



Protocolo Institucional

# PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Protocolo elaborado pela equipe do Núcleo de Segurança do Paciente

Santo Antônio da Patrulha, 10 de abril de 2025





## SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
POP	Procedimento Operacional Padrão





## SUMÁRIO

<b>1 DEFINIÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>3 JUSTIFICATIVAS.....</b>	<b>4</b>
<b>4 INTERVENÇÕES.....</b>	<b>6</b>
4.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA.....	6
4.2 FATORES DE RISCO PARA QUEDA.....	6
4.3 AÇÕES PREVENTIVAS.....	7
<b>5 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>6 ESTRATÉGIA DE NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS E MONITORAMENTO DE DESEMPRENHO.....</b>	<b>13</b>
<b>7 INDICADORES.....</b>	<b>13</b>
<b>8 ANEXO.....</b>	<b>14</b>
<b>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>18</b>



## **1. DEFINIÇÃO**

A queda pode ser definida como o ato ou efeito de cair, caracterizado por um movimento de descida repentina, geralmente involuntário, resultando na perda de equilíbrio, posição ou sustentação. No ambiente clínico e hospitalar, considera-se uma queda não apenas quando o paciente é efetivamente encontrado no chão, mas também quando, durante o deslocamento, necessita de apoio de outra pessoa para evitar a queda, mesmo que não chegue a tocar o solo.

## **2. OBJETIVOS**

Este protocolo tem como principal finalidade minimizar a incidência de quedas de pacientes nas áreas de assistência à saúde, bem como reduzir os danos físicos e emocionais decorrentes desses eventos. Para isso, estabelece diretrizes baseadas na identificação precoce e sistemática dos fatores de risco, por meio de instrumentos padronizados de avaliação clínica.

Além disso, promove a atuação integrada da equipe multiprofissional, fortalecendo a cultura de segurança do paciente em todas as etapas do cuidado. O protocolo também enfatiza a importância da educação contínua e da orientação adequada aos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, visando à construção de um ambiente assistencial mais seguro, humanizado e eficaz.

## **3. JUSTIFICATIVA**

De maneira geral, a hospitalização aumenta o risco de quedas, uma vez que os pacientes estão em ambientes desconhecidos, frequentemente apresentam condições que favorecem quedas, como demência e osteoporose, e muitos tratamentos, incluindo o uso de múltiplos medicamentos, podem agravar esse

risco. Pesquisas apontam que a taxa de quedas em hospitais de países desenvolvidos varia entre 3 a 5 quedas a cada 1.000 pacientes-dia. Os estudos revelam que as quedas não acontecem de forma uniforme, sendo mais comuns em unidades com maior concentração de pacientes idosos, nas áreas de neurologia, psiquiatria e reabilitação.

As quedas podem ocorrer em diversas situações e superfícies, sendo consideradas incidentes tanto quando ocorrem da própria altura quanto a partir de superfícies elevadas. Entre os exemplos mais comuns estão quedas de camas, macas, cadeiras, cadeiras de rodas, poltronas, berços, trocadores de fraldas, banheiras, entre outros mobiliários utilizados no cuidado ao paciente.

Esse tipo de ocorrência representa um risco importante à segurança do paciente, podendo causar lesões físicas, traumas emocionais e impactar negativamente na recuperação clínica. Por isso, a prevenção e a identificação de fatores de risco para quedas devem fazer parte das rotinas assistenciais e de vigilância em saúde.

As quedas de pacientes causam danos em 30% a 50% dos casos, sendo que entre 6% e 44% desses pacientes sofrem lesões graves, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. Além dos danos físicos, as quedas afetam a mobilidade dos pacientes e podem gerar sentimentos de ansiedade, depressão e o medo de novas quedas, o que, por sua vez, aumenta o risco de futuros acidentes.

Esses eventos também contribuem para o aumento do tempo de internação hospitalar e dos custos com o tratamento, além de gerar ansiedade na equipe de saúde e prejudicar a credibilidade da instituição. Em geral, as quedas em hospitais estão associadas a fatores tanto relacionados ao paciente quanto ao ambiente físico. Entre os fatores relacionados ao paciente, destacam-se a idade avançada, histórico recente de quedas, diminuição da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Existem algumas intervenções que podem serem adotadas como ação preventiva a queda, são elas:



- Avaliação de risco (escala de morse)
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira leito e pulseira de risco de queda.
- Atenção aos calçados utilizados.
- cuidados nos momento de higiene pessoal
- Educação dos profissionais e cuidadores.
- Notificação da ocorrência de quedas.

#### **4. INTERVENÇÕES**

##### **4.1. Avaliação do risco de queda**

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente, para este fim, utilizamos de uma escola específica chamada escala de morse( ANEXO 1). A Escala de Morse é uma ferramenta utilizada para avaliar o risco de quedas em pacientes. Ela é composta por seis critérios, sendo que cada um é atribuído uma pontuação variando de 0 a 30 pontos. A soma dos pontos gera um escore de risco, o qual classifica o paciente em baixo, médio ou alto risco.

Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Na admissão deve-se também 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.

Para a avaliação de risco para crianças e adolescentes utiliza-se a escala de Humpty Dumpty ( ANEXO 2). A escala é utilizada para documentar fatores de risco, identificar pacientes que possuem risco de queda, prevenir quedas, refletir sobre as consequências que uma queda pode causar.

##### **4.2. Fatores de risco para queda**

- 1) Demográfico: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos.
- 2) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.



- 3) Condições de saúde e presença de doenças crônicas: acidente vascular cerebral prévio; 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, hipoglicemia).
- 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; antihistamínicos; antipsicóticos; antidepressivos; digoxina; diuréticos; laxantes; relaxantes musculares; vasodilatadores; hipoglicemiantes orais; insulina; e Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
- 8) Obesidade severa.
- 9) História prévia de queda

#### **4.3. Ações Preventivas**

A unidade de saúde, com a orientação de seu Núcleo de Segurança do Paciente, deve implementar medidas gerais para prevenir quedas de todos os pacientes, independentemente do risco. Essas ações incluem a criação de um ambiente seguro para o cuidado, conforme a legislação vigente, como pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos (como equipamentos, materiais e entulhos), o uso de vestuário e calçados apropriados, além de garantir a movimentação segura dos pacientes.(ANVISA,2002) No caso dos pacientes pediátricos, é necessário adaptar as acomodações e o mobiliário de acordo com a faixa etária.

As estratégias de educação para pacientes e familiares devem abordar o risco de quedas e os danos que podem causar, além de fornecer orientações sobre como prevenir sua ocorrência. Essas orientações devem ser realizadas tanto na



admissão quanto durante a permanência do paciente no hospital, com incentivo à elaboração e distribuição de materiais educativos.

Tabela 1 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes adultos hospitalizados)

Fator de risco	Medidas
<b>Idade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos estão contempladas nos itens abaixo.</li></ul>
<b>Histórico de Queda</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).</li></ul>
<b>Necessidades fisiológicas e higiene pessoal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</li></ul>
<b>Medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).</li></ul>







	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar o paciente e 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, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.</li></ul>
<b>Uso de Equipamentos/ Dispositivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</li></ul>
<b>Mobilidade/Equilíbrio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).</li></ul>
<b>Cognitivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</li></ul>





	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</li></ul>
<b>Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Em caso de <b>hipotensão postural</b> – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevantar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).</li></ul>

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

Tabela 2 - Fatores de risco para queda e medidas relacionadas  
(Pacientes pediátricos hospitalizados)

<b>Fator de Risco</b>	<b>Medidas</b>
<b>Idade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Acomodação</b> (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico)</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>≤ 36 meses</b> (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”. <i>A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável.</i></li><li>- <b>&gt; 36 meses</b>: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.</li></ul>





	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Transporte</b> (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>≤ 6 meses:</b> devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas.</li><li>- <b>&gt; 6 meses ≤ 36 meses:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação.</li><li>- Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem).</li></ul></li><li>- <b>&gt; 36 meses:</b> em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável.</li><li>- 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).</li></ul>

<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.</li><li>- Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda.</li><li>- Orientar responsável para que a criança somente levante do leito acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante, de acordo com a idade e com as condições clínicas.</li><li>- Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.</li><li>- A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem).</li><li>- Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas.</li><li>- Orientar o responsável a levantar a criança do leito 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.</li><li>- Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.</li></ul>
<b>Fatores Cognitivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar os responsáveis sobre o risco de queda relacionado ao "comportamento de risco" de acordo com a faixa etária da criança.</li></ul>





<b>História Pregressa/ Atividade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</li><li>- Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave.</li></ul>
<b>Cirurgia/ Sedação/ Anestesia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.</li><li>- Orientar o paciente e/ou familiar/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.</li><li>- Sair do leito acompanhado pela enfermagem.</li><li>- Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).</li><li>- O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;</li></ul>
<b>Medicações</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).</li><li>- Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.</li><li>- Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda.</li><li>- Não levantar do leito sozinho.</li><li>- Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos.</li><li>- O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.</li></ul>

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

## 5. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Um Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento técnico que descreve de forma clara, detalhada e padronizada como uma tarefa ou atividade deve ser realizada dentro de uma organização. Segue POP em ANEXO 3.





## 6. ESTRATÉGIA DE NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS E MONITORAMENTO DE DESEMPENHO

Em casos de ocorrências de quedas, realizar notificação de quedas que localiza-se na intranet ( página institucional). A avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho é uma oportunidade de aprendizagem para a organização, por meio da análise das informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.

## 7. 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. ANEXOS:

### ANEXO 1

#### ESCALA DE MORSE

Escala de Morse Adaptada	Pontuação
<b>1. História de Quedas ( últimos três meses por questões fisiológicas)</b> Não Sim	0 25
<b>2. Diagnóstico Secundário</b> Não Sim	0 15
<b>3. Auxílio na deambulação</b> Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional de Saúde Muletas / Bengala/ Andador Mobiliário / Parede	0 15 30
<b>4. Terapia Endovenosa / Dispositivo Endovenoso Salinizado ou Heparinizado</b> Não Sim	0 20
<b>5. Marcha</b> Normal / Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas Frac Comprometida / Cambaleante	0 10 20
<b>6. Estado Mental</b> Orientado/ capaz quanto a sua capacidade / limitação Superestima capacidade / Esquece limitações	0 15
<b>Score:</b> 0 – 24 – Baixo risco (manter medidas preventivas, não instituir protocolo completo) 25 – 44 – Risco Moderado (Instituir protocolo de queda) > 45 – Alto risco (Instituir protocolo de queda)	





## ANEXO 2

### ESCALA DE HUMPTY- DUMPTY

ESCALA DE HUMPTY-DUMPTY ADAPTADA (para pacientes até 13 anos)		
PARÂMETROS	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Idade	Menos de 3 anos	4
	Entre 3 e 6 anos	3
	Entre 7 e 12 anos	2
	13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alteração na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de queda anterior	4
	Criança faz uso de aparelho auxiliar de marcha, berço ou cama com muitos equipamentos, quarto com pouca iluminação	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação usada	Faz uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	3
	Faz uso de 1 dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	2
	Faz uso de outros medicamentos ou não usa	1
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia/ sedação/ anestesia	Há 24h	3
	Há 48h	2
	Há mais de 48 horas ou nenhum	1
TOTAL		
CLASSIFICAÇÃO DO RISCO		
Avaliador (assinatura e carimbo)		
CLASSIFICAÇÃO		PONTUAÇÃO
Baixo Risco		7 a 11 pontos
Alto Risco		12 a 22 pontos



### ANEXO 3

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	
Assunto: Prevenção de risco de queda	
<b>Data de emissão:</b> Abril 2025	<b>Redator:</b> Enfª Gabriela Gomes de Oliveira
<b>Validade:</b> Abril 2026	<b>Próxima Revisão:</b> Abril 2026

**Quando:**

Em todos os pacientes que estiverem em atendimento nesta instituição.

**Por que:**

Prevenir as quedas em pacientes em atendimento nesta instituição, visando à redução das ocorrências de incidentes.

**Executor:**

Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

**Local de Execução:**

Unidades Assistenciais.

**Resultado Esperados:**

Prevenir queda dos pacientes nos pontos de assistência e o dano delas decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco individualizada, a garantia ao cuidado multiprofissional e ao ambiente seguro, promoção da educação do paciente, familiares e profissionais.

Procedimento Operacional:





## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- 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.ihl.org](http://www.ihl.org). Acesso em: 04 abr. 2013.

2-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.

3-Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.

