

Título do Protocolo - *Quedas*

Ficha Técnica Elaboração:

Nome do Elaborador	Conselho de Classe	Assinatura
Tatiana Elias de Pontes	139.125	

Revisão:

Nome do Revisor	Conselho de Classe	Assinatura
Fernanda Kelly Marques de Souza Adriano	153.307	

Aprovação:

Nome do Aprovador	Conselho de Classe	Assinatura
Felipe Cavalca Silva	152.187	

1. Definição:

“Uma criança leva um ano para adquirir movimento independente e dez anos para adquirir mobilidade independente. Um idoso pode perder ambos em um dia”

Professor Bernard Isaacs (1924–1995)

Esta citação de Bernard Isaacs retrata as consequências infelizes que um adulto mais velho pode experimentar após uma única queda (ISAACS, 1992). As quedas ocorrem em todas as idades e são uma parte inevitável de uma marcha bípede e da atividade física. Elas ocorrem em 30% dos adultos com mais de 65 anos anualmente, para os quais as consequências são mais graves, apesar dos esforços conjuntos de pesquisadores e clínicos para entender, avaliar e gerenciar seus riscos e causas (WHO, 2021b).

Além do sofrimento pessoal, as quedas e os ferimentos relacionados a quedas estão associados com morbidade, incapacidade, hospitalização, institucionalização e mortalidade subsequentes (SHERRINGTON et al., 2022a). Representam uma causa frequente de atendimento em serviços de emergência e a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca as quedas como um problema de saúde pública, sendo a segunda maior causa de morte acidental no mundo (WHO, 2021a).

A queda é definida como "o evento no qual o indivíduo inadvertidamente perde o equilíbrio e entra em contato com uma superfície abaixo de seu nível inicial" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 7). Esse tipo de evento pode ser causado por fatores intrínsecos, como alterações fisiológicas relacionadas à idade, uso de medicamentos e condições neurológicas, ou por fatores extrínsecos, como ambiente inadequado, pisos escorregadios e iluminação insuficiente (WHO, 2021b).

Um em cada oito adultos mais velhos que caem relata ficar deitado no chão por mais de uma hora (LORD et al., 2022). Entre aqueles com mais de 90 anos, até 80% não conseguem se levantar do chão após uma queda (SHERRINGTON; TIEDMANN, 2022b).

Ficar deitado no chão por mais de uma hora está associado à desidratação, distúrbios eletrolíticos, insuficiência renal, hipotermia, pneumonia e infecções do trato urinário, além de danos e dor na pele (WHO, 2021b). Além disso, quedas prolongadas podem levar a declínios na mobilidade e restrições na atividade, provavelmente devido ao medo de uma nova queda (SHERRINGTON et al., 2022a).

Assim, a implementação de um protocolo padronizado para o atendimento de quedas é essencial para garantir uma abordagem rápida e eficaz, minimizando complicações (BRASIL, 2013).

2. Orientações para triagem

A triagem inicial do paciente deve seguir protocolos de classificação de risco, como o Sistema de Triagem de Manchester, que permite priorizar os atendimentos de acordo com a gravidade do caso (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2021).

2.1. Casos de emergência (vermelho – atendimento imediato)

Pacientes que apresentam perda de consciência, déficit neurológico súbito, fratura exposta, dor intensa incontrolável ou sinais de choque devem ser atendidos imediatamente (BRASIL, 2013).

2.2. Casos de urgência (amarelo – prioridade intermediária)

Pacientes com suspeita de fratura fechada, contusões extensas, quedas em idosos, gestantes ou pessoas com comorbidades são considerados urgentes e devem ser avaliados com prioridade moderada (SILVA et al., 2019).

2.3. Casos de menor prioridade (verde/azul – atendimento ambulatorial)

Casos leves, como hematomas pequenos e escoriações sem sinais de gravidade, podem ser conduzidos de forma ambulatorial, com orientações e analgesia (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2021).

3. Critérios de diagnóstico e diagnóstico diferencial:

3.1. Anamnese

A história clínica deve incluir informações sobre as circunstâncias da queda (ex.: escorregão, desmaio, altura da queda), sintomas associados (tontura, síncope, cefaléia) e histórico médico (doenças prévias, uso de medicações como anticoagulantes e anti-hipertensivos) (BRASIL, 2013).

3.2. Exame Físico

A avaliação física deve ser sistemática e incluir:

- Avaliação neurológica: nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliação de reflexos, força muscular e sensibilidade (TEIXEIRA et al., 2020).
- Avaliação ortopédica: verificação de deformidades, limitação de movimento, dor à palpação óssea (SILVA; SANTOS, 2018).
- Exame geral: medida da pressão arterial em diferentes posturas, sinais de desidratação, presença de sinais de choque, hematomas extensos e ferimentos que possam indicar complicações (BRASIL, 2013).

3.3. Diagnósticos Diferenciais

O diagnóstico diferencial das quedas envolve a investigação de causas cardiovasculares, neurológicas, musculoesqueléticas e metabólicas.

Quedas recorrentes inexplicáveis estão provavelmente associadas a uma causa cardiovascular (LORD et al., 2022). As causas cardiovasculares mais comuns de quedas, por ordem de classificação, são hipotensão ortostática, síndrome vasovagal, hipersensibilidade do seio carotídeo, bradiarritmias e taquiarritmias atriais e ventriculares (SHERRINGTON; TIEDMANN, 2022b).

Para avaliação da hipotensão ortostática, os indivíduos devem ficar em decúbito dorsal por pelo menos 5 minutos antes que a pressão arterial basal

seja registrada; em pé, a pressão arterial deve ser medida o mais rápido possível (40–60 segundos), seguida de medições em intervalos de 1 minuto até 3 minutos, ou até 5 minutos se os sintomas sugerirem uma resposta tardia de hipotensão ortostática (ESC, 2018).

A hipotensão ortostática ocorre mais comumente como resultado de desidratação, medicamentos concomitantes, disfunção autonômica e com doenças de alfa-sinucleopatia (como doença de Parkinson, demência com corpos de Lewy ou atrofia multissistêmica). Também é comum em adultos mais velhos com hipertensão (LORD; CLOSE, 2022).

Doenças neurológicas como acidente vascular cerebral (AVC) e neuropatias periféricas também devem ser consideradas no diagnóstico diferencial (ISAACS, 1992).

Além disso, é fundamental avaliar a presença de sarcopenia, osteoporose e fraqueza muscular, uma vez que a diminuição da força e da coordenação contribui para o aumento do risco de quedas (SHERRINGTON; TIEDMANN, 2022b). A revisão da medicação do paciente deve ser realizada, pois fármacos como benzodiazepínicos, antidepressivos e anti-hipertensivos podem induzir tontura e instabilidade postural (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2021).

Dessa forma, a identificação das causas das quedas e o diagnóstico diferencial adequado são fundamentais para estabelecer estratégias preventivas eficazes e reduzir os impactos associados a esses eventos.

4. CIDs (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) incluídos neste protocolo:

R29.6 – Tendência a queda, não classificada em outra parte

W01 – Queda ao mesmo nível por escorregão, tropeção e outros

W03 – Outros tombos ao mesmo nível devido a colisão ou empurrão de outra pessoa

W04 – Queda ao mesmo nível enquanto carregado ou sustentado por outra pessoa

W05 – Queda de cadeira

W06 – Queda de cama

W08 – Queda de outro móvel

W10 – Queda em ou de escadas e degraus

W11 – Queda em ou de escada rolante

W12 – Queda em ou de telhado

W13 – Queda de uma varanda ou terraço

W17 – Outras quedas de um nível mais alto

W18 – Outras quedas ao mesmo nível

W19 – Queda não especificada

5. Exames previstos para confirmação diagnóstica:

A avaliação de um paciente que sofreu uma queda no pronto atendimento deve incluir exames laboratoriais e de imagem, de acordo com a suspeita clínica e os fatores de risco do paciente (WHO, 2021b).

5.1. Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais são essenciais para identificar possíveis causas subjacentes da queda, como distúrbios metabólicos, anemia ou infecções. Os principais exames a serem solicitados incluem:

- Hemograma completo, para avaliar anemia, infecções ou distúrbios hematológicos que possam ter contribuído para a queda (LORD et al., 2022).
- Glicemia e hemoglobina glicada, para detectar hipoglicemia ou descompensação diabética que possam causar tontura e queda (SHERRINGTON et al., 2022a).
- Eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, magnésio), uma vez que distúrbios eletrolíticos podem predispor a quedas devido a alterações na função neuromuscular (WHO, 2021b).

- Ureia e creatinina, para avaliar função renal, já que insuficiência renal pode levar a distúrbios eletrolíticos e hipotensão ortostática (ESC, 2018).
- Enzimas cardíacas (troponina e CK-MB), caso haja suspeita de evento cardíaco associado à queda, como infarto do miocárdio ou arritmia (LORD; CLOSE, 2022).
- Exame de urina (urina 1 e urocultura), pois infecções do trato urinário são comuns em idosos e podem precipitar quedas devido a delirium e fraqueza muscular (SHERRINGTON; TIEDMANN, 2022b).

5.2. Exames de Imagem

Os exames de imagem são indicados para avaliar possíveis lesões decorrentes da queda e investigar causas estruturais subjacentes. Os exames mais comuns incluem:

- Radiografia de segmentos afetados, como quadril, punho e coluna, especialmente em pacientes com osteoporose ou dor após a queda (WHO, 2021b).
- Tomografia computadorizada (TC) de crânio, indicada em casos de trauma craniano, uso de anticoagulantes ou sinais neurológicos de alerta, devido ao risco de hematoma subdural (ESC, 2018).
- Ressonância magnética (RM) de coluna ou crânio, caso haja déficits neurológicos persistentes ou suspeita de fratura oculta, como na osteoporose (LORD et al., 2022).

5.3. Avaliação Cardiovascular

Quedas podem estar associadas a causas cardiovasculares, como arritmias e hipotensão ortostática. Assim, exames específicos para essa investigação incluem:

- Eletrocardiograma (ECG), para avaliar arritmias, bloqueios cardíacos ou isquemia miocárdica (SHERRINGTON et al., 2022a).

- Monitorização cardíaca (Holter de 24 a 48 horas ou loop recorder interno), para casos de quedas inexplicáveis suspeitas de arritmia (ESC, 2018).

5.4. Indicações para Acionamento Imediato da Ortopedia

A decisão de acionar a ortopedia no pronto atendimento para um paciente que sofreu uma queda deve ser baseada em critérios clínicos e radiológicos, garantindo um manejo adequado e evitando complicações secundárias (WHO, 2021b).

Dessa forma, o acionamento deve ser feito nos seguintes casos:

- Fraturas evidentes ou suspeitas, especialmente em locais de alto impacto, como fêmur proximal, rádio distal, tornozelo e coluna vertebral. Fraturas de quadril são frequentes em idosos e estão associadas a alta morbimortalidade, exigindo avaliação ortopédica urgente (LORD; CLOSE, 2022).
- Luxações articulares, como as do ombro ou quadril, que podem necessitar de redução fechada ou cirurgia. A luxação do ombro, por exemplo, é comum em idosos devido a quedas sobre o membro superior em extensão (SHERRINGTON et al., 2022a).
- Feridas abertas com exposição óssea, que indicam fratura exposta e necessitam de intervenção ortopédica e cirúrgica imediata para evitar infecção (WHO, 2021b).
- Dor intensa e incapacitante, mesmo na ausência de fratura evidente na radiografia inicial. Em alguns casos, fraturas ocultas, como as do colo do fêmur ou do escafóide, podem necessitar de ressonância magnética para confirmação diagnóstica (LORD et al., 2022).

5.5. Indicações para Avaliação Ortopédica Eletiva ou Ambulatorial

Nem todas as quedas exigem acionamento imediato da ortopedia. Algumas situações permitem encaminhamento ambulatorial, como:

- Fraturas sem desvio, que podem ser tratadas conservadoramente com imobilização e acompanhamento ortopédico posterior (SHERRINGTON; TIEDMANN, 2022b).
- Lesões ligamentares suspeitas, como entorses de tornozelo ou joelho, sem sinais de instabilidade grave ou necessidade de intervenção cirúrgica emergencial (WHO, 2021b).
- Dor musculoesquelética sem fratura evidente, em que se recomenda o controle da dor e reavaliação ortopédica em contexto ambulatorial se os sintomas persistirem (LORD et al., 2022).

5.6. Indicações para Acionamento Imediato da Neurocirurgia

- Déficits neurológicos associados à queda, indicando possível compressão medular ou lesão neurológica, especialmente em fraturas vertebrais (ESC, 2018).

6. Conduta terapêutica medicamentosa:

O tratamento medicamentoso no pronto atendimento para pacientes que sofreram quedas deve ser individualizado, considerando a causa da queda, a presença de lesões associadas e as condições clínicas do paciente (WHO, 2021b). O manejo farmacológico pode abranger controle da dor, reposição de fluidos e ajustes de medicamentos potencialmente causadores da queda.

6.1. Controle da Dor

O alívio da dor é fundamental para evitar imobilização prolongada e prevenir complicações secundárias. As opções incluem:

- Analgésicos não opióides, como paracetamol (500-1000 mg a cada 6-8h) ou dipirona (500-1000 mg a cada 6-8h), são a primeira escolha,

especialmente em idosos, devido ao perfil de segurança (SHERRINGTON et al., 2022a).

- Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como ibuprofeno (200-400 mg a cada 8h), podem ser considerados em pacientes sem contraindicações, como insuficiência renal ou risco de sangramento (LORD; CLOSE, 2022).
- Opióides de curta ação, como tramadol (50 mg a cada 6-8h), são indicados para dores moderadas a intensas, evitando uso prolongado devido ao risco de sedação e quedas recorrentes (WHO, 2021b).

6.2. Reposição Volêmica e Correção Eletrolítica

A desidratação e os distúrbios eletrolíticos são causas frequentes de quedas, especialmente em idosos. O tratamento deve incluir:

- Soro fisiológico 0,9% ou ringer lactato, indicado para pacientes com desidratação leve a moderada, com reposição orientada pela diurese e eletrólitos séricos (ESC, 2018).
- Correção de hiponatremia, comum em idosos, deve ser feita de forma gradual com solução salina hipertônica se houver sintomas neurológicos (SHERRINGTON; TIEDMANN, 2022b).
- Reposição de potássio e magnésio, quando indicados, pois suas alterações podem predispor a arritmias e quedas repetidas (WHO, 2021b).

6.3. Ajuste de Medicamentos Potencialmente Inapropriados

Muitos pacientes que sofrem quedas utilizam medicamentos que aumentam o risco de novos episódios. O ajuste da prescrição pode incluir:

- Redução de benzodiazepínicos e hipnóticos, como diazepam e zolpidem, pois aumentam o risco de sedação e hipotensão ortostática (LORD et al., 2022). A suspensão deve ser feita em âmbito ambulatorial.

- Atenção ao uso de antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos, que podem causar sedação e hipotensão (SHERRINGTON et al., 2022a).
- Reavaliação de anti-hipertensivos, especialmente betabloqueadores e diuréticos, caso haja suspeita de hipotensão ortostática associada à queda (ESC, 2018).

6.4. Tratamento de Complicações Secundárias

- Antibióticos, como ceftriaxona ou levofloxacino, podem ser indicados em casos de infecção urinária ou pneumonia associada à queda prolongada (WHO, 2021b).

7. Conduta terapêutica não medicamentosa:

As *Diretrizes Mundiais para a Prevenção e Manejo de Quedas em Idosos: Uma Iniciativa Global* foram desenvolvidas para fornecer recomendações baseadas em evidências e consenso de especialistas, visando auxiliar profissionais de saúde e outros que atuam com a população idosa na identificação, avaliação e manejo do risco de quedas (LORD et al., 2022).

Enfatizam a importância de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa na prevenção e manejo de quedas, reconhecendo que fatores individuais, ambientais e sociais desempenham papéis cruciais na promoção da saúde e segurança dos idosos (SHERRINGTON et al., 2022a).

Após o atendimento, o paciente deve ser orientado sobre medidas para prevenir novas quedas, incluindo:

- Adaptação do ambiente domiciliar: remoção de tapetes soltos, instalação de barras de apoio em banheiros e escadas (WHO, 2021a).
- Uso de calçados antiderrapantes para reduzir o risco de escorregões (SILVA et al., 2019).
- Revisão de medicações que possam causar tontura ou hipotensão postural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

- Acompanhamento médico para avaliação de risco e reabilitação adequada (TEIXEIRA et al., 2020).

Além disso, se a queda estiver associada a fatores intrínsecos, é essencial garantir que o paciente receba acompanhamento ambulatorial adequado para o manejo e tratamento das doenças de base.

8. Conduta terapêutica invasiva:

(se aplicável)

9. Protocolo de internação:

A decisão de internar um paciente com queda deve considerar fatores clínicos, funcionais e sociais. A hospitalização é indicada em casos de lesões graves, instabilidade clínica e complicações associadas (WHO, 2021a).

9.1. Critérios para Observação Hospitalar

Algumas situações podem exigir observação hospitalar para monitoramento da evolução clínica, como:

- Queda associada à tontura, síncope ou hipotensão transitória, quando a causa não for imediatamente identificada e houver risco de recorrência (ESC, 2018).
- Pacientes idosos com múltiplas comorbidades, onde uma avaliação hospitalar detalhada pode ser necessária para ajuste terapêutico e prevenção de novas quedas (WHO, 2021a).
- Dor intensa sem fratura evidente, onde pode ser necessário acompanhamento radiológico e controle da dor antes da alta (LORD et al., 2022).

9.2. Critérios para Internação Imediata

A internação deve ser considerada em pacientes que apresentem um ou mais dos seguintes critérios:

- Fraturas que necessitem de cirurgia, como fraturas de quadril, fêmur proximal e outras fraturas instáveis, que exigem tratamento cirúrgico para evitar complicações como trombose venosa profunda e imobilidade prolongada (LORD; CLOSE, 2022).
- Traumatismo cranioencefálico (TCE) com sinais neurológicos, incluindo alteração do nível de consciência, déficit focal ou uso de anticoagulantes, devido ao alto risco de hematoma subdural e piora neurológica tardia (SHERRINGTON et al., 2022a).
- Hipotensão ortostática grave ou síncope não esclarecida, especialmente quando associada a quedas recorrentes, uma vez que a causa pode estar relacionada a disfunção autonômica ou arritmias cardíacas graves (ESC, 2018).
- Infecções associadas à queda, como pneumonia ou infecção urinária com sepse, que podem ter desencadeado a queda ou surgido como consequência da imobilização prolongada (WHO, 2021a).
- Rabdomiólise ou lesões musculares extensas, comuns em pacientes que permaneceram longos períodos no chão sem assistência, podendo levar à insuficiência renal aguda (LORD et al., 2022).

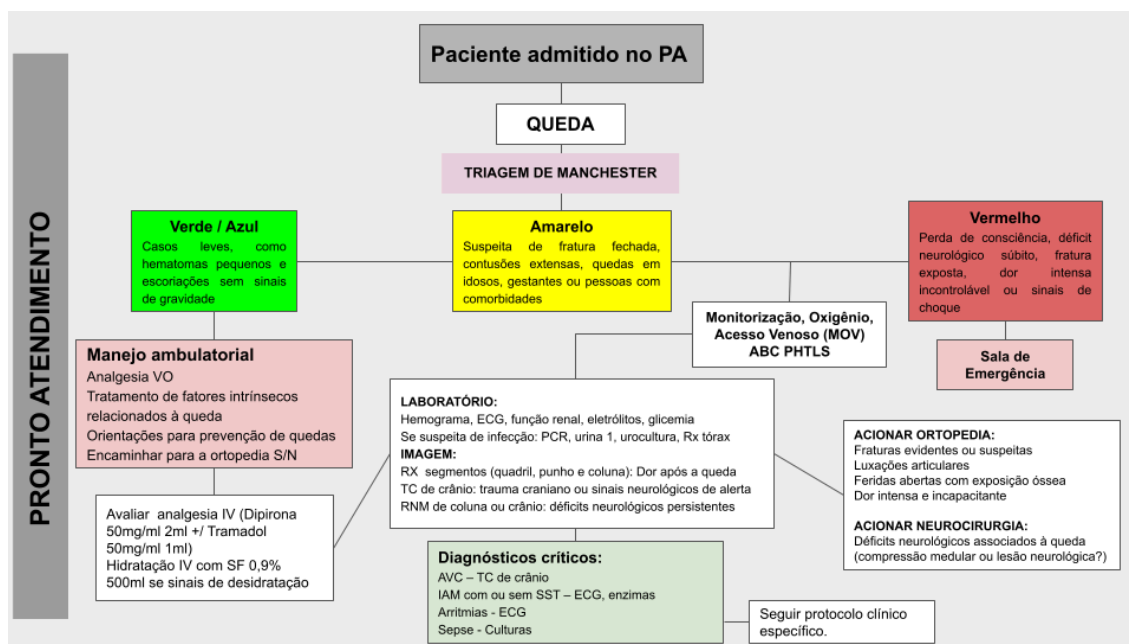
10. Critérios de exceção do protocolo:

(se aplicável)

11. Conduta quando o protocolo não se aplica ao paciente:

(se aplicável)

12. Fluxograma:



13. Referência bibliográficas:

BRASIL. *Protocolo de Prevenção de Quedas*. Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 2 mar. 2025.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). 2018 ESC *Guidelines for the diagnosis and management of syncope*. European Heart Journal, v. 39, n. 21, p. 1883–1948, 2018.

ISAACS, B. *Falls in older people: the 'second wave' of the disability epidemic*. British Geriatrics Society, v. 21, n. 1, p. 24-29, 1992.

LORD, S. R.; CLOSE, J. C. T. *Falls in older people: risk factors and strategies for prevention*. Cambridge: Cambridge University Press, 2022.

MANCHESTER TRIAGE GROUP. *Sistema de Triagem de Manchester*. 2. ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção de Acidentes e Quedas*. Brasília, 2013.

SHERRINGTON, C.; LORD, S. R.; CLOSE, J. C. T. *Best practice guidelines for fall prevention in older adults: an update*. Age and Ageing, v. 51, n. 9, p. 1-12, 2022a.

SHERRINGTON, C.; TIEDMANN, A. *Exercise for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2, p. 1-84, 2022b.

SILVA, J. A.; SANTOS, M. F. *Abordagem Clínica e Preventiva em Pacientes com Quedas*. Revista Brasileira de Emergência Médica, v. 12, n. 3, p. 45-56, 2018.

SILVA, P. R.; COSTA, T. A.; ALMEIDA, C. B. *Lesões Traumáticas por Quedas em Idosos: Fatores de Risco e Manejo Clínico*. Jornal de Geriatria e Gerontologia, v. 18, n. 4, p. 78-90, 2019.

TEIXEIRA, R. F.; SOUZA, L. P.; OLIVEIRA, M. T. *Conduta no Trauma Ortopédico em Serviços de Emergência*. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 55, n. 2, p. 102-120, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Falls Fact Sheet*. Geneva, 2021a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Falls prevention in older age*. Geneva: WHO, 2021b. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 2 mar. 2025.

Histórico de alterações conforme versionamento

Versão	Descrição da alteração	Responsável
0	Primeira versão do documento	Tatiana Elias de Pontes