**Protocolo Institucional**

**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS**

**2023**

1. **INTRODUÇÃO**

Quedas em pacientes hospitalizados é um evento indesejável que pode causar desconforto ao paciente, e em casos que ocorra algum tipo de lesão, pode aumentar o tempo de internação e o custo de tratamento, pode ainda gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal. Pode ser um evento freqüente e limitante, considerado um marcador de fragilidade e declínio na saúde ou até preditor de morte.

Diversos fatores de risco e múltiplas causas interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para quedas acidentais quanto para quedas recorrentes; impondo aos profissionais de saúde, o grande desafio de identificar e agir sobre os fatores de risco modificáveis e tratar os fatores etiológicos e comorbidades presentes.

A criação de um protocolo para prevenção de quedas e a avaliação de suas causas é uma oportunidade de aprendizagem para a equipe assistencial, por meio da análise de informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de práticas de melhoria se necessário.

1. **OBJETIVO**

Reduzir a ocorrência de 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.

1. **CONCEITOS**

Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. (Programa Nacional de Segurança do Paciente e Organização Mundial de Saúde).

SÃO CONSIDERADAS COMO QUEDAS:

. Quando encontramos o paciente no chão;

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

. Quando o paciente escorrega de uma cadeira/poltrona/vaso sanitário para o chão.

As ocorrências de quedas podem ser da própria altura, de macas, de camas/berços ou de assentos, tais como: cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeiras higiênicas, banheiras, trocador de fraldas, vasos sanitários e outros.

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.

1. **AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDAS**

A avaliação do risco de quedas deve ser feita no momento da admissão do paciente e ser repetida diariamente até a alta do paciente.

O grau do risco de queda será conforme a presença de fatores predisponentes identificados, tais como:

. Criança ≤ a 5 anos;

. Idoso ≤ a 65 anos sem acompanhantes;

. Uso de Medicação que altera o SNC (sedação, opióides e outros);

. Uso de Diuréticos e Laxantes (causadores de urgências urinárias e intestinais);

. Distúrbios Neurológicos (crise convulsiva, delírio, demência, paresia, parestesia e plegia);

. Dificuldade de Marcha; Déficit sensitivo (visão, audição e tato);

. Alteração do Nível de Consciência e Indicador de Repouso no Leito por Resultados Laboratoriais.

1. **FATORES PREDISPONENTES PARA QUEDA**

. Demográfico: Crianças menores de cinco anos; idosos maiores de sessenta e cinco anos.

. Psico-cognitivas: Declínio cognitivo, depressão, ansiedade.

. Condições de Saúde: Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio; hipotensão postural; tonteira; baixo índice de massa corpórea; anemias; insônia; incontinência ou urgência miccional; artrite; osteoporose; alterações metabólicas.

. Funcionalidade: Dificuldade no desenvolvimento das atividades diárias; necessidade de dispositivo de auxílio à marcha; fraqueza muscular; problemas articulares; deformidades nos membros inferiores.

. Comprometimento Sensorial: visão, audição e tato.

. Equilíbrio Corporal: marcha alterada.

. Uso de medicamentos: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, laxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina, polifarmácia (uso de 4 ou mais medicações).

. Obesidade mórbida.

. História prévia de quedas.

* 1. Pacientes com alto risco de queda:

. Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.

. Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.

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

* 1. Pacientes com baixo risco de queda

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

. Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

1. **AÇÕES PREVENTIVAS**
   1. Medidas Gerais

A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Tais medidas incluem:

. A criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos);

. O uso de vestuário e calçados adequados;

. Movimentação segura dos pacientes;

. Orientações a pacientes e familiares 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. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

* 1. Medidas Específicas:

. A unidade de saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, devem definir o (s) profissional (ais) responsável (eis) por avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco.

. Medidas individualizadas para prevenção de queda para cada paciente devem ser prescritas e implementadas.

. Políticas e procedimentos devem ser estabelecidos e implementados pela unidade para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção.

. A reavaliação do risco dos pacientes deve acontecer em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco.

A ocorrência de queda deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos.

1. **NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDAS**

No caso de ocorrer queda, colocar paciente no leito, comunicar a enfermeira de plantão para avaliação e exame físico. Solicitar avaliação médica. Registrar no prontuário as informações de ocorrência de queda. Notificar em PLANEJAMENTO E GESTÃO doc, que encontra-se em FOMULÁRIOS INTERNOS, no PORTAL do Hospital e informar a Gerencia de Risco em impresso próprio.

1. **CAMPO DE APLICAÇÃO**

Áreas de internação, centro obstétrico, bloco cirúrgico e serviço de atendimento ambulatorial (SAA)

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 [ (nº de eventos / nº 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.

1. **SEQUÊNCIA OPERACIONAL DA ROTINA**

1º Enfermeiro:

• Identificar situações de risco de queda para pacientes internados, observação e externos, seguindo os fatores predisponentes;

• Assinalar na identificação do leito e no prontuário nos pacientes internados com riscos de quedas;

• Acomodar o paciente que circula pelo hospital em lugar segura, de forma a prevenir riscos de queda.

• Anotar em prontuário e/ou ficha de atendimento os fatores predisponentes para os riscos de queda;

• Supervisionar atitudes e possíveis riscos de quedas;

• Realizar na admissão do paciente a Escala de Morse informatizada no sistema MV e registrar na evolução.

2º Auxiliar e/ou Técnico de enfermagem:

• Identificar situações de risco de queda para pacientes internados, observação e externos, seguindo os fatores predisponentes;

• Conferir no prontuário e na identificação do leito dos pacientes internados com riscos de quedas;

• Acomodar o paciente que circula pelo hospital em lugar seguro, de forma a prevenir riscos de queda;

• Acompanhar o paciente na realização de exames, de maneira segura conforme grau de dependência, de forma a prevenir riscos de queda;

• Anotar em prontuário e/ou ficha de atendimento os fatores predisponentes para os riscos de queda;

• Comunicar possíveis riscos de quedas.

3º Equipe multiprofissional:

• Identificar situações de risco de queda para pacientes internados, observação e externos, seguindo os fatores predisponentes;

• Conferir no prontuário e na identificação do leito dos pacientes internados com riscos de quedas;

• Acomodar o paciente que circula pelo hospital em lugar segura, de forma a prevenir riscos de queda.

• Anotar em prontuário e/ou ficha de atendimento os fatores predisponentes para os riscos de queda;

• Comunicar possíveis riscos de quedas.

4º Equipe de Apoio:

• Manter o ambiente livre de riscos de quedas;

• Implementar medidas indispensáveis para prevenir quedas.

1. **ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES**

• Manter um sistema de notificação de quedas e avaliação de suas causas;

• Notificar as quedas e suas causas ao Núcleo de Segurança do Paciente e enviar a ficha de notificação para o email da qualidade: escritoriodequalidade@iwgp.com.br;

• Manter a atualização dos indicadores de queda no Hospital;

• Criar uma equipe de estudos acerca dos Procedimentos Operacionais Padrão para prevenção de Quedas de pacientes internados, observação e externos no Hospital.

**TABELA DE PREVENÇÃO DE QUEDA**

|  |  |
| --- | --- |
| ADMISSÃO DO PACIENTE | |
| ORIENTAR O PACIENTE E ACOMPANHANTE QUANTO AO RISCO DE QUEDA E FORNECER FOLDERS E O TERMO DE CIÊNCIA E ESCLARECIMENTO SOBRE O RISCO DE QUEDA | |
| AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA  UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE MORSE | |
| RISCO LEVE | RISCO MODERADO/ALTO |
| IMPLANTAR MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO | INSERIR NO PROTOCOLO E IDENTIFICAR O PACIENTE/LEITO/PRONTUÁRIO QUANTO AO RISCO DE QUEDA |
| REAVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA   * A CADA 5 DIAS * ALTERAÇÃO DO ESTADO CLÍNICO | |

TABELA COM AS AÇÕES PREVENTIVAS PARA QUEDA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ADMISSÃO DO PACIENTE NA UNIDADE** | | | |
| **AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA**  **UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE MORSE** | | | |
| **RISCO LEVE** | **RISCO MODERADO** | | **RISCO ALTO** |
| **AÇÕES PREVENTIVAS** | **AÇÕES PREVENTIVAS** | | **AÇÕES PREVENTIVAS** |
| IMPLANTAR MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO | * ENTREGA DE FOLDER COM ORIENTAÇÕES AO RISCO DE QUEDA * IDENTIFICAR O PRONTUÁRIO, O LEITO E AS SOLICITAÇÕES DE PEDIDOS DE EXAMES COMPLEMENTARES COM SINALIZAÇÃO DE RISCO DE QUEDA * MANTER GRADES DA CAMA ELEVADAS E RODAS TRAVADAS * SOLICITAR ACOMPANHANTE * ASSEGURAR AMBIENTE ILUMINADO * VERIFICAR A UTILIZAÇÃO DE CALÇADOS APROPRIADOS * ORIENTAR A FAMÍLIA A COMUNICAR A ENFERMAGEM SEMPRE QUE O PACIENTE FICAR SEM ACOMPANHANTE * UTILIZAR CADEIRAS DE RODAS PARA TRANSPORTE * REALIZAR REFORÇO DIÁRIO DAS ORIENTAÇÕES | | * ENTREGA DE FOLDER COM ORIENTAÇÕES AO RISCO DE QUEDA * IDENTIFICAR O PRONTUÁRIO, O LEITO E AS SOLICITAÇÕES DE PEDIDOS DE EXAMES COMPLEMENTARES COM SINALIZAÇÃO DE RISCO DE QUEDA * MANTER GRADES DA CAMA ELEVADAS E RODAS TRAVADAS * SOLICITAR ACOMPANHANTE * ASSEGURAR AMBIENTE ILUMINADO * VERIFICAR A UTILIZAÇÃO DE CALÇADOS APROPRIADOS * ORIENTAR A FAMÍLIA A COMUNICAR A ENFERMAGEM SEMPRE QUE O PACIENTE FICAR SEM ACOMPANHANTE   UTILIZAR CADEIRAS DE RODAS PARA TRANSPORTE   * UTILIZAR FAIXAS PRÓPRIAS PARA CONTENÇÃO FÍSICA NO LEITO, SE ESTA FOR NECESSÁRIA * COMUNICAR AOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM A NECESSIDADE DE ACOMPANHAR O PACIENTE AO BANHEIRO OU ADEQUAR HORÁRIOS DE CUIDADOS DO PACIENTE |
| **SIM**  **HOUVE QUEDA** **NÃO** | | | |
| IMPLEMENTAR AÇÕES PARA ATENDIMENTO AO PACIENTE E NOTIFICAR NO IMPRESSO ONLINE OU ESCRITO | | MANTER AS CONDUTAS DE ACORDO COM O RISCO DO PACIENTE | |

1. **NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA**

• Em caso de queda, comunicar o enfermeiro para avaliação e exame físico;

• Solicitar avaliação médica;

• Registrar no prontuário as informações da ocorrência de queda e a conduta tomada pela equipe multidisciplinar;

• Notificar a ocorrência no sistema MV conforme POP de notificação de Eventos Adversos, e encaminhando após preenchida para o email da qualidade.

ANEXO I

INFORMAÇÕES A SEREM REGISTRADAS NAS OCORRÊNCIAS DE QUEDA PELO ENFERMEIRO IMEDIATO

•Risco de queda identificado na admissão;

• Período do dia em que ocorreu o evento;

• Local da queda;

• Como ocorreu a queda;

• Se o paciente estava sozinho ou com acompanhante;

• Fatores de risco predisponentes;

• Presença de morbidade;

• Medicações em uso;

• Registro da avaliação/ conduta médica após a queda;

• Perfil dos pacientes que apresentam quedas;

• Consequências da queda;

• Causas das quedas;

• Prorrogação do tempo de permanência do paciente, devido à queda.

FINALIDADE: A criação de um instrumento de notificação de quedas, 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 de análise das notificações.

APÊNDICE I

TERMO DE ESCLARECIMENTO SOBRE RISCO DE QUEDAS PARA ADULTOS

As quedas são eventos frequentes entre pacientes acima de 60 anos e crianças. Estes eventos são fatores importantes de agravamento da saúde do paciente, provocando fraturas, hemorragias, internações e até levando ao óbito em alguns casos. Ocorrem com mais frequência entre aquelas pessoas que apresentam limitações e necessitam de ajuda para realização de atividades do dia a dia como andar, vestir-se ou tomar banho. O uso de próteses (muletas, bengalas, andadores) não apresenta proteção contra quedas. O uso de medicamentos que causam sedação ou tonteiras agrava em muito o risco de quedas (anti-hipertensivos, calmantes, antidepressivos, alguns medicamentos para dor, laxantes e diuréticos que levam a aumento de frequência e urgência de ir ao banheiro, etc.).

Após avaliação do risco de quedas do (a) Sr.(a)...................................................................................................................................................,

Orientamos para reduzir o Risco de Queda que:

* As grades da cama devem ficar sempre elevadas;
* O paciente deve evitar levantar subitamente da cama devido à tontura e hipotensão postural;
* Solicite auxílio para levantar-se, ir ao banheiro e durante o banho;
* Se o paciente apresentar risco elevado ou muito elevado, a enfermagem será responsável por estes procedimentos e deve ser comunicada sempre que o paciente for permanecer sem acompanhante;
* O quarto não deverá permanecer totalmente escuro;
* Atentar para objetos deixados nas passagens, para o travamento de camas e cadeiras de rodas ao sentar ou levantar-se;
* Manter objetos pessoais ao alcance do paciente;
* Usar calçados antiderrapantes e não utilizar roupas que arrastem no chão;
* Solicitar ajuda da enfermagem sempre que tiver necessidade de ajuda ou dúvidas.

Diante do exposto acima, Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, confirma que fui orientado sobre o Risco de Queda, e me comprometo em colaborar com as ações que visam minimizar este risco.

Declaro ainda, que recebi o Folder de orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar no momento da minha chegada a esta unidade e entendi o Risco de Queda avaliado, bem como as informações que me foram fornecidas.

Data:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfermeiro (assinatura e carimbo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do acompanhante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANEXO II

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE (sistema MV)

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Idade:\_\_\_\_\_Sexo: F ( ) M ( ) Enf:\_\_\_ Leito:\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **CATEGORIA** | **ESCORE** |
| 1 | Histórico de queda recente  NÃO  SIM | 0  25 |
| 2 | Diagnóstico secundário  NÃO  SIM | 0  15 |
| 3 | Auxílio para deambular  Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional da Saúde  Muleta/Bengala/ Andador  Mobiliário/parede | 0  15  30 |
| 4 | Terapia endovenosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado  NÃO  SIM | 0  20 |
| 5 | Marcha  Normal/Sem deambulação, acamado, Cadeira de Rodas  Fraca  Comprometida, cambaleante | 0  10  20 |
| 6 | Estado Mental  Orientado, capaz quanto a sua capacidade/limitação  Superestima capacidade/esquece limitações | 0  15 |
|  | TOTAL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ESCORE | RISCO |
| <41 | RISCO MÉDIO |
| 41-51 | RISCO ELEVADO |
| >51 | RISCO MUITO ELEVADO |

1. REFERÊNCIAS
2. CUNHA, Carla Rafaela Teixeira et al. Adesão de enfermeiros a um protocolo de prevenção de quedas [Nurses’ adherence to a fall prevention protocol][Adherencia de enfermeros a un protocolo de prevención de caídas]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, n. 1, p. 63462, 2022.

Diretrizes Clínicas, Protocolos Clínicas – PREVENÇÃO DE QUEDAS. Disponível em www.fheming.mg.gov.br e intranet. Acesso em: 13 de dezembro de 2018.

MINISTERIO DA SAÚDE. Anexo 01: PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz;2013. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle> infeccoes/pasta12/protocolos\_cp\_n6\_2013\_prevencao.pdf. Acesso em: 13 de dezembro de 2018.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM – PREVENÇÃO DE QUEDAS. Disponível em: http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo\_enfermagem\_prevencao\_quedas.pdf. Acesso em: 13 de dezembro de 2018.

Organização Mundial de Saúde.OMS(World Health Organization.Conceptual Framework for the International classification of Patient Safety.Final Techenical Report 2009.

FONSECA, Ariadne S. et al. Segurança do paciente. São Paulo: Martinari, 2014.

LOPES, Larissa Padoin et al. Processo de cuidado para prevenção de quedas em idosos: teoria de intervenção práxica da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elaborado por:  Nayanne Ingrid Farias Mota Guerra  CCIH/ Núcleo de Segurança do Paciente | Revisado por:  Giulianna Carla Marçal Lourenço  Coordenadora de Enfermagem | Reconhecido por:  Maria Helena Alves C de Oliveira  Coordenadora de enfermagem  Sônia da Silva Delgado  Diretora Assistencial |
| Data: 01/06/2023 | Data: 01/06/2023 |