1. OBJETIVO

Reduzir a ocorrência de queda dos 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. APLICAÇÃO

Toda a instituição.

3. REFERÊNCIA

BARBOSA, P.; CARVALHO, L.; CRUZ, S. Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.06-14p. D

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Prevenção de Quedas.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução – RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013.

EBSERH – Universidade Federal do Triângulo Mineiro- Hospital das Clínicas. PA/NPM: 06/2017 Versão: 1.0.

Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 aprovou os protocolos básicos de segurança do paciente, alinhados com as 6 metas internacionais de segurança.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Portaria GM/MS nº 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

PRT-UCC-001- Posicionamento do Paciente na Mesa Cirúrgica

ROT-SLE-006 Transporte do Paciente da Sala de Exames para UI

ROT-UCC-042 - Transferência do Paciente de Maca para Mesa Cirúrgica e Vice-Versa

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Projeto Diretrizes. Queda em Idosos: Prevenção. 2008.

4. DEFINIÇÃO

- **AVC:** Acidente Vascular Cerebral.
- **CRPA-** Centro de Recuperação Pós Anestésica.
- **Déficit Cognitivo:** É uma limitação da capacidade mental de assimilar informações. A sua presença cria entraves em processos como a capacidade de raciocínio lógico, concentração, comunicação e aprendizagem.
- **Escala de Morse**: criada por Janice Morse em 1985, é uma escala amplamente utilizada na Enfermagem para avaliar o paciente no que confere o risco de queda. Para a autora, as quedas podem ser:

✓ Quedas acidentais.

✓ Quedas fisiológicas não antecipáveis: queda em pacientes sem fatores de risco, ocorrido por fatores fisiológicos como perda de força, convulsões, etc.

✓ Quedas fisiológicas antecipáveis: queda em pacientes com alterações fisiológicas e que apresentam o risco.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

- **Queda** - deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocada por circunstâncias multifatoriais que resultam ou não em dano.

São consideradas como quedas as seguintes situações:

✓ Queda da própria altura.

✓ Quando encontramos o paciente no chão.

✓ Quando o paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão).

✓ Quando o paciente escorrega de uma cadeira, cadeira higiênica, cadeira de rodas, poltrona, leito, vaso sanitário para o chão e banheira.

5. DESCRIÇÕES

Este protocolo possui as seguintes intervenções:

5.1. Avaliação dos Riscos para Queda:

Os pacientes serão avaliados para o risco de queda pela enfermeira no momento da consulta de enfermagem pré-operatória/exames e reavaliados no momento da admissão, com exceção para os pacientes que não realizaram a consulta pré-operatória prévia, os quais serão avaliados no momento da admissão na unidade de internação.

Esta avaliação pode ser modificada na admissão, como também, no decorrer da permanência do paciente na instituição, quando indicada por uma alteração da condição clinica ou pelo uso de medicamentos, dentre outros fatores.

Inerentes ao Paciente:

Serão classificados com o risco de queda o paciente que apresentar 1 ou mais dos seguintes fatores:

- Idade: crianças ≤ 5 anos e idosos ≥ 65 anos.
- Comprometimento do estado mental: confusão mental, desorientação e agitação.
- Eliminações: Incontinência ou urgência miccional e/ou intestinal.
- Comprometimento Sensorial: Visão (comprometimento visual importante), audição (surdez) e tato.
- Comprometimento do equilíbrio e mobilidade: marcha debilitada, claudicante.
- Uso de dispositivo de auxílio à marcha: (bengalas, muletas, andadores, cadeira de rodas) ou de apoio na mobília durante a deambulação.
- Polifarmácia: Uso de ≥ 03 determinadas classes medicamentosas: antiarrítmicos, psicotrópicos (sedativos, ansiolíticos e antidepressivos), anticonvulsivantes, relaxantes musculares, antimuscarínicos, digitálicos, analgésicos hipotensores, laxativos, hipoglicemiantes, diuréticos, vasodilatadores. Não considerar suplemento vitamínico, fórmulas ortomoleculares ou antibiótico).
- Uso de hipoglicemiante no dia do procedimento.
- Paciente em preparo para cirurgia oftalmológica com dilatação da pupila.
- Realização de bloqueios venosos onde será infundido anestésico (Lidocaína 2% sem vasoconstrictor), tendo como possível reação sonolência e tontura.

- Realização de bloqueios periféricos em membros inferiores, onde será administrado anestésico local (Bupvacaína 0,5 % sem vasoconstrictor e/ou Lidocaína 2% sem vasoconstrictor), podendo ocasionar fraqueza muscular, dormência na região ou em todo membro manipulado.
- Histórico de queda (s) fisiológicas (s) antecipáveis e não antecipáveis nos últimos 3 meses.
- Histórico de síncope.
- Hipotensão postural.
- Pacientes com obesidade mórbida ou desnutridos.
- Distúrbio neurológico (convulsão, AVC prévio, doença de Alzheimer, Parkinson, Síndrome de Down, Transtorno de Hiper Atividade (TDH) e neuropatias).
- Paciente em preparo para colonoscopia e submetido a endoscopia.
- Amputação e deformidades nos membros inferiores.
- Uso de dispositivos endovenosos em infusão contínua ou não.
- Pontuação da escala de Morse ≥ 10 nas avaliações pré-operatórias (Consulta de enfermagem e admissão na UI).

Inerentes ao Ambiente e Organização:

- Altura inadequada da cama/cadeira.
- Distribuição de móveis inadequada.
- Escadas.
- Iluminação inadequada.
- Pisos escorregadios.
- Superfícies irregulares.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

- Calçados inadequados.
- Freios quebrados e/ou não travados de cadeiras e camas.
- Chamada de enfermagem fora do alcance do paciente.

5.2. Ações Preventivas

As medidas preventivas para redução da ocorrência de queda são universais e devem ser adotadas por todos os serviços de saúde, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente.

Relacionadas a Estrutura / Ambiente:

- Áreas de circulação livre de móveis, objetos e fios elétricos.
- Corrimão nas escadas.
- Pisos antiderrapantes.
- Cama na posição baixa, com as rodas travadas e grades superiores elevadas, com exceção para o preparo de colonoscopia quando as grades deverão ser mantidas elevadas do lado oposto ao sanitário.
- Campainha de enfermagem ao alcance do paciente.
- Campainha de emergência no banheiro.
- Tapete antiderrapante no box do banheiro.
- Piso limpo e seco.
- Sinalização do Risco de Queda nas áreas de CRPA.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Relacionadas ao Paciente/Acompanhante:

Se o paciente for classificado para o risco de queda serão implementadas as medidas preventivas padronizadas e outras de caráter individualizado.

Consulta de Enfermagem:

- Avaliar o risco de queda utilizando a "Escala de Morse" (anexo I).
- Orientar o paciente e acompanhante sobre o risco de queda e a importância do cumprimento das orientações para prevenir a sua ocorrência.
- Fornecer a cartilha "Dicas para Prevenir o Risco de Queda" (anexo II) e "Paciente a sua Segurança Também Depende de Você- Confira as 07 Maneiras de Colaborar" (anexo III), conscientizando o paciente e acompanhante quanto a importância da sua leitura.
- Informar ao paciente quais os fatores que o classificaram para o risco de queda e apresentar as sinalizações que serão utilizadas durante a sua permanência no hospital.
- Enfatizar para o acompanhante sobre a importância de sua permanência junto ao paciente, durante todo o período do internamento e durante o preparo colônico domiciliar.

Unidade de Internação:

- Sinalizar com a etiqueta de cor laranja o Boletim de Internação dos pacientes cirúrgicos com idade ≥ 80 anos ou com escala de Morse indicando o risco elevado (≥45). Tal sinalização indicará o transporte em cadeira de rodas na alta hospitalar.

- Colocar o paciente com risco elevado para queda, se possível, na acomodação mais próxima ao posto de enfermagem (válido para pacientes em preparo colônico e da Clínica da Dor).
- Sinalizar com a placa de cor laranja, "Risco de Queda" (anexo IV) no display de acrílico, que se encontra próximo à régua de gases.
- Reclassificar o paciente para o risco de queda no momento da admissão e modificar a "Escala de Morse" (anexo I), se necessário.
- Observar o grau de assimilação do paciente e acompanhante, na admissão, fortalecendo as orientações quanto às medidas para prevenir a ocorrência de queda.
- Enfatizar ao paciente em preparo colônico, que deambule cautelosamente, com a presença do acompanhante.
- Fortalecer a importância da permanência do acompanhante no quarto.
- Reavaliar a classificação de risco do paciente para queda, após mudança da terapêutica medicamentosa.
- Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas que aumentam o risco de queda, como por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência.
- Encaminhar para centro cirúrgico em maca, o paciente ≥ 80 anos ou com "Escala de Morse" indicando o risco elevado (≥45), demais pacientes em cadeira de rodas com cinto de segurança.
- Encaminhar para Sala de Exames todos os pacientes de Colonoscopia em cama própria do apartamento. Encaminhar o paciente com déficit importante de visão e/ou audição utilizando óculos e/ou aparelho auditivo, para o centro cirúrgico/sala de exames.

- Orientar o paciente/ acompanhante para solicitar equipe de enfermagem para levantar-se do leito, após o procedimento cirúrgico/exame, utilizando a chamada de enfermagem. Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30º e sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 05 minutos).
- Encaminhar para alta em cadeira de rodas com cinto de segurança, o paciente com idade ≥ 70 anos (colonoscopia) e ≥ 80 anos (cirúrgico) ou com a escala de Morse indicando o risco elevado (≥ 45). Na alta hospitalar será considerada a redução de 20 pontos na escala de Morse (retirada do acesso venoso periférico).

Terapia Infusional:

- Sinalizar com a placa de cor laranja, "Risco de Queda" (anexo IV) no display de acrílico, para os pacientes de infusão endovenosa.
- Reclassificar o paciente para o risco de queda no momento da admissão e modificar a "Escala de Morse" (anexo III), se necessário.
- Observar o grau de assimilação do paciente, fortalecendo as orientações quanto às medidas para prevenir a ocorrência de queda.
- Orientar o paciente em terapia endovenosa para solicitar equipe de enfermagem para levantar-se da poltrona, utilizando a chamada de enfermagem.

Centro Cirúrgico:

- Realizar o posicionamento seguro do paciente na mesa cirúrgica utilizando equipamentos e recursos auxiliares para imobilização (faixa de

CÓPIA NÃO CONTROLADA

segurança e coxins), seguindo as recomendações do "PRT-UCC-001-Posicionamento do Paciente na Mesa Cirúrgica".

- Manter a vigilância constante do paciente e se for necessário se ausentar da sala, transferir a responsabilidade para outro membro da equipe.
- Realizar a transferência do paciente da maca para mesa cirúrgica e da mesa cirúrgica para maca seguindo a "ROT-UCC-042 - Transferência do Paciente de Maca para Mesa Cirúrgica e Vice-Versa".

CRPA do Centro Cirúrgico:

- Considerar todos os pacientes como Risco de Queda.
- Manter macas com as grades elevadas e rodas travadas
- Designar um técnico/ aux. de enfermagem exclusivo para acompanhar o paciente pediátrico.
- Manter a vigilância constante do paciente e se for necessário se ausentar da sala, transferir a responsabilidade para outro membro da equipe.

Pequena Cirurgia:

- Encaminhar o paciente para troca de roupa, auxiliando-o se necessário.
- Realizar o posicionamento seguro do paciente na mesa cirúrgica utilizando equipamentos e recursos auxiliares para imobilização (faixa de segurança e coxins), seguindo as recomendações do "PRT-UCC-001-Posicionamento do Paciente na Mesa Cirúrgica".
- Manter a vigilância constante do paciente e se for necessário se ausentar da sala, transferir a responsabilidade para outro membro da equipe.
- Colocar o paciente sentado na mesa cirúrgica, ao término do procedimento e apoiá-lo na utilização da escada.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

- Encaminhar o paciente para troca de roupa, auxiliando quando necessário.
- Avaliar os riscos de queda do paciente, seguindo as orientações deste protocolo, e encaminhá-lo até o seu acompanhante.

Endoscopia Digestiva Alta (EDA):

- Entregar ao paciente o "Marcador de livros- Como posso prevenir quedas?" (anexo V).
- Encaminhar o paciente para Sala de Exames acompanhado do auxiliar de serviços médicos. Os pacientes pediátricos serão acompanhados juntamente com o seu responsável.
- Encaminhar o paciente com dificuldade de deambulação ou em uso de dispositivo de auxílio à marcha, em cadeira de rodas com o cinto de segurança.
- Auxiliar o paciente na utilização da escada e acomodá-lo na maca.
- Manter a grade elevada e as rodas travadas durante o procedimento.
- Manter a vigilância constante do paciente e se for necessário se ausentar da sala, transferir a responsabilidade para outro membro da equipe.
- Transportar o paciente para o CRPA seguindo a "ROT-SLE-006 Transporte do Paciente da Sala de Exames para UI".

CRPA / Colonoscopias:

- Considerar todos os pacientes como Risco de Queda.
- Manter a vigilância constante do paciente e se for necessário se ausentar da sala, transferir a responsabilidade para outro membro da equipe.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

- Manter as placas sinalizadoras de orientações para prevenção dos riscos de quedas.
- Manter as macas com as grades elevadas e rodas travadas.
- Permitir a presença do responsável junto ao paciente pediátrico.

CRPA / EDA:

- Colocar o paciente sentado na maca, após o despertar da anestesia, e apoiá-lo na utilização da escada.
- Orientar o paciente quanto ao risco de queda.
- Acompanhar o paciente na transição da maca para a poltrona.
- Encaminhar o paciente para a recepção em cadeira de rodas com o cinto de segurança nas seguintes situações:

- Idade ≥80 anos;
- Comprometimento do equilíbrio e mobilidade: marcha debilitada, claudicante.
- Uso de dispositivo de auxílio à marcha.
- Em casos de intercorrências, mediante a avaliação da enfermeira.

- Acompanhar o paciente até a recepção e entregá-lo ao acompanhante, orientando-os quanto aos cuidados para evitar queda.

Clínica da Dor- Terapêutica Medicamentosa:

- Avaliar o risco de queda durante a consulta de enfermagem, aplicando a "Escala de Morse" (anexo III) para todos os pacientes submetidos a bloqueio venoso ou periférico.
- Realizar o diagnóstico de enfermagem, registrando o risco de queda conforme a escala de Morse e definindo as intervenções necessárias.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

- Entregar a cartilha “DICAS PARA PREVENIR O RISCO DE QUEDA ” na consulta de enfermagem (anexo VII).
- Reclassificar o paciente para o risco de queda no momento da admissão e modificar a escala de Morse, se necessário. Registar na evolução de enfermagem.
- Observar o grau de assimilação do paciente, fortalecendo as orientações quanto às medidas para prevenir a ocorrência de queda. Orientar o paciente e acompanhante (na consulta de enfermagem e na marcação), a necessidade de acompanhante para a realização da primeira sessão de bloqueio venoso.
- Orientar o paciente, médico assistente, a obrigatoriedade da presença de acompanhante em todas as sessões de bloqueio venoso associado a cetamina.
- Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas que aumentam o risco de queda, como por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência.
- Orientar ao paciente de bloqueio periférico em membro inferior necessidade de acompanhante para alta.
- Orientar o paciente quanto ao uso de muletas ou bengalas no dia que realizar bloqueio de nervo femoral ou ciático, entregando a “Cartilha do Paciente Bloqueio de Nervo Periférico - Infiltrações de ponto de gatilho e infiltrações articulares” (anexo VI).
- Encaminhar para alta em cadeira de rodas com cinto de segurança, o paciente que realizar bloqueio de nervo femoral ou ciático."

CÓPIA NÃO CONTROLADA

- Registrar o Risco de Queda, no campo de observação da placa de identificação do paciente.
- Manter grades das macas elevadas enquanto o paciente permanecer no leito.

Paciente Pediátrico:

FATOR DE RISCO	MEDIDAS DE BARREIRAS
Idade ≤ 03 anos	• Acomodar o paciente, se possível, próximo ao posto de enfermagem. • Acomodar em berço com grades elevadas na altura máxima. • Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa ou fralda. • Transportar o paciente para o CC no colo do responsável e este em cadeira de rodas, com cinto de segurança. No caso de colonoscopia o transporte é realizado no próprio berço.
Idade ≥ 03 anos	• Acomodar em cama com as quatro grades elevadas. • Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas. • Transportar em maca com grades elevadas ou no carro portátil com o cinto de segurança, acompanhado do responsável.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Fatores Cognitivos	• Orientar o responsável sobre o risco de queda relacionado "ao comportamento de risco".
Cirurgia/Exames /Anestesia	• Informar ao responsável sobre o risco de queda relacionada ao efeito do sedativo e/ou anestésico. • Manter a cama baixa com as grades elevadas e rodas travadas. • Avaliar e informar para o responsável se o paciente está liberado ou não para deambular. • Orientar o responsável a levantar o paciente do leito progressivamente (elevar a cabeceira 30º a 45º por 05 minutos) antes de sair da cama. • O paciente deve estar sempre acompanhado, na deambulação, pelo responsável ou profissional de enfermagem.
Medicamentos	• Atentar para uso de classe medicamentosa, que alteram a mobilidade e o equilíbrio; • Orientar o responsável quando houver prescrição de medicamentos, associados a risco de queda; • Orientar o responsável quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas que podem potencializar sintomas tais como:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

	tontura, sonolência, alteração dos reflexos, hipotensão e hipoglicemia.

6. ESCALA DE MORSE

A avaliação do risco de queda é intervenção essencial para a prevenção de quedas (Chang et. al, 2004), sendo para isso importante a correta utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM).

A avaliação possui seis itens principais, com opções de respostas e pontuação relacionada. Quanto maior o escore, maior o risco de queda (anexo III).

- Antecedentes de queda
- Diagnóstico secundário: Diagnóstico médico ou de enfermagem identificado no processo clínico.
- Auxílio na Deambulação
- Terapia Endovenosa / Dispositivo endovenoso
- Marcha
- Estado Mental

Classificação de Risco para quedas de acordo com a Escala de Morse	
Baixo	**0 a 24 pontos**
Moderado	**25 a 44 pontos**
Elevado	**≥45 pontos**

CÓPIA NÃO CONTROLADA

7. CONDUTA E NOTIFICAÇÃO NA OCORRÊNCIA DE QUEDA

7.1. Conduta na Ocorrência de Quedas

- Acomodar o paciente no leito/maca e comunicar, imediatamente, a enfermeira e o anestesiologista/médico assistente para avaliação e exame físico.
- Chamar por ajuda da enfermagem mais próxima e permanecer junto ao paciente se a ocorrência de queda for nas áreas de circulação ou administrativas.
- Registrar no prontuário do paciente, as circunstâncias em que ocorreu a queda e a conduta médica adotada.

7.2. Notificação na Ocorrência de Queda

- Utilizar o sistema GEOQ para registrar o evento e descrever os fatores relacionados, para apoiar na investigação:

- Período do dia que ocorreu o evento.
- Local da queda.
- Como ocorreu a queda.
- Se houve dano.
- Se o paciente estava sozinho ou com acompanhante.
- Existência de fatores que predispõem ao risco para queda, inerentes ao paciente/ ambiente/ organização.

- Registro da avaliação / conduta médica após a queda.
- Encaminhar a notificação para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQS).

8. AUDITORIA CLÍNICA

Este protocolo é auditado anualmente pelo Núcleo de Qualidade e Segurança, através do formulário “Checklist de auditoria do protocolo de prevenção a queda” (anexo VIII) e os resultados são divulgados na reunião do Núcleo de Segurança do Paciente.

9. INDICADORES

O indicador “Incidência de queda de paciente” é institucional e monitorado mensalmente pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Tal indicador visa não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação**.**

As ocorrências de queda em pacientes com preparo para colonoscopia em domicílio e pacientes externos ambulatoriais (consultórios e sala de pequena cirurgia), não serão consideradas para fins deste indicador.
Estas ocorrências serão analisadas e acompanhadas pelo NSP e medidas de barreiras serão implementadas para minimizar o risco.

10. ANEXOS

Anexo I- Cartilha “Dicas para Prevenir o Risco de Queda”
Anexo II- Paciente a sua Segurança Também Depende de Você- Confira as 07 Maneiras de Colaborar.

Anexo III- Escala de Morse

Anexo IV- Placa de sinalização “Risco de Queda” (leito do paciente)

Anexo V- Marcador de livros- Como prevenir quedas?

Anexo VI- Cartilha do Paciente Bloqueio de Nervo Periférico - Infiltrações de ponto de gatilho e infiltrações articulares

Anexo VII- Cartilha “Dicas para Prevenir o Risco de Queda” – Clínica da Dor

Anexo VIII- Checklist de auditoria do protocolo de prevenção a queda

CÓPIA NÃO CONTROLADA

11. ELABORAÇÃO / REVISÃO / APROVAÇÃO

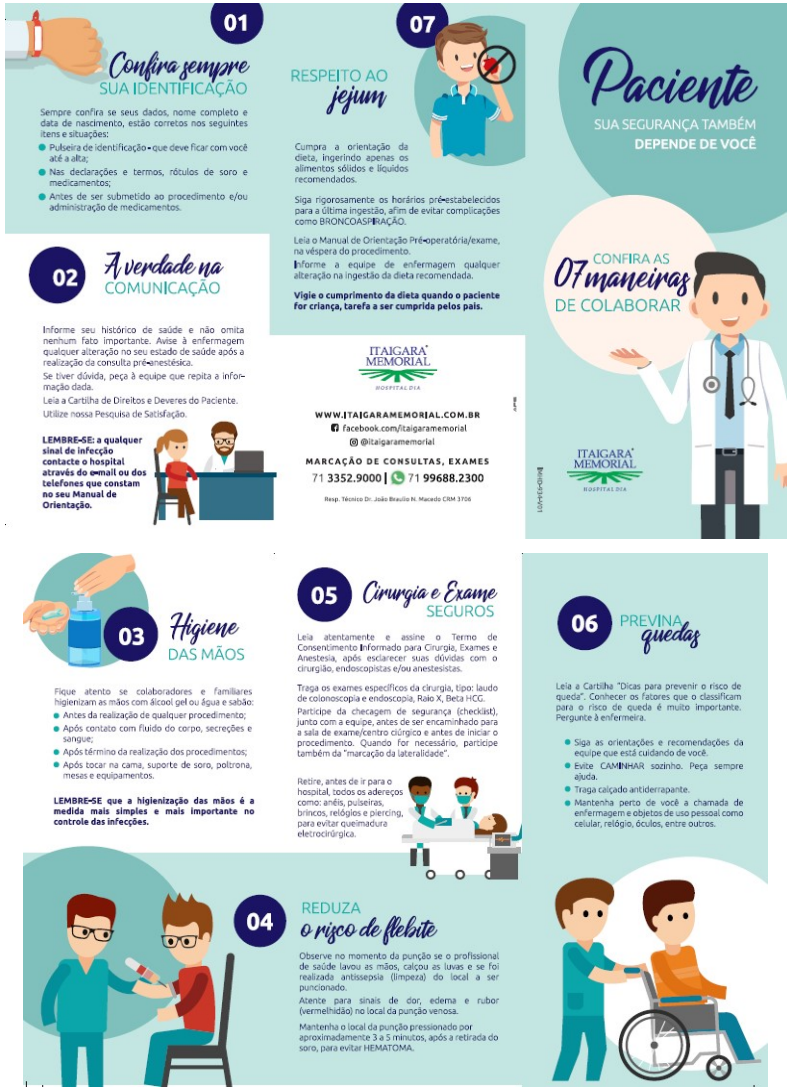
Elaborado por	Revisado por	Aprovado por
Mª de Fátima Ribeiro Coordenadora de Unidade Mirian Barreto Coordenadora da GH Tania Chagas Diretora de Assistência Data: 17/10/2011	Christiane Koester Coord. de Qualidade Diana Rebouças Coord. do CC Fernanda Souza Supervisora de Enfermagem Mª de Fátima Ribeiro Coordenadora de Unidade Mirian Barreto Coordenadora da GH Marcia Gabrielle Superv. de Farmácia Data: 06/10/2022	Tania Chagas Diretora de Assistência Data: 20/10/2022
Vigência: 03 anos a partir da data de aprovação		**Vigência:** 20/10/2025

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo I - Cartilha “Dicas para Prevenir o Risco de Queda”

‘

Anexo II- Paciente sua Segurança também depende de Você - Confira as 07 maneiras de colaborar



Anexo III-Escala de Morse

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

ESCALA DE MORSE

ESCALA DE MORSE - ADAPTAÇÃO DE MORSE FALL SCALE		
1. História de quedas nos últimos três meses		**Pontos**
Não	Se o paciente não tiver história de quedas nos últimos três meses.	0
Sim	Se o paciente caiu durante o período de internação hospitalar ou se tem um histórico recente de quedas por fatores fisiológicos nos últimos três meses.	25
2. Diagnóstico Secundário		
Não	Se não existir diagnóstico secundário que possa contribuir para queda.	0
Sim	Se o prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico de enfermagem/médico.	15
3. Auxílio na mobilidade		
Nenhum/Acamado/Repouso leito	Se o paciente deambula sem nenhum equipamento auxiliar, se não sai da cama ou se caminha com apoio de terceiros de forma leve	0
Bengala/Muleta	Se o paciente utiliza bengala, muleta ou andador	15
Mobiliário ou parede	Se o paciente se movimenta utilizando mobiliários ou paredes.	30
4. Terapia endovenosa		
Não	Se o paciente não está em terapia endovenosa ou utiliza dispositivos endovenosa sinalizados ou heparinizados. Medicação efetuada em bólus e quando o paciente utiliza dispositivo totalmente implantado considera-se zero, quando não tiver em uso.	0
Sim	Se o indivíduo utiliza dispositivos endovenosos com ou sem soluções endovenosas em infusão contínua ou não. Perfusão com cateter epidural está incluindo neste item.	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 paciente 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 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 para apoio esse apoio se dá de forma leve somente para se sentir seguro e não para se manter reto.	10
Alterada/Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldades de levantar-se da cadeira, necessidade de apoiar-se nos braços da cadeira para levantar-se ou impulsionar o corpo. Cabeça abaixada e ele olha para o chão, devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, ou a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio a marcha. Quando um membro da equipe auxilia esse paciente a caminhar percebe que o paciente realmente se apoia nele ou que quando utiliza um mobiliário ou corrimão para se apoiar o faz com muita força até que seus dedos da mão fiquem brancos.	20
6. Estado Mental		
Orientado	Quando o paciente é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço.	0
Desorientado/Confuso	Quando o paciente não é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço ou não responde.	15
Classificação do Risco: Somar os pontos dos itens.	**Total**	
Tabela de comparação: Baixo Risco- 0-24 / Risco Moderado- 25-44 / Risco Elevado- -≥45		

Fonte: Adaptada de URBANETTO et al, 2013.

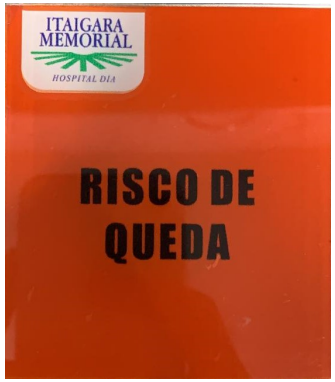
Observação: "Diagnóstico secundário" são consideradas doenças ou condições de saúde do paciente que mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda. Como por exemplo: hipotensão, déficits nutricionais, insônia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crônicas como diabetes, hipertensão.

Nota: Cada item só pode ser marcado uma única vez.

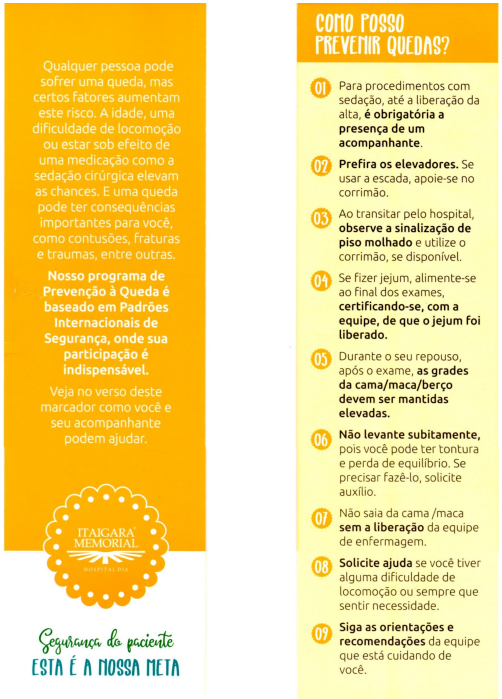
CÓD-IMHD-1016 Versão 00 – Pág. 1/1

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo IV- Placa de sinalização “Risco de Queda” (leito do paciente)



Anexo V- Marcador de livros- Como prevenir quedas?



CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo VI- Cartilha do Paciente Bloqueio de Nervo Periférico - Infiltrações de ponto de gatilho e infiltrações articulares

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo VII- Cartilha “Dicas para Prevenir o Risco de Queda” – Clínica da Dor

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Anexo VIII- Checklist de auditoria do protocolo de prevenção a queda

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA
DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO A QUEDA

UNIDADE: HD I ( ) HD I- CD ( ) HD II ( ) GH ( ) **DATA DA AUDITORIA: _____ / _____ / _____**

MOMENTO 1

AUDITORIA DO PRONTUÁRIO	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES
Paciente avaliado como risco de queda?				Verificar os registros no prontuário (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico e Intervenção de enfermagem pré-operatória, Avaliação de Enfermagem na Endoscopia Digestória Baixa, Lista de Verificação de Exame Seguro - Registro da Enfermagem na Sala de Exame-CRPA)
Sinalizado em prontuário o(s) fator(es) de risco?				Verificar evidência Histórico de Enfermagem
Prontuário sinalizado como risco de queda?				Verificar evidência da etiqueta laranja no Histórico de Enfermagem e no BI se houver: Fatores: ≥ 60anos ou com escala de Morse indicando o risco elevado (≥45).
Sinalizado o grau de risco de queda?				Verificar evidência do preenchimento da Escala de Morse
Foi identificado no prontuário a entrega da cartilha de Queda?				Verificar evidência Histórico de Enfermagem
Paciente reavaliado no momento da admissão na UI / Sala de Administração de Medicamentos?				Verificar evidência "Diagnóstico e Intervenção de enfermagem pré-operatória" ou "Avaliação de Enfermagem na Endoscopia Digestória Baixa" ou "Evolução de enfermagem"
Foi identificado o meio de transporte utilizado no encaminhamento do paciente para o CC ou Salas de Exames?				Verificar evidência "Diagnóstico e Intervenção de enfermagem pré-operatória" ou "Avaliação de Enfermagem na Endoscopia Digestória Baixa" Não se aplica para a Clínica da Dor.
Foi identificado o meio de transporte utilizado na alta hospitalar?				Verificar evidência " Anotação e Orientação de Enfermagem" "Avaliação de Enfermagem Pós Endoscopia Digestória Baixa."

Nº do prontuário: _____ **Nº do atendimento:** _____

COD-IMHD-032 Versão 04 – Pág. 1/3

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA
DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO A QUEDA

UNIDADE: HD I ( ) HD I- CD ( ) HD II ( ) GH ( ) **DATA DA AUDITORIA: _____ / _____ / _____**

Momento 2

SETOR AVALIADO: _____

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE Identificar as barreiras de prevenção do risco de queda:	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES
Placas de Risco de Queda nos quartos?				Verificar evidência na acomodação do paciente
Grades elevadas e camas/berço travados?				
Presença de barras de segurança junto ao vaso sanitário e box do banheiro?				
As áreas de circulação (da acomodação) estão livres de objetos e fios?				
Presença de corrimão nas escadas?				
As escadas estão sinalizadas?				(Verificar evidência de placas)
As áreas de circulação estão livres de objetos e fios?				
Os pisos estão lisos e sem desníveis ou buracos				(Verificar evidência no chão dos estacionamentos utilizados pelos pacientes)
Realizar percurso do trajeto percorrido pelo paciente avaliando possíveis situações de risco para queda.				Exemplo: ralo sem tampa, desníveis de piso, piso molhado sem placa de sinalização, etc.
Está sendo entregue o marcador de livros para pacientes de Endoscopia				Se aplica somente a GH.
AVALIAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	**C**	**NC**	**N/A**	**ORIENTAÇÕES**
Foi identificado nos setores, cadeiras de rodas com o dispositivo de segurança?				
As manutenções preventivas das macas, berços e cadeiras de rodas estão em dia? Encontra-se sinalizada no equipamento?				
AVALIAÇÃO DO PACIENTE (Abordar o paciente)	**C**	**NC**	**N/A**	**ORIENTAÇÕES**
O paciente foi orientado sobre o risco de queda na consulta de enfermagem?				
Paciente assimilou a importância do processo de Risco de Queda?				
Verificar na alta como foi realizado o transporte do paciente.				Verificar evidência do encaminhamento em cadeira de rodas com cinto de segurança para pacientes com idade ≥ 80 anos, com 02 fatores de risco (Pacientes cirúrgicos) Verificar a evidência do encaminhamento em cadeira de rodas com cinto de segurança, o paciente com idade ≥ 70 anos ou com dois fatores de risco. (Pacientes colonoscopia) Verificar evidência do encaminhamento em cadeira de rodas com cinto de segurança para pacientes que realizam bloqueio de nervo femoral ou ciático. (Pacientes Clínica da Dor)

COD-IMHD-032 Versão 04 – Pág. 2/3

ITAIGARA MEMORIAL HOSPITAL DIA

CHECKLIST DE AUDITORIA CLÍNICA
DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO A QUEDA

AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	C	NC	N/A	ORIENTAÇÕES
A equipe de enfermagem está consciente da importância do protocolo de Prevenção ao Risco de Queda?				
A equipe de enfermagem tem conhecimento de como agir diante de uma ocorrência de queda?				
OBSERVAÇÕES:				
ASSINATURA DO AVALIADOR:				

COD-IMHD-032 Versão 04 – Pág. 3/3

CÓPIA NÃO CONTROLADA