

**SUMÁRIO:**

1	OBJETIVO	01
2	CAMPO DE APLICAÇÃO	01
3	SIGLAS	01
4	MATERIAL	01
5	PROCEDIMENTO	01
6	RESPONSABILIDADE	07
7	FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS	07
8	FLUXOGRAMA	07
9	INDICADORES	07

**1. OBJETIVO:**

Geral:

- Identificar os pacientes que possuem riscos para queda durante o período de internação na Instituição.
- Específicos:
- Reduzir a ocorrência de queda e os danos dela decorrente;
- Implantar medidas de avaliação de risco de queda do usuário;
- Garantir o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro;
- Promover a prevenção de quedas intra-hospitalares;
- Promover a educação do usuário, familiares e profissionais.

**2. CAMPO DE APLICAÇÃO:**

Todas as áreas de circulação de paciente

**3. SIGLAS:**

LAI – Lei de Acesso à Informação

**4. MATERIAIS:**

- Sistema Tasy – Escala de Morse
- Prescrição do paciente
- Sistema sonoro (Sino)

**5. PROCEDIMENTO:**

A queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, resultando ou não em dano, provocado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade. Considera-se queda quando o paciente durante o deslocamento necessita de amparo ainda que não chegue ao chão ou quando o paciente é encontrado no chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (poltronas, cadeiras, cadeiras de roda, cadeira higiênica, vaso sanitário, berço, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto etc.).

### **Fatores de risco para queda**

- A equipe de saúde deve estar atenta em relação ao controle de risco de queda, e com avaliação rigorosa, considerando importantes situações pré existentes para o risco de queda:
- Demográfico: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos.
- Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- Alterações do estado mental: confusão e agitação
- Condições de saúde e presença de doenças crônicas: hipotensão postural, tontura, convulsões, síncope, dor intensa, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, incontinência ou urgência para evacuação, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (como por exemplo hipoglicemias) e AVC prévios.
- Funcionalidade: Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, inatividade, necessidade de dispositivo à marcha, fraqueza muscular e articular, amputação de membros inferiores e deformidades nos membros inferiores.
- Comprometimento sensorial: visão, audição ou tato.
- Equilíbrio corporal: marcha e mobilidade alterada.
- Uso de medicamentos como: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, antihistamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
- Obesidade severa
- História prévia de queda
- Etilista

### **Avaliação de risco para queda**

Na admissão dos pacientes, o enfermeiro (a) deve realizar a avaliação de risco de queda com o emprego da Escala de Morse, devendo ser repetida quando alterar as condições clínicas e durante todo o internamento de maneira diária.

Deve-se também avaliar na admissão a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco de fratura e sangramento, osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

Para a avaliação do paciente adulto será utilizada neste protocolo a Escala de Morse. É um método rápido e simples de avaliar a probabilidade de um paciente cair, e consiste na avaliação fácil e rápida de pontuar a partir de seis variáveis.

<b>AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)</b>					
NÚMERO	CATEGORIA	RESPOSTA	SCORE	PONTOS	
1.	<b>HISTÓRIA DE QUEDAS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES</b>	[ ] NÃO [ ] SIM	[ ] 00 [ ] 25		
2.	<b>DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO</b>	[ ] NÃO [ ] SIM	[ ] 00 [ ] 15		
3.	<b>AUXÍLIO NA MOBILIDADE</b>	[ ] NENHUM/ACAMADO/REPOUSO [ ] BENGALA/MULETA [ ] MOBILIÁRIO/PAREDE	[ ] 00 [ ] 15 [ ] 30		
4.	<b>TERAPIA ENDOVENOSA</b>	[ ] NÃO [ ] SIM	[ ] 00 [ ] 20		
5.	<b>MARCHA</b>	[ ] NORMAL/ACAMADO/CADEIRA DE RODAS [ ] LENTA/FRACA [ ] ALTERADA/CAMBALEANTE	[ ] 00 [ ] 10 [ ] 20		
6.	<b>ESTADO MENTAL</b>	[ ] ORIENTADO [ ] DESORIENTADO/ CONFUSO	[ ] 00 [ ] 15		
<b>RISCO BAIXO</b>		DE 0 À 24 PONTOS		<b>TOTAL</b>	
<b>RISCO MODERADO</b>		DE 25 À 44 PONTOS			
<b>RISCO ALTO</b>		MAIOR OU IGUAL À 45 PONTOS			

Fonte: Adaptada de EBSERH <<http://www2.ebsrh.gov.br/documents/147715/0/NOVA+Escala+de+Morse.pdf/0547596c-9226-4233-8e43-985d67898d10>> Acesso em 18 de Março 2021

**Ponto Importante:** A Escala de Morse será aplicada via sistema tasy, após a classificação do risco faz se necessário a evidencia no identificador de risco a beira leito do paciente e pulseira de identificação de queda de cor amarela, nos casos de RISCO MODERADO ou RISCO ALTO. O resultado deverá ser registrado na prescrição médica no canto superior direito.

Os profissionais devem estar atentos além do resultado da Escala de Morse aos fatores de risco pré-existentes no paciente e principalmente se está utilizando medicamento que contribui para o risco de queda.

Em caso de transferência de setor, deve-se fazer a reavaliação do risco dos pacientes, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco. No surgimento ou na presença de risco de queda, este deve ser comunicado a toda equipe de cuidados aos pacientes e familiares. Por exemplo, pacientes que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado, e devem então sinalizar a placa beira leito e colocação da pulseira. Todo o paciente submetido a procedimento anestésico dentro do Centro Cirúrgico deve receber a pulseira amarela de sinalização de risco de queda antes da alta do setor.

### Ações preventivas

Constitui um conjunto de medidas preventivas adotadas pelos profissionais da instituição em favor da prevenção de queda de todos os pacientes que estão internados, independente do risco, envolvendo parcerias com os Serviços de Higienização/Limpeza, SESMT, Serviço de Manutenção, Serviço de Engenharia Clínica e outros. Todos os colaboradores da instituição devem estar envolvidos nos cuidados com a prevenção de queda do paciente e estarem atentos às medidas de prevenção estruturais, gerais e específicas do paciente.

### Medidas estruturais

- Pisos antiderrapantes;
- Placas de Identificação de “piso molhado”;
- Áreas livres de obstáculos;
- Corrimão nas dependências sanitárias dos quartos, apartamentos, suítes e box;
- Mobiliário adequado;
- Iluminação ambiente adequada;
- Sistema de campainha implantada nos leitos;
- Camas e macas com grades adequadas.
- Sistema sonoro (Sino)

### **Utilização do sino**

A sinalização sonora (sino) para prevenção de queda, estará disponível na ilha de cada setor, sobre a responsabilidade do enfermeiro, quando necessário realizar a solicitação para o mesmo. Ao realizar a mudança da cama para poltrona, deve ser utilizado o sistema sonoro para que o paciente possa sinalizar ao profissional de saúde a necessidade de retornar ao leito, ou ir ao banheiro, prevenindo a queda.

### **Medidas gerais**

- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes;
- Educação das equipes, pacientes, familiares e acompanhantes quanto ao possível risco de queda;
- Orientação a todos os pacientes, familiares e acompanhantes quanto ao manuseio da cama;
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas, para todos os pacientes, e no caso das camas mecânicas utilizar a escada de dois degraus;
- Manter as grades de proteção elevadas, lembrando que o paciente não possui o hábito de dormir em cama hospitalar, colocando-o em risco de queda enquanto está dormindo;
- Dar preferência de internamento nas enfermarias próximas ao posto de enfermagem aos pacientes com risco de quedas.

### **Medidas específicas**

- Identificação através de mecanismo visual na placa de identificação beira leito do paciente preconizado com o preenchimento do círculo referente ao risco de queda;
- Utilização da pulseira amarela padronizada para o paciente com risco de queda;
- Cabe a equipe multiprofissional fornecer as orientações estabelecidas ao paciente, familiar ou acompanhante;
- Orientar o paciente, familiar ou acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua mobilização e locomoção;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante quando necessário,
- 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 usuário (por exemplo, andador, muleta e bengala);

- Manter a campainha ao alcance do paciente e orientar o uso;
- Manter vigilância e agilidade no atendimento às campainhas;
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas;
- Manter e orientar a família a importância da grade da cama elevada, e se necessário utilizar protetores entre os vãos das grades;
- Utilizar faixas para contenção no leito, conforme instrução de trabalho específico;
- Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Prescrição dos cuidados de higiene pessoal;
- Registrar em prontuário todas as intervenções realizadas;
- Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
- Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programado horários regulares para levá-lo ao banheiro;
- Orientar o paciente e o 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, alterações dos reflexos), que aumentam o risco de queda;
- Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e aparelhos auditivos sempre que for necessário;
- Em caso de hipotensão postural, orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com a ajuda de profissional da equipe de cuidado;
- Considerar na avaliação clínica as condições em que o usuário em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório);
- Adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico;
- Durante as transferências de pacientes da maca para o leito ou cadeira de roda, manter o número adequado de profissionais para realizar o procedimento, principalmente em casos de pacientes obesos;
- Equipe multiprofissional deve estar atento as sinalizações do risco de queda.

**Nota:** A utilização de estratégias de educação dos pacientes, familiares e acompanhantes deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital.

#### **Em caso de queda**

- Estabilizar o paciente;
- Comunicar imediatamente o enfermeiro responsável pelo plantão para avaliação e exame físico;
- O enfermeiro deverá solicitar avaliação médica e viabilizar a necessidade de realizar exames complementares;
- Conversar com a família;
- Realizar o registro em prontuário as informações de ocorrência de queda e suas condutas adotadas;

- Reclassificar o paciente utilizando a Escala de Morse;
- Reorientar o paciente, família e acompanhantes sobre o risco de queda e as medidas de prevenção;
- Preencher o formulário de Incidente de Queda e encaminhar para o Núcleo de Segurança do Paciente.

**Reforçando:** No caso da ocorrência de queda ou quase queda, esta deve ser notificada e o usuário avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenção dos possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

#### **Processo de notificação de incidente**

Todas as notificações deveram ser registradas em ficha de notificação de queda, encaminhar para o Núcleo de Segurança do Paciente, as quais serão analisadas e monitoradas.

O envolvimento dos profissionais é de suma importância, pois a subnotificação pode retardar a identificação de sinais, impedindo a adoção de medidas preventivas. O sucesso de qualquer sistema de notificação espontânea depende da participação ativa dos notificantes.

Todas as informações contidas no formulário são sigilosas e não podem ser motivo de qualquer questionamento legal, de modo que todos os casos relatados por profissionais de saúde não tem nenhuma implicação legal.

**Após o recebimento do relato do Incidente, o NSP irá realizar a investigação da queda, conforme roteiro abaixo:**

#### **AUDITORIAS DE RISCO PÓS INCIDENTE DE QUEDA**

As auditorias deverão se deter em:

- Identificação de risco sinalizada em prontuários do paciente;
- Identificação do risco nos identificadores de leitos;
- Identificação do registro do diagnóstico de risco na Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Escala de Morse aplicada;
- Revisão da ficha de notificação de eventos;
- Revisão da metodologia para coleta e tratamento estatístico dos dados;
- Verificação dos protetores de grades das camas;
- Apreciação do parecer técnico de equipamentos (camas) e adequação da estrutura física;
- Verificação da estrutura física Adequada, com faixas antiderrapantes em pisos, barra de proteção nos banheiros dos usuários e outros;
- Conhecimento e Aplicação do Protocolo de Risco de Queda para a equipe multiprofissional;
- Avaliação e monitoramento de movimentação do usuário;
- Evidencia de treinamento e de adesão ao protocolo;
-

## AUDITORIAS DE RISCO ADESÃO DE PROTOCOLO

Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras, semanais através de visita nas unidades de assistência com o objetivo de acompanhar o cumprimento das diretrizes estabelecidas neste protocolo, e garantir a segurança do paciente durante o seu atendimento.

## 6. RESPONSABILIDADE:

A todo profissional da instituição.

## 7. FORMULÁRIOS E MODELOS CORRELATOS:

Ficha de Notificação de Incidente de Queda – Padronização – Hospital do Centro – Formulários

## 8. FLUXOGRAMA:

Não se aplica

## 9. INDICADORES:

- Índice de quedas;
- Número de queda com dano ao paciente;
- Número de queda sem dano ao paciente;
- Proporção de pacientes com avaliação de riscos de queda realizada na admissão.

## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 02 - Protocolo de Prevenção de Quedas. FIOCRUZ, 12p.
3. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging 1989; 8: 366-77. V2. Adaptação cultural e linguística. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2010.
4. Urbaneto et al, 2013: Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/NOVA+Escala+de+Morse.pdf/0547596c-9226-4233-8e43-985d67898d10>

## 11. HISTÓRICO DE REVISÕES:

21/02/2024 - Atualizado e Revisado