avaliação da Escala de Morse na SAE, em local específico, de acordo com a avaliação ou reavaliação, declarando ciência do grau do risco de queda, da necessidade do cumprimento das medidas preventivas e do recebimento, no momento da 1ª Avaliação do folder de Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar.
- O profissional de enfermagem que realizou o preenchimento da Escala de Morse, deverá assinar em local específico, de acordo com a avaliação ou reavaliação e colocar sua matrícula institucional.
- O enfermeiro deverá colocar acima da cabeceira da cama do paciente, placa de Identificação de Risco para Queda para alertar toda a equipe multidisciplinar.
- No caso de crianças, o símbolo da placa de IRQ indica a necessidade de acompanhante. Para pacientes adultos, o símbolo da placa de IRQ indica



restrição de deambulação desacompanhado, alertando a necessidade de acompanhamento de um familiar ou profissional da enfermagem.

- No encaminhamento externo ou interno identificar os impressos, através de carimbo de alerta de pacientes com Risco para Queda.

5.2 Pacientes Externos:

A avaliação de Risco para Queda em pacientes externos deverá ser realizada através dos seguintes fatores predisponentes:

- Criança \leq 5 anos;
- Idoso \geq 65 anos sem acompanhantes;
- Dificuldade de marcha, déficit sensitivo (visão, audição e tato);
- Distúrbios neurológicos (crise convulsiva, ataxia, delírio, demência, parestesia, parestesia e plegia);
- Alteração do nível de consciência e uso de medicação que altera o sistema nervoso central (sedação, opióides e outros).

A equipe deverá proceder da seguinte maneira:

- Receber o cliente de acordo com a rotina do setor;
- Identificar pacientes com risco de queda através do preenchimento da escala de Morse presente na SAE;
- Carimbar prescrição ou solicitação de exames ou procedimentos com o alerta para pacientes com risco de queda;
- Orientar clientes e/ou familiares sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas para risco de queda;
- Colocar na unidade do cliente a placa de Risco de Quedas para alertar toda a equipe multidisciplinar;
- No encaminhamento externo ou interno identificar os impressos, através de carimbo de alerta de pacientes com Risco para Queda.

6. MEDIDAS E AÇÕES DE PREVENÇÃO

- Entregar na admissão do paciente, o folder de orientação de Prevenção de Queda e realizar orientação ao paciente e acompanhante;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante quando necessário;
- Orientar a família sobre a necessidade de comunicar a enfermagem o período que o paciente possa permanecer sem acompanhante;



- Identificar o leito ou unidade com placa de risco de queda;
- Manter ao alcance do paciente os pertences e objetos mais utilizados (coletor de urina, óculos, entre outros);
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas;
- Manter as grades de proteção elevadas;
- Manter a área de circulação das enfermarias e corredores livre de móveis e utensílios;
- Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar ao paciente e familiares a utilizar a luz de cabeceira durante à noite);
- Orientar o uso de calçados antiderrapantes;
- Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Orientar para que o paciente não se levante subitamente devido ao risco de hipotensão postural e tontura;
- Registrar em prontuário todas as intervenções realizadas;
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos;
- Registrar as ações de prevenção de quedas de caráter individualizado na prescrição de enfermagem.
- Registrar medidas preventivas de caráter individualizado na prescrição de enfermagem

7. NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA

- No caso de ocorrer queda, colocar paciente no leito, comunicar o enfermeiro de plantão para avaliação e exame físico;
- Após avaliação, em caso de dano, chamar médico plantonista para avaliar e solicitar possíveis exames adicionais;
- Registrar no prontuário as informações de ocorrência de queda e a conduta médica;
- Notificação no Formulário de Incidentes/Eventos Adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente.
- Orientar novamente paciente e acompanhante sobre as medidas preventivas para queda.

8. INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS NAS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS

- Identificação completa do paciente;



- Período do dia em que ocorreu o evento;
- Local da queda;
- Como ocorreu a queda;
- Se o paciente estava sozinho ou com acompanhante;
- Fatores que predispõem ao risco;
- Morbidade presente;
- Medicações em uso;
- Causas das quedas;
- Registro da avaliação / conduta médica após a queda;
- Consequências das quedas;
- Prorrogação no tempo de permanência do paciente, devido à queda.

9. INDICADORES

- Percentual de Pacientes com Avaliação de Risco de Queda Realizada na Admissão na Unidade.
- Prevalência de queda com dano.
- Percentual de Adesão às Medidas de Prevenção de Quedas Conforme Protocolo Institucional.
- Taxa de quedas
- Prevalência de quedas





REFERÊNCIAS

PROTOCOLO de Prevenção de Quedas. PROQUALIS. Disponível em: [https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo - Prevenção de Quedas.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf). Acesso em 22/05/2022.

Paiva, M.C.M.S et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de efeitos adversos. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 134-8, 2010.

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. - **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**

Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 36 de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.**

Sociedade Hospital Samaritano. **Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas.** São Paulo (S); 2013.



ANEXOS

A. ESCALA DE MORSE

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹³	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling <i>No</i> <i>Yes</i>	1. Histórico de quedas Não Sim	0 25
2. Secondary diagnosis <i>No</i> <i>Yes</i>	2. Diagnóstico Secundário Não Sim	0 15
3. Ambulatory aid <i>None/Bed read/Nurse assist</i> <i>Crutches/Cane/Walker</i> <i>Furniture</i>	3. Auxílio na deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde Muletas/Bengala/Andador Mobiliário/Parede	0 15 30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock <i>No</i> <i>Yes</i>	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado Não Sim	0 20
5. Gait <i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i> <i>Weak</i> <i>Impaired</i>	5. Marcha Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas Fraca Comprometida/Cambaleante	0 10 20
6. Mental status <i>Oriented to own ability</i> <i>Overestimates/forgets limitations</i>	6. Estado Mental Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação Superestima capacidade/Esquece limitações	0 15

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

0 -24 pontos= Risco Baixo

25-44 pontos= Risco Moderado

≥ 45 pontos= Risco Alto





B. PLACAS DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DE QUEDA



Fonte: Foto de dispositivo móvel de placa na parede acima do leito



C. FOLDER “Orientações aos pacientes e acompanhantes ”

PROTÓCOLO DE QUEDA

Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, etc.), incluindo vaso sanitário.

PACIENTES COM RISCO DE QUEDA:

- Crianças menores de 5 anos e idosos com idade igual ou acima de 65;
- Mulheres;
- Pessoas que já sofreram derrames;
- Tontura;
- Pessoas de baixo peso;
- Pessoas com anemia;
- Pessoas com dificuldade de urinar;
- Anúria/ Oligoanúria;
- Pessoas que já caíram antes;
- Necessidade de uso de material de apoio para se locomover;
- Pessoas com problemas de visão;
- Uso de medicamentos como: sedativos, para o coração, anti-alérgicos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares.

O QUE É NECESSÁRIO FAZER PARA PREVENIR QUEDA?

Paciente:

- Utilize calçados adequados (que não deslizem);
- Não vá ao banheiro sozinho, solicite ajuda do acompanhante ou do profissional;
- Redobre a atenção ao descer ou subir na cama usando a escadinha, pois ela pode escorregar e levar a queda;
- Utilize a campainha se precisar de ajuda.

Acompanhante:

- Comunique a enfermagem ao sair do quarto;
- Nunca deixe o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho (sempre solicite ajuda da enfermagem);
- Avise o profissional de saúde ou a equipe de limpeza caso o piso esteja molhado;
- Mantenha a cama com as rodas travadas e os grades de proteção elevados;
- Mantenha acessa a luz do banheiro durante o período noturno.

O QUE FAZER EM CASO DE QUEDA?

- Colocar o paciente no leito;
- Comunicar o profissional de enfermagem do plantão para avaliação e conduta;
- Solicite ao profissional que notifique a queda ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Orientações aos pacientes e acompanhantes

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO AMAZONAS- FCECON
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR- CCIH
COMISSÃO DE CUIDADOS COM A PELE - CCP





D. CARIMBO DE ALERTA PARA RISCO DE QUEDA

