1. INTRODUÇÃO:

Queda é um "evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial", podendo ou não resultar em algum dano.

A queda pode ocorrer da própria altura, maca, cama, cadeiras de rodas, poltronas/sofás, cadeiras, vasos sanitários entre outros.

O evento queda pode ser classificado em: sem dano (nenhum dano), dano leve (quando paciente apresenta sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração), moderado (quando paciente necessita de intervenção, prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo), grave (quando o paciente necessita de intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico/cirúrgica ou causa grandes danos permanentes ou em longo prazo) e óbito relacionada à queda.

Segundo estudo recente, um em cada sete pacientes sofre algum evento adverso durante o período de internação.

Dentre os inúmeros eventos adversos que o paciente pode sofrer em uma instituição de saúde, a queda está incluída como um dos mais relevantes, sendo que em 70% destas quedas ocorrem no quarto do paciente.

A ocorrência das quedas varia de acordo com as características dos pacientes e da instituição, com índices de 1,4 a 13 quedas para cada 1000 pacientes – dia e não há relatos de diferença de densidade de incidência de quedas entre as unidades de internação.

Estudo realizado no HCFMB por Garcia (2018) verificou que o índice geral de quedas foi de 0,83 por 1000 pacientes dia. Entretanto, o índice de quedas por unidade de internação variou de 0,13 a 7,26 quedas/1000 pacientes–dia, sendo a unidade de pronto-socorro com maior percentual. Neste estudo também observou-se que a faixa etária predominante dos pacientes que sofreram quedas foi acima de 60 anos.

As quedas sofridas pelos pacientes durante sua internação demonstram falha de segurança, contribuem para o aumento do tempo de permanência hospitalar, aumento dos custos hospitalares, piora das condições de recuperação e, algumas vezes, danos irreversíveis, como por exemplo, o óbito. Estas situações geram ansiedade na equipe de saúde e produzem repercussões

na credibilidade da instituição, além de implicações de ordem legal. Este assunto tem sido alvo de investigações, estudos e intervenções nas instituições de saúde.

2. OBJETIVO:

O presente material tem como objetivo evitar a ocorrência de quedas de pacientes nas áreas de assistência da instituição, com a adoção de medidas para avaliação do risco e garantia de cuidado com qualidade e ambiente seguro.

3. PÚBLICO ALVO:

Equipe de Enfermagem, equipe médica e demais membros da equipe multiprofissional do Complexo Autárquico do HCFMB.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estão incluídos neste protocolo todos os pacientes internados no Complexo Autárquico do HCFMB.

5. CONDUTA:

De acordo com recomendações da ANVISA, devem ser realizadas avaliações do risco de queda de todos os pacientes diariamente e ações preventivas.

5.1. Fatores de Risco Para Queda:

1) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.

2) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade, agitação motora, desorientação (tempo e espaço)

3) Condições de saúde e presença de doenças crônicas: acidente vascular cerebral prévio; hipotensão postural; tontura; convulsão; 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, hipoglicemia) e hipotensão

4) Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha; fraqueza muscular e articulares; amputação de membros inferiores; e deformidades nos membros inferiores.

5) Comprometimento sensorial: visão; audição; ou tato.

6) Equilíbrio corporal: marcha alterada.

7) Uso de medicamentos: Benzodiazepínicos; Antiarrítmicos; Anti-histamínicos; antipsicóticos; antidepressivos; digoxina; diuréticos; laxativos; relaxantes musculares; vasodilatadores; hipoglicemiantes orais; insulina; e polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

8) Obesidade severa.

9) História prévia de queda.

Estes fatores de risco devem ser mensurados por meio da aplicação da escala de prevenção de quedas (anexo I) na admissão do paciente, **diariamente** e sempre que for observada alteração na condição do mesmo, por exemplo: a escala foi aplicada no período da manhã, porém de manhã o paciente estava sedado, com baixo risco de queda e, no período da tarde, foi desligada a sedação, então a escala de risco de queda deve ser aplicada novamente.

A aplicação da escala de prevenção de quedas gerará um escore, que deve ser interpretado da seguinte maneira, de acordo com a **somatória dos pontos**:

- Escore de 0-5 pontos**:** Baixo Risco
- Escore de 6-13 pontos: Risco moderado
- Escore > 13 pontos: Alto risco

5.2. Medidas que deverão ser adotadas para pacientes com alto risco para queda:

- Os pacientes que tiverem o escore de “ALTO RISCO DE QUEDA”, devem receber uma pulseira vermelha, com a inscrição “RISCO DE QUEDA”, que deve ser colocada na região do punho esquerdo, ao lado da pulseira de identificação.

- Demais cuidados devem ser adotados para o paciente com alto risco de queda:

a) Avaliar a possibilidade do paciente ficar com acompanhante;

b) Informar ao paciente e ao familiar sobre o alto risco de queda;

c) Transferir o paciente para leito que fique próximo ao posto de enfermagem, logo que possível;

d) Realizar prescrição de enfermagem de risco de queda;

e) Realizar orientação para que o paciente utilize calçados antiderrapantes;

f) Realizar orientação para que o paciente não se levante subitamente, devido ao risco de hipotensão postural e tontura;

g) Se a deambulação for liberada, esta deverá ser realizada sempre com auxílio da enfermagem ou do fisioterapeuta;

h) Manter grades da cama elevadas durante todo o período;

i) Realizar a orientação para que o paciente aguarde ser encaminhado ao banho de aspersão pela equipe de enfermagem;

j) Realizar orientação para que o paciente solicite a equipe de enfermagem, quando houver necessidade de realizar suas necessidades fisiológicas;

k) Pertences e objetos mais utilizados devem ser mantidos ao alcance do paciente;

l) Informar às equipes do serviço social e de enfermagem o período no qual o paciente permanecerá sem acompanhante.

5.3. Medidas Preventivas para Todos os Pacientes

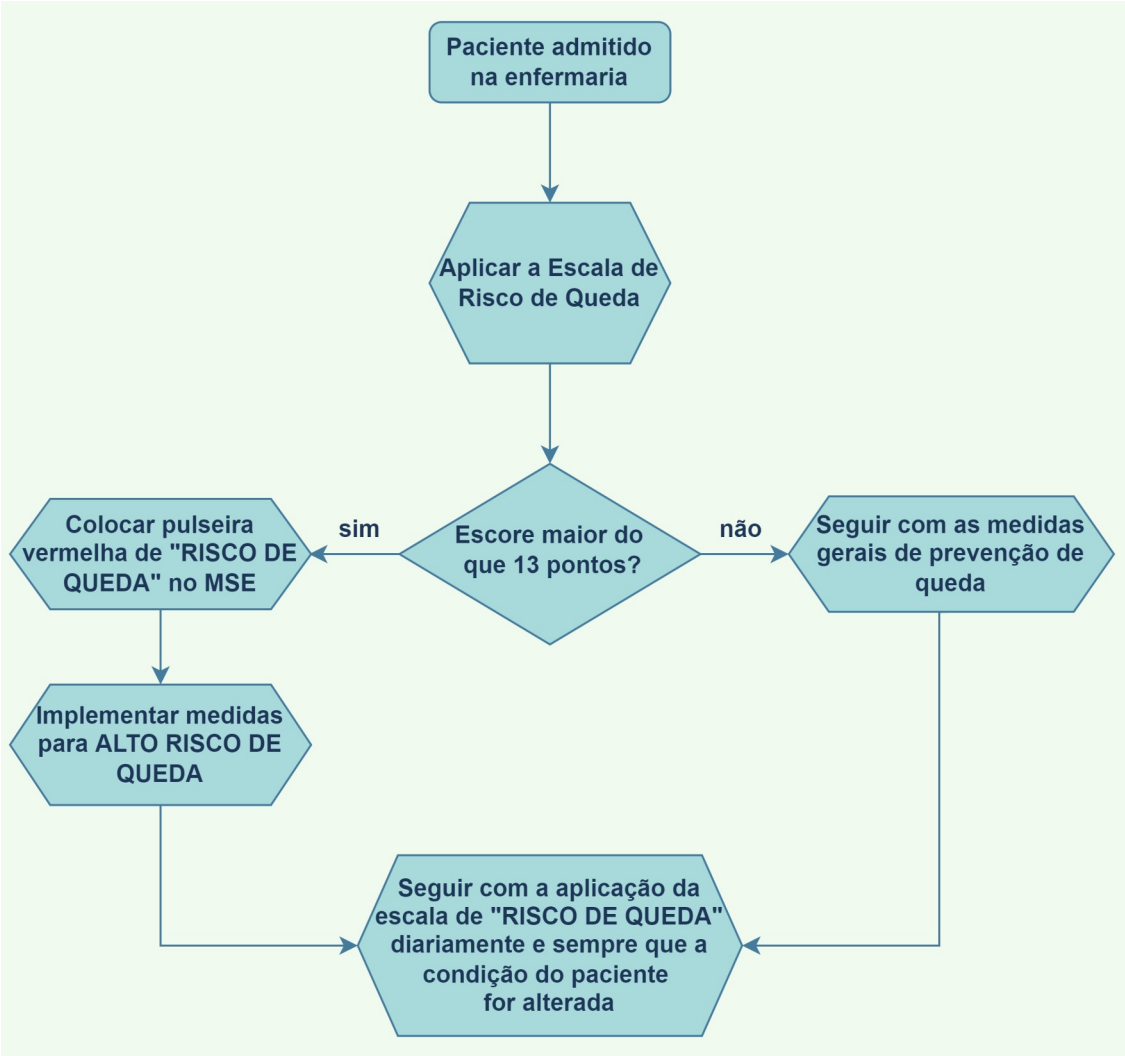
a) Ambiente seguro:

- Pisos antiderrapantes, mobiliário adequado e iluminação adequada;
- Corredores livres, isto é, sem obstáculos que possam favorecer a queda.
- Procedimentos seguros para transporte seguro de pacientes (deambulação, macas ou cadeiras de rodas).

b) Educação dos pacientes e familiares:

Pacientes e familiares deverão ser orientados quanto ao risco de quedas, danos causados e prevenção de ocorrência no ato da admissão e durante sua permanência na instituição.

5.4. Fluxograma:



6. AÇÕES APÓS A QUEDA DO PACIENTE:

O Time de Trauma deve ser acionado nos casos de queda de paciente, pelo ramal 6555. Deve ser dito que se trata de "Código de Queda" e então o Time de Trauma atuará.

Devem ser observados fatores que podem contribuir para o aumento da gravidade do dano em caso de queda, em especial risco elevado de fratura (osteoporose e fraturas anteriores) e sangramento (uso de anticoagulante e doenças sanguíneas).

A equipe de enfermagem e médica devem realizar anotações no prontuário, relacionadas à história da queda (data, local, descrição do evento), às condutas adotadas e ao dano causado ao paciente.

O paciente deve ter o fator de risco alterado para "alto risco de queda" e o plano de cuidados deverá ser baseado nesta nova classificação.

A família deve ser comunicada sobre a queda e envolvida nas ações do plano de cuidado.

O evento de queda deve ser notificado, via sistema informatizado institucional (Portal de sistemas HCFMB), ao Núcleo de Segurança do Paciente.

7. INDICADORES

Serão gerados indicadores relacionados às quedas:

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda.
- Número de quedas com dano.
- Número de quedas sem dano.

Índice de quedas [(nº de eventos / nº de paciente-dia) X 1000

8. RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO E REVISÃO DO PROTOCOLO

- **Elaboração:** Profª. Drª. Silvana Andreia Molina, Enfª. Me. Juliana da Silva Oliveira e Enfª. Me. Danielle da Cruz Garcia.

- **Revisão:** Enfª Me. Juliana da Silva Oliveira, Enfª. Márcia Cercal Fernandes, Darlene Bravim Cerqueira, Mariele Gobo de Oliveira.

9. REFERÊNCIAS

1. Barros AM, Rodrigues C, Ornelas G, Silva N, Góis R, Freitas S, et al. Manual de boas práticas para a prevenção de quedas na UAII da rede de cuidados continuados. Funchal: Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira; 2007.
2. Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Rev Bras Enferm. 2007;60(1):32-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 02: Protocolo para Preveção de Quedas. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. 03/05/2013. Acesso em: 03/01/2018. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controleHYPERLINK ""infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf
4. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Santesso PL, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm [periódico na internet]. 2012, 46(1):67-74.
5. Gama ZAS, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas enancianos: revisión sistemática. Rev Saude Publica. 2008;42(5):946-956.
6. Moura RN, Santos FC, Drumeier M, Santos LM, Ramas LR. Quedas em idosos: fatores de risco associados. Gerontologia. 1999;7(2):15-21.
7. Martinez MC, Iwamoto VE, Latorre MRDO, Noronha AM, Oliveira APS, Cardoso CEA, ET AL. Adaptação transcultural da *Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool* para avaliação do Risco de Quedas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016
8. National Health Services (NHS). National Patient Safety Agency. Slips, trips and falls in hospital [Internet]. London: NHS; 2007 [citado 21 Jan 2018]. Disponível em: http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=61390&.
9. Sales MVC, Silva TJA, Gil Júnior LA, Jacob Filho W. Efeitos adversos da internação hospitalar do idoso. Geriatr Gerontol. 2010;4(4):238-46.

10. ANEXO

10.1. Anexo 1

A escala deve ser aplicada diariamente, para todos os pacientes internados.

Escala de Risco de Queda *Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool* traduzida e adaptada para língua portuguesa.

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável:

Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.

( ) Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrição) - **Baixo Risco de Queda**

( ) Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão - **Alto Risco de Queda durante todo o período da internação**

( ) Paciente apresentou uma queda durante a internação atual - **Alto Risco de Queda durante todo o período da internação**

( ) Se o paciente apresenta risco de sangramento, fragilidade óssea ou passou por procedimento cirúrgico há menos de 48h - **Alto Risco de Queda**

- **Se um dos itens anteriores for preenchido, deve-se considerar o resultado colocado à frente do item e não seguir com o preenchimento.**
- **Se nenhum item anterior for preenchido, prossiga preenchendo a escala.**

Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada, o escore da categoria é 0:

- **Idade (selecione apenas uma opção)**

( ) 60-69 anos (1 ponto)

( ) 70-79 anos (2 pontos)

( ) 80 anos e mais (3 pontos)

- **Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável)**

( ) Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)

- **Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)**

( ) Incontinência (2 pontos)

( ) Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)

( ) Urgência/ aumento da frequência e incontinência (4 pontos)

- **Uso de Medicamentos de alto risco de quedas: opióide, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, diuréticos, hipnóticos, laxantes, sedativos e psicotrópicos (selecione apenas uma opção):**

( ) Em uso de 1 medicamento de alto Risco de Queda (3 pontos)

( ) Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)

( ) Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)

- **Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente. Ex. sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros**

Selecione apenas uma opção

( ) Um equipamento (1 ponto)

( ) Dois equipamentos (2 pontos)

( ) Três ou mais equipamentos (3 pontos)

- **Mobilidade (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)**

( ) Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)

( ) Marcha instável (2 pontos)

( ) Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)

- **Cognição (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)**

( ) Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)

( ) Impulsividade - comportamento imprevisível ou arriscado (2 pontos)

( ) Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)

Somatória dos Pontos

*Baixo Risco: escore de 0-5 pontos

*Risco moderado: escore de 6-13 pontos

*Alto risco: escore > 13 pontos