

PROCEDIMENTO SISTÊMICO**PREVENÇÃO DE QUEDAS****EXECUTANTES E ENVOLVIDOS**

Setor	Profissional
Todos os setores	Todos os funcionários envolvidos na assistência direta e/ou indireta ao paciente, setores de apoio assistencial e administrativo

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Pulseira de identificação do risco de queda - azul;
- Prontuário Eletrônico do Paciente (TASY);
- Termo de esclarecimento sobre o risco de quedas
- Gerenciamento de riscos beira leito

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE**OBJETIVO**

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes, nos pontos de assistência, e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas preventivas que contemplem a avaliação de risco do paciente, de forma a garantir um ambiente seguro, através de estrutura física adequada, do cuidado multidisciplinar, da promoção da educação dos profissionais, pacientes, acompanhantes/familiares.

JUSTIFICATIVA

A hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes encontram-se em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco.

Segundo Oliver D *et al.* (2010) as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, pós cirúrgicos, saúde mental, na neurologia e na reabilitação.

As quedas de pacientes podem produzir danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais, sangramentos e até levar ao óbito; gerar impactos negativos sobre a mobilidade dos pacientes, ansiedade, depressão e medo de cair

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

**Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro**

Página: 2 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

novamente, o que acaba por aumentar o risco de nova queda. Além disso, contribui para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais.

FATORES DE RISCO PARA QUEDA

A avaliação do risco de queda no HMDCC é realizada através da aplicação da Escala de Morse (figura 01) e também pelo fatores de riscos para queda, listados abaixo:

- ✓ Idosos \geq 60 anos;
- ✓ Pacientes com dependência para as atividades da vida diária;
- ✓ Abstinência alcoólica e sequelas do etilismo que predisponham a queda (neuropatia periférica, ataxia e outros distúrbios de marcha, demência, encefalopatia hepática...);
- ✓ Agitação psicomotora / confusão mental (atenção para os pacientes de saúde mental, etilistas e pacientes com sepsis);
- ✓ Hipotensão postural, vertigem e síncope;
- ✓ Dor intensa mal controlada ou controlada com doses elevadas e fixas de opioides;
- ✓ Baixo índice de massa corpórea (desnutrição grave) ou Obesidade severa;
- ✓ Incontinência ou urgência miccional, bem como pacientes em uso de Diuréticos (principalmente idosos);
- ✓ Incontinência ou urgência para evacuação, bem como pacientes em uso de Laxativos no preparo para exames (colonoscopia e outros);
- ✓ Hipoglicemia, pacientes em uso de insulina / hipoglicemiantes orais e pacientes em jejum para exames (endoscopia e outros);
- ✓ Fraqueza muscular e articular;
- ✓ Uso de dispositivos invasivos (sondas, drenos, cateteres com terapia endovenosa contínua);
- ✓ Uso de medicamentos com ação no SNC (benzodiazepínicos, anestésicos, sedativos, antipsicóticos, anti-histamínicos e antieméticos com ação sedativa);
- ✓ Antiarrítmicos e vasodilatadores (principalmente em idosos);
- ✓ Paciente em pós-operatório imediato (primeiras 24h);

Após avaliar o paciente, quando identificada presença de um dos fatores de risco descritos acima, deverá ser registrado em prontuário.

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 3 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

FATORES DE RISCO PARA QUEDA – APLICADOS NA ESCALA DE MORSE (figura 01):

- ✓ História de queda na internação ou nos últimos 03 meses antes da admissão hospitalar;
- ✓ Presença de mais de uma comorbidade;
- ✓ Auxílio para deambulação;
- ✓ Presença de dispositivo endovenoso;
- ✓ Marcha alterada e alterações do equilíbrio corporal;
- ✓ Pacientes que superestimam sua capacidade de locomoção;

Os fatores de risco para queda deverão ser considerados e aplicados, conforme o fluxograma abaixo:

FLUXOGRAMA SEGUNDO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

PREVENÇÃO DE QUEDAS

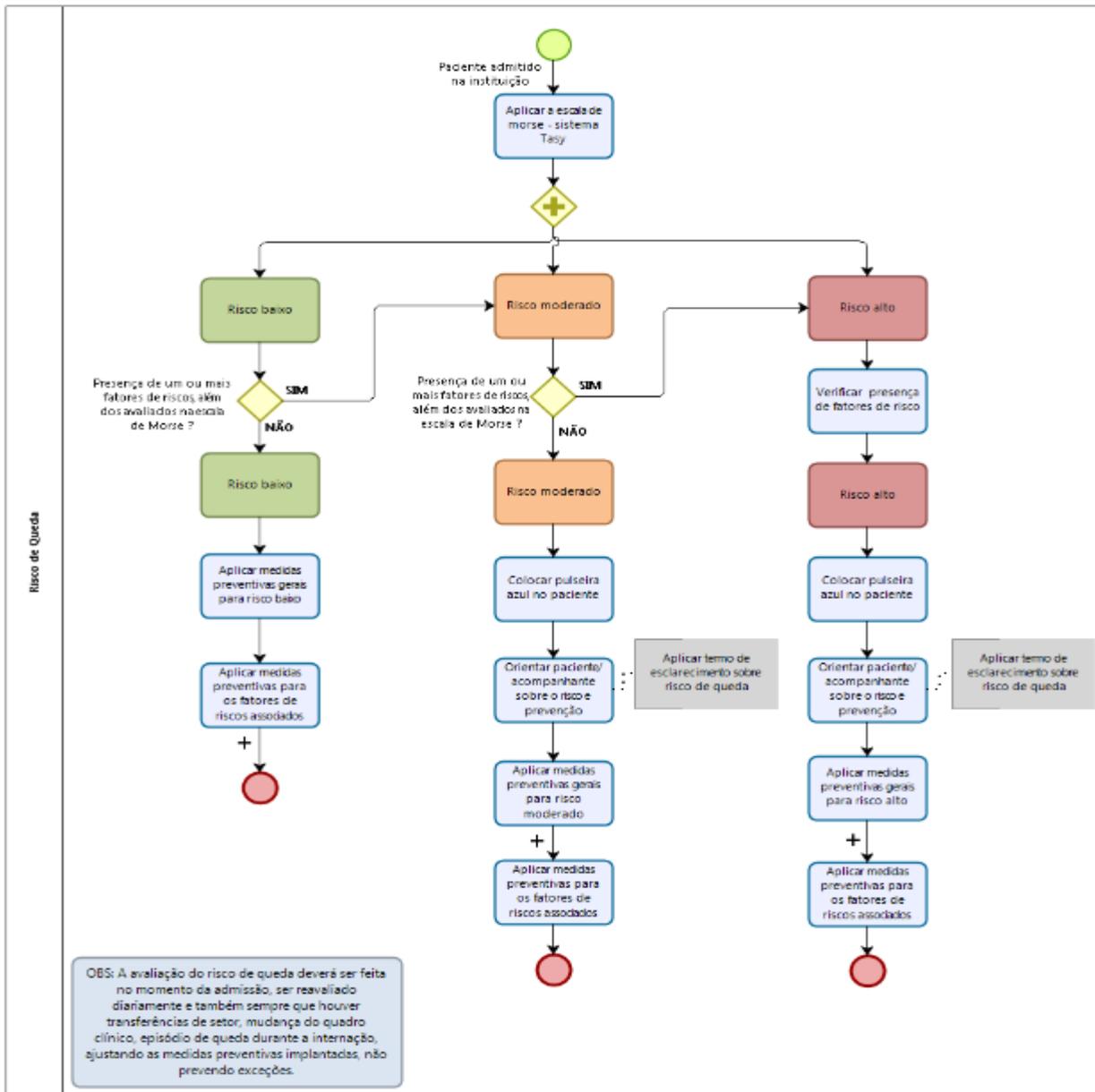
Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023



PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 5 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NO PACIENTE INTERNADO

A avaliação do risco de queda deverá ser feita no momento da admissão, considerando os fatores que podem contribuir para o agravamento do dano, especialmente o risco aumentado de fratura e sangramento, e deverá ser reavaliado, diariamente, e sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação, ajustando as medidas preventivas implantadas; não prevendo exceções.

A unidade de saúde deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco, tais como pisos antiderrapantes e sinalização de piso molhado, mobiliário e iluminação adequados e corredores livres de obstáculos.

Considerando a entrada do paciente pelo setor UDC, CTI e unidades descontinuadas, como o ambulatório e o hospital dia, esses pacientes deverão também ser avaliados quanto ao risco de queda no momento da admissão. A avaliação deverá ser feita pelo profissional enfermeiro e, na recepção do ambulatório, pela equipe da recepção.

A Escala de Morse (Figura 01), realizada pelo enfermeiro, consiste em um método rápido e simples para avaliar a probabilidade de um paciente cair. Contempla seis variáveis cuja soma da pontuação identifica o nível de risco e as respectivas ações recomendadas (por exemplo, não são necessárias quaisquer intervenções ou recomendam-se intervenções padrões de prevenção de quedas ou intervenções de prevenção de alto risco).

Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente e registrada no prontuário eletrônico, salvo pacientes críticos que ainda estejam sob uso de sedativos.

Como estratégia para garantir e reforçar a segurança, deve-se colocar a pulseira de sinalização na cor azul (Figura 02) para pacientes em risco de moderado a alto no braço direito. Caso o membro esteja impossibilitado, realizar o rodízio, no sentido horário, estabelecido pela instituição.

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Figura 01 – Escala de Morse (Tasy)

Escala de risco de queda - Morse

Profissional:

Data avaliação: Dt liberação:

História de queda na internação ou nos últimos 3 meses antes da admissão hospitalar

Presença de mais de uma comorbidade

Auxílio na deambulação

Nenhuma; profissional da saúde; cadeira de rodas; acamado

Muleta; bengala; andador

deambula apoiado junto a mobília

Presença de dispositivo endovenoso com infusão contínua ou dispositivo salinizado ou heparinizado

Característica da marcha

Normal; sem deambulação; cadeira de rodas; acamado

Fraca

Comprometida

Estado mental

Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação

Superestima capacidade/Esquece limitações

Pontuação: Baixo risco

Classificação de Risco de Queda – Escala de Morse	
Baixo	0 a 24 pontos
Moderado	25 a 44 pontos
Elevado	Maior que 45 pontos

Paciente com moderado a alto risco de queda (De 25 a >= 45 pontos na Escala de Morse)

- Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, que possuem 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.
- Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

*** Todos os pacientes que forem transportados por meio de maca, são considerados de alto risco, mesmo que no leito, ele não apresente alto risco de queda. Devendo ter atenção as medidas preventivas como manter grades elevadas durante todo período de permanência do paciente em maca, assim como travar as rodas ao realizar paradas e auxílio na mobilização do paciente e deverão ser sinalizados com pulseira azul antes do transporte. Mesmo que no leito, ele não apresente alto risco de queda. Após o transporte, a identificação pode ser retirada.**

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Paciente com baixo risco de queda (De 0 a 24 pontos na Escala de Morse)

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

Figura 02 – Alerta de Risco no Sistema Tasy

Morse - Protocolo de Prevenção de Quedas

DATA: 24/10/2018 19:10 - 55 RISCO ELEVADO

DATA: 24/10/2018 04:10 - 55 RISCO ELEVADO

Figura 03 – Pulseira de sinalização do risco de queda



IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NAS UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DESCONTINUADA E PACIENTE EXTERNO (HEMODINÂMICA, IMAGINOLOGIA, HEMODINÂMICA, ENDOSCOPIA, MÉTODOS GRÁFICOS, AMBULATÓRIO)

A avaliação do risco de queda em unidades de assistência descontinuada deve ser feita no momento da admissão do paciente, caso ocorra, pelo enfermeiro ou recepcionista, e para tanto a avaliação de risco será feita com base na identificação dos fatores de risco no momento da coleta do histórico do paciente.

Os pacientes externos que apresentem qualquer um dos fatores de risco abaixo, deverão ser identificados com a pulseira azul ou etiqueta azul (bolinha) para risco de queda:

Fatores de riscos a serem observados pelo administrativos:	Fatores de risco a serem observados pela enfermagem
<ul style="list-style-type: none">✓ Idosos \geq 60 anos;✓ Jejum prolongado;✓ Fisicamente frágeis ou debilitados;	<ul style="list-style-type: none">✓ Idosos \geq 60 anos;✓ Jejum prolongado;✓ Fisicamente frágeis ou debilitados;

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

PREVENÇÃO DE QUEDAS

- ✓ Dificuldade de locomoção ou alterações no equilíbrio;
- ✓ Portadores de órteses e próteses (bengalas, andadores, muletas) e cadeirantes;
- ✓ Comprometimento da visão ou audição;
- ✓ Na dúvida, classificar como risco de queda.

- ✓ Dificuldade de locomoção ou alterações no equilíbrio;
- ✓ Portadores de órteses e próteses (bengalas, andadores, muletas) e cadeirantes;
- ✓ Comprometimento da visão ou audição;
- ✓ Portadores de demência ou transtorno psiquiátrico;
- ✓ Desnutrição grave ou obesidade severa;
- ✓ Agitação ou confusão mental;
- ✓ Uso de dispositivos invasivos (sondas, drenos, acessos venosos e outros);
- ✓ Embriaguez aparente;
- ✓ Queixa de dor (qualquer tipo), tonteira, turvação visual, tremor, sudorese, fraqueza nas pernas;
- ✓ Histórico de queda nos últimos 03 meses;
- ✓ Uso de medicamentos com ação no SNC (benzodiazepínicos, anestésicos, sedativos, antipsicóticos, anti-histamínicos e antieméticos com ação sedativa)

Para os setores de Hemodinâmica e Endoscopia, todos os pacientes serão identificados com risco de queda devido ao uso de sedativos e jejum prolongado. Para tanto, as salas de procedimento e recuperação, terão uma placa de sinalização de risco de quedas.

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 9 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

AÇÕES DE PREVENÇÃO DE QUEDA – MEDIDAS GERAIS POR ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA E CIRÚRGICA, AMBULATÓRIO, AVC E UDC

BAIXO RISCO DE QUEDA - medidas que devem ser aplicadas a todos os pacientes

- ✓ Na admissão e durante o período de internação, realizar a educação e conscientização do paciente e/ou acompanhante com relação ao risco de queda e como preveni-la.
- ✓ Garantir e manter iluminação adequada do quarto;
- ✓ Manter a campainha ao alcance do paciente e orientá-lo quanto ao uso;
- ✓ Manter a unidade do paciente limpa e organizada, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários;
- ✓ Manter cama baixa, com rodas travadas e grades elevadas;
- ✓ Oferecer suporte de soro com rodas ou manter acesso salinizado, sempre que possível;
- ✓ Dispor de escada próximo ao leito, sempre que necessário;
- ✓ Manter o trajeto no quarto/enfermaria livre;
- ✓ Evitar a locomoção do paciente em trajetos tumultuados;
- ✓ Acionar a manutenção caso seja constatado algum problema relacionado a estrutura física, no funcionamento dos equipamentos e mobiliários;
- ✓ Acionar o serviço de higienização para adequação do ambiente que esteja molhado e/ou sujo, sempre que necessário;
- ✓ Realizar a sinalização com a placa de Risco de Queda nos locais que possuem risco de queda atenuado (próximo a pias e banheiros)
- ✓ Assegurar que os itens pessoais do paciente, assim como urinóis e comadres, estejam ao alcance dele;
- ✓ Avaliar o paciente em jejum prolongado, logo ao acordar em pré e pós-operatório;
- ✓ Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama;
- ✓ Orientar o paciente a levantar devagar, sentar no leito e apoiar os pés sobre a escada ou no chão, para depois sair da cama;
- ✓ Orientar paciente quanto ao uso de calçados sem saltos, com solado antiderrapante;
- ✓ Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico e orientar cuidados;

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 10 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

- ✓ Orientar o paciente e/ou responsável sobre mudanças na prescrição medicamentosa que possam causar vertigens, tonturas, hipoglicemias e etc;
- ✓ Avaliar a condição clínica do paciente para melhor definição do tipo de banho a ser realizado (aspersão com ou sem utilização de cadeira, no leito);
- ✓ Orientar os pacientes a utilizarem chinelos antiderrapantes durante o banho de aspersão, com ou sem auxílio da enfermagem;
- ✓ Os banhos no leito deverão ser realizados em dupla de funcionários;

Importante: Todos os pacientes admitidos em pós-operatório, serão considerados de alto risco nas primeiras 24 horas, sem a necessidade de colocação de pulseira.

MODERADO A ALTO RISCO DE QUEDA - medidas que devem ser acrescentadas as medidas já implementadas

- ✓ Solicitar presença de familiar ou acompanhante para todos os pacientes em moderado a alto risco de queda (Serviço Social);
- ✓ Após as realizar orientações ao paciente/ família, solicitar assinatura em uma via do termo de esclarecimento sobre o risco de quedas, anexar no GED e entregar ao paciente/familiar;
- ✓ Avaliar a marcha do paciente, orientando paciente/acompanhante/equipe multidisciplinar qual a melhor forma de estimulá-la sem riscos (apoio bilateral, apoio unilateral, supervisão ou com dispositivo de auxílio);
- ✓ Avaliar a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala), bem como prescrever, treinar e orientar quanto ao uso correto desses dispositivos pela fisioterapia;
- ✓ Avaliar nível de confiança, independência e autonomia do paciente para deambulação e para realização de atividades da vida diária (AVDs) pelo terapeuta ocupacional (AVC);

OBS: Pacientes psiquiátricos que apresentem surto, deverão ser assistidos conforme orientação do psiquiatra de referência.

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

**Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro**

Página: 11 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

BAIXO, MODERADO E ALTO RISCO DE QUEDA – medidas que deverão ser aplicadas a todos os pacientes

- ✓ Manter cama baixa, com rodas travadas e grades elevadas;
- ✓ Acionar a manutenção caso a cama apresente problemas no funcionamento;
- ✓ Os banhos de leito deverão ser realizados em dupla de funcionários;
- ✓ Assegurar que os itens pessoais do paciente, assim como urinóis e comadres, estejam ao alcance dele, quando for o caso;
- ✓ Contenção física e/ou química em caso de agitação só poderá ser conforme PRS_HMDCC_ASS_007- Contenção Mecânica;
- ✓ Supervisão direta de pacientes que se encontram no leito ou poltrona;
- ✓ Garantir a segurança e vigilância quando em cadeira de rodas;
- ✓ Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho de aspersão, quando ocorrer;
- ✓ Deambulação sempre assistida pela fisioterapia, quando esta ocorrer;
- ✓ Acionar o serviço de higienização para adequação do ambiente que esteja molhado e/ou sujo;
- ✓ Os transportes deverão ser realizados na cama do paciente.

BLOCO CIRÚRGICO

ALTO RISCO DE QUEDA - medidas que deverão ser aplicadas a todos os pacientes

- ✓ Avaliar o paciente em jejum prolongado, logo ao acordar em pré e pós-operatório;
- ✓ Na mesa cirúrgica, dentro de sala operatória, nunca deixar o paciente sozinho (pré e pós-operatório), deve haver sempre um profissional da equipe multiprofissional responsável pela assistência;
- ✓ Colocar atadura de segurança nos braços, em pacientes posicionados em mesa cirúrgica, conforme necessário;
- ✓ No peri operatório, utilizar os dispositivos indicados para cada tipo de procedimento considerando a mobilidade do paciente e fixação do mesmo durante o ato cirúrgico;
- ✓ Dispor de um número adequado de profissionais para transferir o paciente da mesa cirúrgica para a cama;
- ✓ Manter as grades da cama elevadas durante a recuperação do processo anestésico;
- ✓ Na sala de recuperação pós-anestésica (RPA) sempre deixar os pacientes em constante vigília e atenção, bem como em caso de queixa de dor, delirium e/ou confusão mental;

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 12 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

- ✓ Orientar o paciente sobre o risco de queda devido ao efeito sedativo;
- ✓ Acionar o serviço de higienização para adequação do ambiente que esteja molhado e/ou sujo;
- ✓ Acionar a manutenção caso a maca apresente problemas no funcionamento;
- ✓ Monitorar a posição e os recursos de tração, em mesa cirúrgica, sempre que necessário;
- ✓ Permanecer ao lado do paciente cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica.

HEMODINÂMICA, IMAGINOLOGIA, ENDOSCOPIA, MÉTODOS GRÁFICOS

- ✓ Manter cama/maca baixa, com rodas travadas e grades elevadas;
- ✓ Avaliar o paciente em jejum prolongado ao chegar no setor de exame e em pré e pós-operatório;
- ✓ Manter um profissional da enfermagem na sala de recuperação e/ou na sala de exame acompanhando e monitorando o paciente;
- ✓ Assegurar que os itens pessoais do paciente, assim como urinóis e comadres, estejam ao alcance dele;
- ✓ Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama/maca quando aplicável;
- ✓ Dispor de escada próximo ao leito, sempre que necessário;
- ✓ Manter o ambiente onde está o paciente limpo e organizado, sem acúmulo de materiais e equipamentos desnecessários;
- ✓ Orientar o paciente a levantar devagar, sentar no leito e apoiar os pés sobre a escada ou no chão, para depois sair da cama/ maca;
- ✓ Oferecer suporte de soro com rodas ou manter acesso salinizado sempre que possível;
- ✓ Acionar o serviço de higienização para adequação do ambiente que esteja molhado e/ou sujo sempre que necessário;
- ✓ Checar o bom funcionamento/integridade da maca, cadeira de rodas ou do outro meio de locomoção, antes de transportar o paciente;
- ✓ Acionar a manutenção caso seja constatado algum problema relacionado a estrutura física, no funcionamento dos equipamentos e mobiliários;
- ✓ Evitar a locomoção do paciente em trajetos tumultuados;
- ✓ Realizar a educação e conscientização do paciente e/ou acompanhante com relação ao risco de queda e como preveni-la.

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

PREVENÇÃO DE QUEDAS

- ✓ Obedecer aos cuidados no transporte e transferências do paciente ao leito de destino. Fica estabelecido que todo paciente deverá ser transportado na cadeira de rodas, maca ou no próprio leito;
- ✓ Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico e orientar cuidados;
- ✓ Orientar o paciente e/ou responsável sobre mudanças na prescrição medicamentosa que possam causar vertigens, tonturas, hipoglicemias e etc.

COMO PROCEDER EM CASO DE QUEDA DO PACIENTE

O paciente deve ser avaliado e atendido imediatamente pela equipe médica e de enfermagem para mitigação/atenuação dos possíveis danos. Deverá ser monitorado conforme indicação médica.

A ocorrência e as medidas adotadas deverão ser registradas em evolução pelos profissionais envolvidos, e também deverá ser notificada na aba de eventos adversos, no sistema Tasy, de forma detalhada especificando o incidente e as repercussões para o paciente.

GERENCIAMENTO DE RISCOS

RISCO	COMO PREVENIR	O QUE FAZER NA OCORRÊNCIA?
Falha na avaliação do risco de queda	Realizar a avaliação do risco de queda sempre na admissão do paciente e diariamente.	Em caso de ausência da avaliação do risco de queda nos momentos adequados, realizá-la imediatamente após a identificação da falha. Abrir evento adverso no sistema TASY, como instrumento de notificação, avaliação das causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho e adotar ações de melhorias na instituição.

PROCEDIMENTO SISTÊMICO**PREVENÇÃO DE QUEDAS****Ausência de pulseira azul**

Avaliação diária com a execução do exame físico realizado pelo enfermeiro e posterior realização da Escala de Morse classificando o risco de queda.

Providenciar a pulseira azul, imediatamente após identificação de ausência.

Abrir evento adverso no sistema TASY, como instrumento de notificação, avaliação das causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho e adotar ações de melhorias na instituição.

Falha na aplicação de medidas de prevenção do risco de quedas

Conferir diariamente quais são as medidas de prevenção que devem ser adotadas conforme o risco identificado;

Monitorar o cumprimento das medidas preventivas de queda;

Mediante ausência da aplicação de medidas preventivas do risco de queda, realizá-las imediatamente após a identificação da falha;

Em caso de impossibilidade de realização das medidas preventivas, acionar o enfermeiro responsável;

Abrir evento adverso no sistema TASY, como instrumento de notificação, avaliação das causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho e adotar ações de melhorias na instituição.

INDICADORES:

INDICADOR 01: Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão

INDICADOR 02: Número de quedas com dano

INDICADOR 03: Número de quedas sem dano

INDICADOR 04: Índice de queda

SIGLAS E DEFINIÇÕES

PROCEDIMENTO SISTÊMICO**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO**Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro**

Página: 15 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

HMDCC – Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro;

TASY – Software para gestão em saúde utilizado no HMDCC;

MFS – Escala de Morse;

AVDs – Atividades de vida diária;

NSP - Núcleo de Segurança do Paciente

QUEDA - caracterizada pelo deslocamento não intencional do corpo ao mesmo nível ou para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. Pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, vaso sanitário).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC n°. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mar. 2002.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC n°. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de julho de 2013.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Protocolo Prevenção de Quedas, 04 de outubro de 2013.
4. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med 2010; 26(4):645-92. 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.ihc.org. Acesso em: 04 jun. 2019.
5. Urbanetto Janete de Souza, Creutzberg Marion, Franz Flávia, Ojeda Beatriz Sebben, Gustavo Andreia da Silva, Bittencourt Hélio Radke et al . Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 June [cited 2016 Nov 11]; 47(3): 569-575. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300569&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000300007>.

ANEXOS

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Anexo 01 – Escala de Morse

Escala de Morse. Adaptação de Morse Fall Scale		PONTOS
1- História de quedas nos últimos três meses		
Nao	Se o cliente não tem 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 causas fisiológicas	25
2- Diagnóstico Secundário		
Nao	Se o prontuário do cliente apresentar apenas um diagnóstico médico	0
Sim	Se o prontuário do cliente apresentar mais de um diagnóstico médico	15
3- Auxílio na mobilidade		
Nenhum/Acamado/Repouso leito	Se o cliente deambula sem nenhum equipamento auxiliar ou se não sai da cama.	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
4-Terapia Endovenosa		
Nao	Se o cliente não está em terapia endovenosa ou utiliza dispositivos endovenos salinizados ou heparinizados. Quando o cliente utiliza dispositivo totalmente implantado considera-se zero, quando não estiver em uso.	0
Sim	Se o indivíduo utiliza dispositivos endovenosos com ou sem soluções endovenosas em infusão contínua ou não	20
5- Marcha		
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 a 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 relamente 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
6- Estado Mental		
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
Classificação do Risco	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	

Definições operacionais de cada item da escala de Morse

História de quedas: Este item é pontuado com 25 pontos se o paciente tiver caído durante a internação hospitalar atual ou se tem histórico recente (até 3 meses) de queda por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida. Se o paciente não tiver caído, o item é pontuado com 0 pontos. Nota: se um paciente tiver caído pela primeira vez, a sua pontuação aumenta imediatamente para 25.

Diagnóstico(s) secundário(s): Este item é pontuado com 15 pontos se houver registros de mais do que um diagnóstico médico feito ao paciente; caso contrário, pontue com 0.

Ajuda para caminhar: Este item é pontuado com 0 se o paciente andar sem qualquer ajuda (mesmo que seja assistido por um enfermeiro), andar de cadeira de rodas, ou se permanecer deitado e nunca sair da cama. Se o paciente usar muletas,

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 17 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

andador ou bengala, este item pontua com 15 pontos; se o paciente se deslocar apoiando-se a uma peça de mobiliário, parede ou pessoa, pontue este item com 30 pontos.

Terapia intravenosa: Este item é pontuado com 20 pontos se o doente tiver um dispositivo intravenoso ou tiver inserido “lock” de heparina; caso contrário, pontue com 0 pontos.

Modo de andar: um andar normal caracteriza-se pelo paciente que anda com a cabeça levantada, balança os braços livremente ao lado do corpo e dá passos largos sem hesitação. Este tipo de andar é pontuado com 0 pontos. Também recebe essa pontuação o paciente que está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação). Na marcha fraca, os passos são curtos e podem ser vacilantes. 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 sentir-se seguro, mas não para se manter ereto, pontue com 10 pontos. Pontue com 20 pontos o paciente que na marcha cambaleante ou comprometida, apresenta passos curtos e vacilantes, arrasta os pés tem dificuldade em se levantar da cadeira, tenta pôr-se de pé apoiando-se nos braços da cadeira ou balanceando-se (isto é, fazendo várias tentativas para se levantar). Põe a cabeça para baixo e olha para o chão. Como não tem muito equilíbrio, agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa, ou a ajudas técnicas para andar. Não consegue andar sem ajuda.

Estado mental: Ao usar esta escala, o estado mental é avaliado com base na auto-avaliação que o próprio paciente faz da sua capacidade de se deslocar. Pergunte a ele: “Consegue ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” Se a resposta, em relação ao juízo que faz da sua capacidade, for consistente, considera-se o doente “normal” e pontua-se com 0 pontos. Se a resposta do paciente não for coerente com as instruções dadas pelos enfermeiros ou se a resposta do paciente não for realista, então considera-se que ele sobrevaloriza suas capacidades e se esquece de suas limitações. Neste caso, é pontuado com 15 pontos.

Pontuação e Nível de Risco: A pontuação é então somada e registada na ficha do doente. Em seguida, é identificado o nível de risco e as respectivas ações recomendadas (por exemplo, não são necessárias quaisquer intervenções ou recomendam-se intervenções padrão de prevenção de quedas ou intervenções de prevenção de alto risco).

PROCEDIMENTO SISTÊMICO

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO

Hospital Metropolitano
Doutor Célio de Castro

Página: 18 de 22

PREVENÇÃO DE QUEDAS

Identificação: PRS_HMDCC_NSP_006

Data da Elaboração: 10/2016

Nº Revisão: 5.0

Data: 06/2021

Próxima Revisão: 06/2023

Anexo 02 – Termo de Esclarecimento sobre Risco de Quedas

**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DR. CÉLIO DE CASTRO



TERMO DE ESCLARECIMENTO SOBRE RISCO DE QUEDAS PARA ADULTOS

As quedas são eventos frequentes entre pacientes hospitalizados. Estes eventos são fatores importantes de agravamento da saúde do paciente, provocando fraturas, hemorragias, internações e até levando ao óbito em alguns casos. Ocorrem com mais frequência entre aquelas pessoas que apresentam limitações e necessitam de ajuda para realização de atividades do dia a dia como andar, vestir-se ou tomar banho. O uso de dispositivos de auxílio (muletas, bengalas, andadores) não apresenta proteção contra quedas. O uso de medicamentos que causam sedação ou tonteados agravam o risco de quedas (anti-hipertensivos, calmantes, antidepressivos, alguns medicamentos para dor, laxantes e diuréticos que levam a aumento de frequência e urgência de ir ao banheiro, etc).

Após avaliação do risco de quedas do(a) Sr.(a) _____

Leito: _____ Atendimento: _____ Admitido em: __/__/_____, classificado de acordo com a escala de Morse _____, orienta-se manter as grades da cama sempre elevadas, supervisão/auxílio para levantar-se, ir ao banheiro e durante o banho. Se o paciente apresentar risco elevado ou muito elevado, a enfermagem será responsável por estes procedimentos e deve ser comunicada sempre que o paciente for permanecer sem acompanhante. O quarto não deverá permanecer totalmente escuro, atentar para objetos deixados nas passagens, para o travamento de camas e cadeiras de rodas ao sentar ou levantar-se, manter a campainha e objetos pessoais ao alcance do paciente. Usar calçados antiderrapantes e não utilizar roupas que arrastem no chão. Solicitar ajuda da enfermagem sempre que tiver necessidade de ajuda ou dúvidas.

Declaro ainda ter recebido a cartilha de orientações sobre risco de quedas no ambiente hospitalar.

Data: __/__/____

Enfermeiro (assinatura e carimbo)

Assinatura do acompanhante ou paciente

Nome do acompanhante: _____ Grau de parentesco: _____

Anexo 03 – Infográficos

PREVENÇÃO DE QUEDAS

O nosso objetivo é garantir um ambiente seguro para o paciente através do cuidado multiprofissional e da educação permanente. Para isso, é importante que os profissionais do HMDCC conheçam as nossas medidas de prevenção e de avaliação de riscos.

COMO IDENTIFICAMOS O RISCO DE QUEDAS NO HMDCC?

Nas Unidades de Internação, CTI, Hospital Dia, AVC e UDC

Enfermeiro aplica a Escala de Morse (disponível no Tasy)

Risco moderado ou alto foi identificado?

- 1 Coloca pulseira azul no paciente
- 2 Insere alerta no Tasy informando a existência do risco e sua classificação
- 3 Técnico ou enfermeiro imprime o Termo de Esclarecimento disponível no Tasy
- 4 Paciente assina Termo de Esclarecimento
- 5 Documento assinado é inserido no GED
- 6 Técnico ou enfermeiro orienta paciente a acionar a campanha sempre que precisar sair do leito

No ambulatório, Hemodinâmica, Centro de Diagnóstico Por Imagem, Endoscopia e Métodos Gráficos

Recepcionista avalia os fatores de risco

Risco moderado ou alto foi identificado?

- 1 Coloca pulseira azul no paciente



COMO IDENTIFICAMOS
O PACIENTE COM RISCO DE
QUEDA MODERADO
OU ALTO?

— Com pulseira azul



QUAIS SÃO
AS MEDIDAS BÁSICAS DE
PREVENÇÃO DE QUEDAS?



- Manter a cama baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas
- Os banhos de leito devem ser dados em dupla de profissionais
- Manter o trajeto livre nas áreas de circulação
- Acionar a equipe de Higiene e Limpeza em casos de piso molhado

EM QUAIS
SITUAÇÕES HÁ RISCO
ALTO DE QUEDAS?

- No transporte de paciente em maca
- Nas primeiras 24 horas após procedimento cirúrgico
- Jejum prolongado
- Após uso de sedativos
- Acima de 45 pontos na Escala Morse

MAS E SE O
PACIENTE CAIR?



- 1 A equipe deve prestar atendimento imediato ao paciente
- 2 Deve ser registrado em prontuário a ocorrência e o atendimento
- 3 A queda deve ser notificada no Tasy ou na Intranet
- 4 Os profissionais envolvidos no atendimento após a queda devem participar das discussões do caso para contribuir com novas medidas de segurança



REGISTROS

PROCEDIMENTO SISTÊMICO**PREVENÇÃO DE QUEDAS**

NOME DO REGISTRO	LOCAL DE ARQUIVAMENTO	RESPONSÁVEL PELO ARQUIVAMENTO	TEMPO DE RETENÇÃO	DESCARTE
Escala de Morse	Prontuário Eletrônico (PEP)	Não se aplica - Prontuário Eletrônico (PEP)	Indeterminado	Não se aplica
Termo de Esclarecimento sobre Risco de Quedas	GED/ PEP	Equipe assistencial	Indeterminado	Não se aplica
Alerta - Prontuário eletrônico (PEP)	Prontuário Eletrônico (PEP)	Não se aplica - Prontuário Eletrônico (PEP)	Indeterminado	Não se aplica

AVALIAÇÃO DE IMPACTO

Necessário incorporação de **novas** tecnologias/materiais/equipamentos para execução da rotina? () SIM (**X**) NÃO

Justificar necessidade: Não se aplica

Necessário **alteração** de tecnologias/ materiais/equipamentos já padronizados? () SIM (**X**) NÃO

Justificar necessidade: Não se aplica

Aprovação da diretoria: () APROVADO () REPROVADO

CONTROLE HISTÓRICO

HISTÓRICO	DATA	VERSÃO	RESPONSÁVEL	VALIDAÇÃO	APROVAÇÃO
0.0	10/2016	Elaboração	Aline Rosa Ferreira	Carolina Araújo Moreira	Yara Cristina N. M. B. Ribeiro
1.0	11/2017	Revisão	Aline Rosa Ferreira	Carolina Araújo Moreira	Yara Cristina N. M. B. Ribeiro
2.0	10/2018	Revisão	Subgrupo Protocolos - NSP	Fernanda Martins Azzi de Carvalho	Yara Cristina N. M. B. Ribeiro
3.0	05/2019	Revisão	Cristiane Maria Santos Vieira; Débora Stuart; Roger Mendes Alexandre Carvalho	Natasha Preis	Simone de Melo
4.0	08/2019	Revisão	Fernanda Martins Azzi	Natasha Preis	Simone de Melo
5.0	06/2021	Revisão	Leidiane Santos (Coord. Linha de Cuidado ao paciente Clínico) Priscila Dias (Enf. Linha do Cuidado Paciente Clínico)	Daniela Mascarenhas de Paula Campos (Enfª do NSP) Stéphanne Lorraine Martins de Oliveira (Enfª do NSP)	Andreia Torres Mariana de Carvalho Melo (Coordenadora CEVISPP)

PROCEDIMENTO SISTÊMICO**PREVENÇÃO DE QUEDAS****HISTÓRICO DAS REVISÕES:**

HISTÓRICO	DATA	VERSÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO / MOTIVO
00	11/2016	Elaboração	Criação do documento
01	09/2018	Revisão	Modificação do Quadro de identificação do CTI Inserção dos planos de contingência
02	06/2019	Revisão	Inserido Gerenciamento de riscos
03	08/2019	Revisão	Inserido indicadores Descrição dos identificadores padronizados na pulseira de identificação
04	10/2019	Revisão	Padronização das placas de identificação.
05	06/2021	Revisão	Revisão geral do documento. Inserção do anexo 3: infográficos.