



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO AMBIENTAL RELACIONADOS À QUEDA DE PACIENTES NA UAPSF



ATALAIA
2023
REVISÃO
2025

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.
CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br

PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS UAPSF

1. Finalidade

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes em observação e o dano dela decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Essas medidas devem resguardar a dignidade do paciente.

2. Abrangência

As recomendações deste protocolo aplicam-se a UAPSF, incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste serviço e abrangem todo o período de permanência do paciente e todos os ambientes da UAPSF.

3. Justificativa

O risco de queda de pacientes está presente em hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Oliver, Healey e Haines (2010) indicaram uma taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos que variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Segundo esses autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

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

Estudo em hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos largados ao chão. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos países.

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

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na

credibilidade da instituição e de ordem legal. Quedas de pacientes também podem interferir na continuidade do cuidado. Há relato de maior taxa de transferência para ambientes de cuidado de longa permanência dentre os pacientes que sofreram queda.

A queda de pacientes em hospitais geralmente está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico. Entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções a avaliação do risco de queda, a identificação do paciente com risco através de sinalização à beira do leito ou pulseira, o agendamento dos cuidados de higiene pessoal e relacionados às necessidades fisiológicas para os pacientes de risco, a revisão da medicação, a atenção aos calçados utilizados pelos pacientes, a educação dos pacientes e dos profissionais, a revisão após a ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas, dentre outros.

Estudo realizado em hospital privado localizado na cidade de São Paulo apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 – 1,45 por 1.000 pacientes-dia-, que estava associada à implementação de um protocolo de gerenciamento de quedas.

4. Definição

4.1. Queda: Deslocamento não intencional do corpo 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. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

4.2. Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, incluindo-se doenças, dano ou lesão, sofrimento, incapacidade ou disfunção e morte. Pode, assim, ser físico, social ou psicológico.

4.3. Fatores contribuintes: circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.

5. Intervenções

5.1. Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Neste momento também se deve avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado 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.

5.1.1. Fatores predisponentes específicos que aumentam o risco de queda

- a) Demográfico: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos.
- b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas:
 - acidente vascular cerebral prévio,
 - hipotensão postural,
 - tonteira,
 - baixo índice de massa corpórea,
 - anemias,
 - insônia,
 - incontinência ou urgência miccional,
 - artrite,
 - osteoporose,
 - alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).
- d) Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD), necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular, problemas articulares e deformidades nos membros inferiores.
- e) Comprometimento sensorial: comprometimento da visão, audição ou tato.
- f) Equilíbrio corporal: marcha alterada.
- g) Uso de medicamentos:
 - benzodiazepínicos,
 - antiarrítmicos,
 - anti-histamínicos,
 - antipsicóticos,
 - antidepressivos,
 - digoxina,
 - diuréticos,
 - laxativos,
 - relaxantes musculares,
 - vasodilatadores,
 - hipoglicemiantes orais,

- insulina,
- Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicações).

h) Obesidade mórbida.

i) História prévia de quedas.

5.1.2. Perfil de paciente com alto risco de queda

a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos 1 (um) fator predisponente.

b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator predisponente. Anda com auxílio ou se locomove em cadeiras de rodas.

c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores predisponentes.

5.1.3. Perfil de paciente com baixo risco de queda

a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores predisponentes.

b) Indivíduo independente e sem nenhum fator predisponente.

As escalas utilizadas com mais frequência nacional e internacionalmente – Morse (REF) e St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY) (REF) – possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que predispõem à queda. Estas escalas permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda.

Este protocolo não adota nenhuma escala em particular e teve como foco o paciente com risco de queda.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específica para determinado tipo de paciente: internado, pediátrico etc. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

Vale destacar que nenhuma das escalas de risco publicadas passou por processo de tradução e adaptação para uso no Brasil e validação de suas propriedades de medida. Além disso, salientamos que tais escalas não são de acesso livre.

5.2. Ações preventivas

5.2.1. Medidas Universais

Os serviços de saúde deverão adotar medidas universais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de

cuidado seguro conforme legislação vigente— por exemplo: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de entulho —, o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes. Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares não só sobre o risco de queda e de dano por queda como também sobre como prevenir sua ocorrência é fundamental. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente na UAPSF. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

5.2.2. Medidas Individuais

Todos os pacientes internados devem ter o seu risco de queda avaliado diariamente.

O resultado da avaliação do risco de queda e de dano da queda do paciente deve ser registrado no prontuário.

A UAPSF deve estabelecer o profissional que será responsável por definir as ações de caráter preventivo para pacientes com risco de queda.

Na presença ou no surgimento de risco de queda, este deve ser comunicado aos pacientes e familiares e a toda equipe de cuidado. Por exemplo, pacientes em anticoagulação que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado.

A UAPSF deve ter mecanismos de supervisão dos pacientes em uso de sedativos e hipnóticos, tranquilizantes, diurético, anti-hipertensivo e antiparkinsoniano.

Processos devem ser estabelecidos para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão.

Deve-se fazer a reavaliação dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator predisponente.

Medidas preventivas adequadas a cada paciente devem ser prescritas e implementadas.

É necessário individualizar as medidas, visto que os fatores contribuintes podem ser diferentes de acordo com o paciente.

No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação dos possíveis danos.

5.3. Análise dos pacientes

A realização de análise dos pacientes que sofreram queda permite a identificação de fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

Os itens abaixo detalhados são componentes frequentes das intervenções para prevenção de queda.

Tabela 1 - Fatores contribuintes para queda e intervenções relacionadas (Pacientes adultos)

Fator Contribuinte	Intervenções
Idade	Sem intervenções específicas para este fator de risco.
Histórico de Queda	- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. - 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 paciente.
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	- Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. - Verificar o uso de diuréticos ou laxantes. - Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.
Medicações	- Realizar revisão da prescrição medicamentosa. - Solicitar avaliação do farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis, efeitos colaterais e quadro clínico do paciente). - Avaliar a necessidade de uso de grade no leito/maca. - Orientar o paciente e/ou família/acompanhante sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, que aumentam o risco de queda.
Fator de Risco	Intervenções
	Orientar quanto ao

Uso de Equipamentos/Dispositivos	dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso. • Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente. • Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída (caso possa sair sozinho do leito). • Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado. • Avaliar a necessidade de uso de grade do leito/maca.
Mobilidade/Equilíbrio	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. • Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado. • Orientar o paciente/família para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da maca, acompanhado ou não por profissional da equipe de cuidado. • Avaliar a necessidade de uso de grade do leito/maca. • Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. • Avaliar a independência e autonomia para deambulação e necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente.
Cognitivo	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. • Avaliar a necessidade de uso de grade do leito/maca. • Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. • Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. • Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama. • Considerar na avaliação clínica as

	condições em que o paciente estiver em jejum. • Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado. • Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente
--	--

Tabela 2 - Fatores contribuintes para queda e intervenções relacionadas (Pacientes pediátricos)

Fator Contribuinte	Intervenções
Idade	• Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico) • ≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o "Termo de recusa de tratamento". A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação clínica da enfermeira. • > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as 4 grades elevadas Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico) • ≤ 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas. • > 6 meses ≤ 36 meses: o Em maca – deitada junto com o responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação. o Em cadeira de rodas no colo do responsável. • > 36 meses: em maca (deitado ou não com o responsável) ou em cadeira de rodas no colo do responsável, dependendo da avaliação clínica da enfermagem. Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).
Sexo	• Sem intervenções específicas para este fator de risco quando pontuado.

Diagnóstico	• Orientar família/paciente sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda. • Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda. • Não levantar do leito sozinho (de acordo com a idade e condições clínicas). • Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para a família/responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular. • Acompanhar sempre a criança na deambulação (no sala de medicação/procedimento, no banheiro e na sala de espera). • Avaliar o uso de grade. • Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas. • Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável. • Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico quando necessário (conforme fator de risco identificado).
Fatores Cognitivos	• Orientar a família e/ou responsável sobre o risco de queda relacionado ao "comportamento de risco" de acordo com a faixa etária da criança.
História Pregressa/Atividade	• Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. • Não levantar do leito sozinho (score 3 e 4) quando há história de queda pregressa com dano grave.
	• Informar o paciente e/ou família/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.

Sedação/ Anestesia/ Procedimento	• Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeça 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama. • Sair do leito acompanhado pela enfermagem. • Se o paciente estiver em cama, permanecer com as 4 grades elevadas. • O jejum por longo período deve ser levado em consideração.
Medicações	• Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem). • Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão. • Orientar paciente e/ou família/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda. • Não levantar da maca sozinho. • Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou família/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos. • O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda

6. Procedimentos Operacionais

6.1. Avaliação inicial do risco de queda do paciente (pacientes internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos).

6.2. Identificação do profissional responsável pela definição das medidas específicas de prevenção de queda.

6.3. Orientação do paciente e dos familiares sobre as medidas preventivas individuais, sendo sugerida a entrega de material educativo específico.

6.4. Colocação de sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado.

6.5. Implementação dos procedimentos específicos para a prevenção de queda nos pacientes com risco.

6.6. Definição da supervisão periódica no caso de pacientes em uso de medicação que aumente o risco queda.

6.7. Anotação no prontuário do paciente de todos os procedimentos realizados.

6.8. Adoção de processos para garantir o atendimento imediato ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar.

6.9. Avaliação e tratamento dos pacientes que sofreram queda e investigação do evento.

7. Estratégias de monitoramento e indicadores

Criação de um sistema de notificação de quedas e avaliação de suas causas.

7.1. Indicadores

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
- Número de quedas com dano.
- Número de quedas sem dano.
- Índice de quedas $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) * 1000]$: este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

8. Referências Bibliográficas

Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS - Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz
03/05/2013



ATALAIA

PREFEITURA DA CIDADE

ELABORADO:

G.R.
GABRIELA NAIARA RODRIGUES
ENFERMEIRA ATENÇÃO BÁSICA
COREN – 447635

REVISADO:

R.F.
REGIANE FERNANDA FUMAGALI
ENFERMEIRA ESF
COREN – 249214

APROVADO:

Cristiani AO
CRISTIANI ANDRÉIA OLIVEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cristiani AO
Cristiani Andréia Oliveira
Secretária M. de Saúde e
Vigilância Sanitária
RG: 6.792.088-0



Mariana
Mariana Jussani Nalin Siroto
Enfermeira
CORENPR 263921

LIBERATIS EXCUBITOR

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.
CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br