

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Mestrado em Ciências da Saúde

Christine Massaro Suriani

**DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA
PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM HOSPITAL PÚBLICO NA
REGIÃO SUL DA CIDADE SÃO PAULO**

São Paulo

2017

Suriani, Christine Massaro

Desenvolvimento e Implantação de Protocolo para Prevenção do Risco de Quedas em Hospital Geral Público na Região Sul da Cidade de São Paulo / Christine Massaro Suriani. -- São Paulo , 2017
95 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Santo Amaro, 2017

Orientador(a): Profª Dra. Yára Juliano ,
Coorientador(a): Prof. Dr. Neil Ferreira Novo

1.Quedas. 2.Risco de Queda. 3.Prevenção. I.Profª Dra. Yára Juliano, orient.
II.Prof. Dr. Neil Ferreira Novo, coorient. III.Universidade de Santo Amaro IV.

Christine Massaro Suriani

**DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA
PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM HOSPITAL PÚBLICO NA
REGIÃO SUL DA CIDADE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada no programa de
Pós-Graduação Stricto Sensu na Universidade
Santo Amaro – UNISA como requisito para a
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Yára Juliano

Co-orientador: Prof. Dr. Neil Ferreira Novo

São Paulo

2017

Dedico esse trabalho ao meu filho Thiago, razão de meus maiores e melhores anseios para ser uma pessoa melhor e mais dedicada em toda a vida e à minha mãe Ana Maria, mulher forte e guerreira, exemplo de mãe e avó.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por me permitir esse mérito de adquirir mais conhecimentos e uma nova formação, por me acompanhar, proteger e guiar meus passos em momentos difíceis.

Agradeço à equipe do HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ por me acolher e me ajudar na melhoria enquanto profissional.

Em especial agradeço à Diretoria do hospital pela confiança em mim, me apoiando e permitindo essa experiência e nova formação.

Agradeço minha família por sempre me apoiar e compreender minhas ausências e falta de tempo; meu querido filho Thiago e minha mãe Ana Maria, vocês são meu alicerce, meu incentivo e meu motivo de acordar todas as manhãs.

Às minhas colegas de trabalho que estiveram em minha vida durante a elaboração da Dissertação me apoiando e ajudando a enriquecer ainda mais.

Especial agradecimento à Profª Dra. Jane Eston Armond e Profª Dra. Patrícia Colombo que com suas observações e contribuições valorosas tiveram participação fundamental na conclusão desse projeto.

***"O único lugar onde o Sucesso vem
antes do Trabalho é no dicionário."***

(Albert Einstein)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A implantação de protocolos de segurança é necessária para a promoção de ações sistematizadas, cuja finalidade consiste na realização de cuidados prestados ao paciente internado, reduzindo o potencial dos riscos assistenciais. Pensando em estratégias destinadas à segurança efetiva do paciente hospitalizado, destaca-se a implantação de um protocolo de segurança para a prevenção da queda, baseada nos fatores que predisporiam esse paciente ao risco de quedas. **OBJETIVO:** Desenvolver e implantar Protocolo para Prevenção do Risco de Quedas aos pacientes internados em um hospital geral público na região Sul da cidade de São Paulo. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo Descritivo do passo a passo da elaboração e desenvolvimento de Protocolo para Prevenção do Risco de Quedas dos pacientes internados no hospital referido iniciando-se em Julho de 2016 e encerrando em Maio de 2017. **RESULTADOS:** O Protocolo para Prevenção do Risco de Quedas foi desenvolvido, está ocorrendo a identificação precoce dos riscos de queda do paciente e redução de danos assistenciais. Foi realizado treinamento para toda a equipe multidisciplinar e implantado folheto de orientações sobre prevenção de Quedas aos pacientes. Também foram implantados o Instrumento de Avaliação de risco, alerta de medicações que potencializam risco de Queda, pulseira de identificação para o paciente com alto risco de Queda, instrumento de avaliação de risco e Notificação de Queda. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da implementação de Protocolo de Prevenção de Riscos de Queda foram realizadas ações de intervenção, avaliação pós queda, descrição do evento, ação corretiva e classificação do dano, indicando a necessidade de reforço das orientações educacionais aos clientes e à equipe assistencial. Foi criado Grupo de Prevenção de Quedas que atua nos eventos ocorridos ou eventos adversos fazendo levantamento de dados, tomando medidas preventivas e contribuindo para a não ocorrência de novos eventos

Palavras chaves: Queda, Risco de Quedas, Prevenção

ABSTRACT

INTRODUCTION: The implementation of safety protocols is necessary for the promotion of systematized actions, whose purpose is to provide care to the hospitalized patient, reducing the potential of care risks. With a view to strategies aimed at effective safety of hospitalized patients, a safety protocol for fall prevention, based on the factors that would predispose this patient to the risk of falls, stands out. **OBJECTIVE:** To develop and implement a Protocol for the Prevention of Falls Risk to patients admitted to a public general hospital in the southern region of the city of São Paulo. **METHOD:** This is a descriptive study of the step-by-step preparation and development of a protocol for the prevention of the risk of falls in hospitalized patients, starting in July 2016 and ending in May 2017. **RESULTS:** The Protocol for the Prevention of the Risk of Falls was developed, the early identification of the risks of fall of the patient and reduction of assistance injuries are taking place. Training was done for all the multidisciplinary team and implanted leaflet of guidelines on prevention of falls to patients. Also implemented were the Risk Assessment Tool, warning of medications that potentiate the risk of falls, identification bracelet for the patient with high risk of falling, instrument of risk assessment and Notification of Fall. **FINAL CONSIDERATIONS:** Since the implementation of the Protocol for the Prevention of Fall Risks, intervention actions, post-fall evaluation, event description, corrective action and damage classification were carried out, indicating the need to reinforce educational guidelines for clients and care staff. A Fall Prevention Group was created that acts on events or adverse events by collecting data, taking preventive measures and contributing to the non-occurrence of new events

Key words: Fall, Risk of Falls, Prevention

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	2
2.1 MAGNITUDE DAS QUEDAS NO MUNDO	2
2.1.1 Frequência das quedas.....	2
2.1.2 Índices de lesões causadas por quedas	3
2.1.3 Necessidade de cuidados médicos.....	3
2.1.4 Principais fatores de risco para quedas	3
2.1.5 Custo das quedas	4
2.1.6 Custos diretos do sistema de saúde	5
2.1.7 Principais fatores de proteção	5
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. MÉTODO.....	16
4.1 TIPO DE ESTUDO	16
4.2 LOCAL DE ESTUDO	16
4.3 POPULAÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO	17
4.4 MÉTODO	17
4.5 IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO	20
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	22
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSSÃO	52
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	555
8. ANEXOS	56
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	799

1. INTRODUÇÃO

A hospitalização por si só pode fragilizar o indivíduo e deixá-lo em uma posição desconfortável, repleta de medos, dúvidas e incertezas. Quando existe necessidade da hospitalização, seu objetivo é a cura ou a melhoria das condições de saúde do indivíduo, por meio de terapias, quer curativas, quer paliativas¹.

Objetiva-se também que essa internação seja a mais breve possível, eficaz, livre de danos e eventos adversos, não somente pelo quadro financeiro, mas principalmente pelos vários riscos aos quais o paciente fica exposto, como o risco da colonização por microrganismos resistentes a antibióticos, o risco da infecção hospitalar ou ainda o risco de lesões por pressão em pacientes.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural e dinâmico de modificações progressivas morfológicas, bioquímicas, psicológicas e funcionais dos indivíduos – senescência. Em condições de estresse, como uma queda, isso pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência². Diante dessas alterações, e dando ênfase à redução da capacidade funcional, idosos mostram-se mais propensos a sofrer quedas^{3,4}.

As quedas e os ferimentos subsequentes são importantes problemas de saúde pública que muitas vezes requerem atenção médica. As quedas respondem por 20% a 30% dos ferimentos leves, e são causa subjacente de 10% a 15% de todas as consultas aos serviços de emergência. Mais de 50% das hospitalizações relacionadas a ferimentos ocorridas entre as pessoas com mais de 65 anos de idade⁵. Estratégias destinadas à melhoria da segurança do paciente devem assegurar a “consolidação de sistemas capazes de prevenir ou identificar os erros, em vez de criar funcionários individualmente à prova de equívocos”⁶.

A implantação de protocolos de segurança é necessária para a promoção de ações sistematizadas, cuja finalidade consiste na realização de cuidados prestados ao paciente internado, reduzindo o potencial dos riscos assistenciais.

Pensando em estratégias destinadas à segurança efetiva do paciente hospitalizado, destaca-se a implantação de um protocolo de segurança para a prevenção da queda, baseada nos fatores que predisporiam esse paciente ao risco de quedas¹.

Especificamente no caso do evento Queda de paciente, a adoção do Protocolo de Prevenção de Riscos de Queda para os pacientes internados na Instituição pode diminuir o número de ocorrências deste grave evento adverso, aumentando a segurança do paciente e garantindo atendimento mais qualificado enquanto hospitalizado¹.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com o Protocolo Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde, “Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano”⁷.

Para a Sociedade Brasileira de Gerontologia (SBG), “Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano”⁸. 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 sanitário⁹. A definição de Queda adotada pelo Hospital referido no estudo é: quando o paciente é encontrado ou vai ao chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.

As quedas têm expressiva predominância entre os fatores externos de ferimentos não intencionais. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, mais conhecida como CID, são codificadas como W19 a W19.9, o que inclui um amplo leque de quedas, abrangendo inclusive as que ocorrem no mesmo nível, de nível mais alto e outras quedas não especificadas⁵.

2.1 Magnitude das quedas no mundo

2.1.1 Frequência das quedas

Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano subindo essa proporção para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos. A frequência das quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade. Idosos que vivem em casas de repouso caem com maior frequência dos que os que vivem na comunidade. Aproximadamente 30% a 50% das pessoas que vivem institucionalizadas sofrem quedas, a cada ano, e 40% delas experimentam quedas recorrentes. A incidência das quedas parece variar também entre os diferentes países. Um estudo realizado na região do Sudeste Asiático, por exemplo, revelou que na China 6% a 31% dos adultos mais velhos caem a cada ano, enquanto outro estudo, realizado no Japão, mostrou que essa incidência, naquele país, é de 20%. Um estudo realizado na região das Américas (Latina e região do Caribe) identificou

que a proporção de adultos mais velhos que sofrem quedas, por ano, varia de 21,6% em Barbados para 34% no Chile⁵.

2.1.2 Índices de lesões causadas por quedas

Os índices de admissão ao hospital devido a quedas, para as pessoas com mais de 60 anos de idade na Austrália, no Canadá e no Reino Unido da Grã Bretanha e da Irlanda do Norte (UK) varia de 1.6 a 3.0 por população de 10.000 habitantes. Os registros de ferimentos causados por quedas resultam em consultas a serviços de emergência para o mesmo grupo na região Oeste da Austrália e no Reino Unido são mais altos: 5.5-8.9 por população de 10.000 no total⁵.

2.1.3 Necessidade de cuidados médicos

As quedas e os ferimentos subsequentes são importantes problemas de saúde pública que muitas vezes requerem atenção médica. As quedas respondem por 20% a 30% dos ferimentos leves, e são causa subjacente de 10% a 15% de todas as consultas aos serviços de emergência. Mais de 50% das hospitalizações relacionadas a ferimentos ocorridas entre as pessoas com mais de 65 anos de idade. As principais causas subjacentes de todas as admissões ao hospital relacionadas a quedas são: fratura do quadril, lesões traumáticas do cérebro e ferimentos dos membros superiores.

A duração das internações devidas às quedas varia; é mais prolongada, porém, do que as ligadas a outros ferimentos. Varia de 4 a 15 dias na Suíça⁸. Suécia¹⁰. Nos Estados Unidos, na região Oeste da Austrália, na Província da Columbia Britânica e em Quebec, no Canadá. Com o aumento do envelhecimento e da fragilidade, os idosos têm probabilidade de ficar hospitalizados, após uma lesão causada por uma queda, pelo resto de sua vida. Após as quedas, 20% morrem em período de um ano depois da fratura do quadril. Adicionalmente, as quedas podem também resultar em síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que levarão a restrições ainda maiores nas atividades diárias⁵.

2.1.4 Principais fatores de risco para quedas

As quedas ocorrem como resultado de uma complexa interação de fatores de risco. Os principais fatores de risco refletem a diversidade de determinantes de saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem estar.

- Fatores de risco biológicos:

Os fatores de risco biológicos abrangem características dos indivíduos que são relacionadas ao corpo humano como Idade, gênero e raça, por exemplo que não são modificáveis. Estão também associados às mudanças devidas ao envelhecimento, tais como o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, e à comorbidade associada às doenças crônicas. A interação entre os fatores biológicos e os riscos comportamentais e ambientais aumenta os riscos de quedas. A perda de força muscular, por exemplo, leva a uma perda de função e um maior nível de fragilidade, o que intensifica o risco de quedas devido a alguns riscos ambientais⁵.

- Fatores de risco comportamentais:

Os fatores de risco comportamentais incluem os que dizem respeito às ações humanas, emoções ou escolhas diárias. São potencialmente modificáveis. Comportamentos de risco, por exemplo, tais como o uso de múltiplos medicamentos, uso excessivo de álcool e comportamento sedentário, podem ser modificados através de intervenções estratégicas para mudança comportamental⁵.

- Fatores de risco ambientais:

Os fatores de risco ambientais incluem a interação das condições físicas dos indivíduos e o ambiente que os cerca, incluindo alguns problemas e aspectos problemáticos dos ambientes públicos. Esses fatores não são, em si, causas de quedas – antes, a interação entre outros fatores e sua exposição aos ambientais.

Os problemas domésticos incluem degraus estreitos, superfícies de escada escorregadias, tapetes soltos e iluminação insuficiente, design inamistoso de prédios, pisos escorregadios, calçadas quebradas ou irregulares e iluminação insuficiente em locais públicos também que contribuem para as quedas responsáveis por lesões⁵.

- Fatores de risco socioeconômicos:

Os fatores de risco socioeconômicos são relacionados à influência das condições sociais e do status econômico dos indivíduos, bem como à capacidade da comunidade de enfrentá-los. Esses fatores incluem: baixa renda, pouca educação, habitações inadequadas, falta de interação social, acesso limitado ao cuidado de saúde e assistência social em áreas remotas e falta de recursos da comunidade⁵.

2.1.5 Custo das quedas

O impacto econômico das quedas é crítico para a família, a comunidade e a sociedade. Os impactos e custos para o setor saúde das quedas em idosos estão aumentando significativamente em todo o mundo. Os custos relacionados às quedas são categorizados sob dois aspectos:

- Os custos diretos abrangem os custos de saúde tais como medicamentos e serviços adequados como, por exemplo, consultas médicas, tratamento e reabilitação.
- Os custos indiretos são as perdas da produtividade na sociedade relacionados às atividades nas quais os indivíduos ou os cuidadores estariam envolvidos caso não tivessem de cuidar de lesões causadas pelas quedas, por exemplo a perda de rendimentos. Na sequência o resumo de uma visão geral dos impactos e custos de saúde das quedas em alguns países desenvolvidos. Isso se deve à falta de dados dos países em desenvolvimento⁵.

2.1.6 Custos diretos do sistema de saúde

A média de custos do sistema de saúde para cada episódio de lesão causada por queda em pessoas com mais de 65 anos de idade na Finlândia e na Austrália foi de US\$3611 (originalmente, 6500 dólares australianos em 2001-2002) e US\$ 1049 (originalmente 944 euros em 1999), respectivamente⁵.

2.1.7 Principais fatores de proteção

Os fatores de proteção de quedas na idade madura são ligados à mudança comportamental e às modificações ambientais. A mudança comportamental para um estilo de vida saudável é um ingrediente chave para encorajar o envelhecimento saudável e evitar quedas. Não fumar, consumir álcool moderadamente, manter o peso em níveis normais na meia idade e na velhice, manter um nível aceitável de atividade física são fatores que protegem os idosos das quedas. O comportamento de auto cuidado da saúde (por exemplo, as simples caminhadas) é ponto central para o envelhecimento saudável e a manutenção da independência.

Um exemplo de modificações ambientais é a modificação das residências. Previne que os idosos estejam expostos a riscos ocultos em suas atividades domésticas diárias. Tais modificações incluem a instalação de artefatos protetores em escadas tais como corrimões, barras de apoio e superfícies não escorregadias no banheiro, além de iluminação adequada e barras de apoio nos demais ambientes. O design amigável para idosos em ambientes públicos é também fator crítico para evitar quedas dos adultos mais velhos.

Decesaro e Padilha referem-se ao ato do cuidado numa concepção de essência da enfermagem, de ser a ação principal no decorrer do seu trabalho, o qual deve ser realizado com segurança para o paciente enquanto hospitalizado, tendo em vista que “[...] uma das principais responsabilidades atribuídas ao enfermeiro é a manutenção da segurança a esse paciente”¹.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural e dinâmico de modificações progressivas morfológicas, bioquímicas, psicológicas e funcionais dos indivíduos – senescência. Em condições de estresse, como uma queda, isso pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência². Diante dessas alterações, e dando ênfase à redução da capacidade funcional, idosos mostram-se mais propensos a sofrer quedas^{3,4}.

A Capacidade Funcional (CF) pode ser definida como um parâmetro de qualidade de vida nessa população, expressada pela habilidade de manter e realizar Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária, necessárias para uma vida independente e autônoma. Queda pode ser definida como um evento não intencional, provocado por circunstâncias multifatoriais, em que o corpo se desloca inesperadamente para o chão ou a um nível inferior à sua posição inicial^{11,12}.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a frequência de quedas está estatisticamente ligada ao aumento da idade cronológica e ao nível de fragilidade, sendo que 28-35% das pessoas com 65 anos ou mais caem a cada ano, aumentando para 32-42% para aqueles com mais de 70 anos de idade¹¹. Durante o período de internação hospitalar, as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento tornam-se mais suscetíveis aos eventos adversos da hospitalização, tais como a restrição ao leito e perda de massas óssea e muscular, restrição física, polifármacos e procedimentos terapêuticos, alterações nutricionais, privação sensorial, comorbidades agudas ou crônicas descompensadas. Essas complicações podem levar a um declínio funcional e, conseqüentemente, à maior instabilidade postural e ao risco de quedas, à maior morbimortalidade e também a um aumento do tempo de permanência hospitalar¹³. A hospitalização aumenta o risco de quedas^{14,15,16}.

As taxas de quedas podem variar de 1,4 a 17,9, para cada mil pacientes-dia, dependendo do tipo de hospital, perfil e motivo da admissão dos pacientes^{17,18}. A literatura aponta dados relevantes: entre 15% e 50% das quedas resultam em uma grande variedade de danos, sendo que de 1% a 10% podem ser casos mais graves, com lacerações, lesões da cabeça e fraturas^{14,19}. Quedas podem resultar no aumento do tempo de permanência e conseqüentemente, dos custos hospitalares^{18,20}. Nesse contexto, a perda de massa muscular que está associada a uma série de disfunções e doenças sistêmicas prevalentes no idoso altera a funcionalidade muscular²¹.

O processo de prevenção de quedas começa com uma avaliação do risco de queda de cada paciente^{11,12}. Em 2013, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e, por meio dele, implementadas ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, com divulgação de seis protocolos básicos voltados às áreas prioritárias, a saber: Identificação correta do paciente; Comunicação entre os profissionais de saúde; Segurança na prescrição, Uso e administração de medicamentos; Cirurgia segura; Higienização das mãos; Minimização do risco de Quedas e úlceras por pressão²³. (ANEXO 1).

A queda do paciente, por ser uma ocorrência indesejável e de natureza danosa, é um Evento Adverso que deve ser prevenido. Eventos Adversos: são aqueles indesejáveis, que causam dano ou são prejudiciais, comprometendo a segurança do paciente sob os cuidados dos profissionais de saúde, mas que podem ser prevenidos²⁴.

Esses eventos produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave como fraturas, hematomas e sangramentos, que podem levar ao óbito²⁵.

A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda, contribuindo 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, além de repercussões de ordem legal²⁵.

Geralmente a queda de pacientes em hospitais 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 postural²⁶.

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 humanos²⁶.

Segundo o Protocolo de Quedas do Ministério da Saúde⁷, fazem parte dessas intervenções:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;

- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas⁷.

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. 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 queda⁷.

1) Fatores de risco para queda:

a) Demográfico: crianças < 5anos 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
- 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).

d) 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.

e) Comprometimento sensorial:

- 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 medicamentos).

h) Obesidade severa.

i) História prévia de queda.

2) Paciente com alto risco de queda

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

b) 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.

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

3) Paciente com baixo risco de queda

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

b) Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco. As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico⁷.

Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas. As utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são: Morse^{27,28} e St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)^{29,30}.

Essas duas escalas possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que predis põem à queda e permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda⁷.

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia³¹.

Segundo os autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade da assistência à saúde foi citada como “um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização de recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável à saúde”³².

Embora fosse à década de 1990 em que a OMS tenha definido a qualidade na assistência à saúde, órgãos americanos em 1951 já tratavam da qualidade e segurança dos pacientes.

A organização acreditadora Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), já vinha realizando ações por meio de certificações às instituições consideradas seguras no cuidado ao paciente e juntamente com o American College of Physician, a American Hospital Association, a American Medical Association e a Canadian Medical Association, “[...]tem-se tornado uma crescente e poderosa força, ao longo da última década, pelo exercício de seu mandato de melhoria da segurança nos hospitais norte americanos”^{6,33,34}.

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 deixados ao chão. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais³⁵.

No Brasil, há uma década também tem se falado na segurança do paciente, através da Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão responsável pela acreditação dos serviços de saúde em nosso país.

A ONA, define-se como: “Uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional, tem por objetivo geral promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País”^{36,37,38}.

Define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial/governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

O processo acreditação é pautado por três princípios fundamentais:

É voluntário, feito por escolha da organização de saúde;

É periódico, com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado;

É reservado, ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas^{36,37,38}.

A acreditação hospitalar é concedida aos estabelecimentos de saúde que mantém atendimento respaldado na segurança do paciente.

De acordo com a ONA, a acreditação hospitalar pode ser dividida em 3 níveis de avaliação:

- Nível 1 (segurança): indica que a instituição possui requisitos básicos de qualidade assistencial e segurança para o paciente.

- Nível 2 (planejamento) implica adoção de planejamento na organização; gestão integrada, envolvendo o acompanhamento das barreiras de segurança definidas, dos principais processos desenhados e dos protocolos implantados. Deve existir uma análise crítica dos

controles de processo e análise de resultados, assim como de processos e de protocolos assistenciais, com o estabelecimento de planos de ação e de melhorias dos processos.

- Nível 3 (excelência na gestão) contempla o uso de indicadores para avaliação de resultados e melhorias de processos.

Quando recebe esse nível de certificação, a instituição já incorporou o acompanhamento e a análise crítica de processos e resultados assistenciais e os ciclos de melhoria já ocorrem de forma sistemática^{36,37,38}.

Nas instituições hospitalares, o enfoque da qualidade dos serviços busca oferecer à clientela serviços com qualidade total, livre de riscos e danos, e que resultem em satisfação e segurança do paciente enquanto cliente; falhas na assistência hospitalar vão contra esse princípio e podem acarretar danos não só aos pacientes como aos prestadores dos cuidados a esses pacientes³⁵.

No Brasil, há aproximadamente uma década começou a ser abordado com maior ênfase os temas sobre segurança do paciente e na qualidade da assistência prestada ao pacientes. Hoje, nos aspectos segurança e qualidade, faz-se necessária a presença de um grupo importante na comunidade hospitalar, que são responsáveis pelo mapeamento de processos, de riscos a que o paciente está sujeito, e eventos adversos que podem ocorrer em decorrência de cuidados de profissionais da saúde³⁵.

Os principais fatores predisponentes ao risco de quedas aos pacientes hospitalizados:

- Demográficos: crianças, idosos com idade ≥ 65 anos, sexo feminino devido à maior expectativa de vida, maior propensão às quedas e osteoporose;
- Psico-cognitivos (declínio cognitivo): condições de saúde/cronicidade da doença (acidente vascular cerebral prévio, tonturas, hipotensão postural, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, artrites, história prévia de quedas);
- Funcionalidade: dificuldades no desenvolvimento das atividades de vida diária, necessidade de disponibilidade de auxílio à marcha, inatividade, equilíbrio corporal marcha e/ou mobilidades alteradas); comprometimento sensorial/visual; uso de medicações (benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, psicóticos, antidepressivos, digitálicos, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares) e associações medicamentosas³⁸.

Nos Estados Unidos, anualmente, mais de um terço dos idosos hospitalizados sofrem quedas; com o aumento da idade, uso de poli fármacos e problemas de mobilidade em

decorrência de doenças degenerativas a probabilidade para o risco de queda aumenta consideravelmente, na ordem de mais de 50%⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com a Joint Commission International (JCI), estabeleceu seis metas internacionais de segurança do paciente, visando a promoção de melhorias na assistência ao paciente em situações consideradas como sendo de maior risco:

META 1 – Identificar corretamente os pacientes

META 2 – Melhorar a eficácia da comunicação

META 3 – Controlar medicamentos de alto risco e alta vigilância

META 4 – Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto

META 5 – Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde

META 6 – Reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de queda ^{33,34}.(ANEXO 1)

Todas as instituições de saúde do mundo adotam as metas, a fim de oferecer um ambiente cada vez mais seguro aos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde. No Brasil, como nem todas as instituições hospitalares realizam a notificações de eventos adversos, não existem dados exatos sobre o número de casos de queda de pacientes no ambiente hospitalar³⁹.

A dificuldade na notificação desses casos muitas vezes se dá devido ao contexto do medo da punição. Deve-se ter em mente que a notificação desses eventos (notificação de eventos adversos) é de caráter de orientação para correção das falhas ocorridas devido à ocorrência do evento.

O gerenciamento (ou administração) de riscos faz-se necessário para a realização da notificação de eventos, juntamente com os profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado do paciente. A notificação do evento deve ser realizada pelo enfermeiro responsável na unidade de internação na qual ocorreu o evento.

A implantação de um protocolo que gerencie a prevenção do risco de quedas do paciente hospitalizado assegura uma hospitalização livre de danos³⁹.

O Manual Brasileiro de Acreditação norteia as instituições com fundamentos traduzidos nas melhores práticas e resultados, tendo por fim a necessidade das organizações focarem, dentre outras: a segurança do paciente, a prevenção dos agravos, a melhoria contínua dos processos³⁸.

A implantação de protocolos de segurança nas instituições hospitalares auxilia na segurança do paciente evidenciado através do monitoramento dos pacientes com risco de queda, efetivando o cuidado através dos cuidados sistematizados, propiciando uma hospitalização segura e com qualidade⁴⁰. Sendo Protocolo o conjunto das informações, decisões, normas e regras definidas a partir de um ato oficial. São ações padronizadas pré-definidas para direcionar as condutas a serem prestadas, garantindo assistência de qualidade e segurança ao paciente⁹.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Desenvolver e implantar Protocolo para Prevenção do Risco de Quedas aos pacientes internados em um hospital geral público na região Sul da cidade de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos:

Em relação às quedas:

- Identificar precocemente os riscos.
- Instituir medidas de prevenção, para redução da sua frequência
- Implementar o cuidado multiprofissional e multidisciplinar com os pacientes.
- Promover medidas educativas para pacientes, familiares e equipe de profissionais.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo Descritivo do passo a passo da elaboração e desenvolvimento de Protocolo para Prevenção do Risco de Quedas dos pacientes internados no hospital iniciando-se em Julho de 2016 e encerrando-se em Maio de 2017.

4.2 Local de estudo

O estudo se realizou em um hospital escola público estadual de nível secundário na Zona Sul da cidade de São Paulo. Esse hospital atende a população do SUS das áreas da Capela do Socorro, Parelheiros e Marsilac, área de aproximadamente 500 Km quadrados compostas por aproximadamente um milhão de habitantes. A principal característica desse serviço é o atendimento de Pronto Socorro e referenciado, atende politraumas e pacientes de alta complexidade adulto e infantil, mas também oferece atendimento nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Clínica Médica, Ortopedia e traumatologia, Pediatria, Neurologia Clínica, Ginecologia, Obstetrícia e UTI adulto, Pediátrica e Neonatal e Serviço de Atendimento a Diagnóstico e Terapia (SADT).

Atualmente possui 286 leitos operacionais, sendo que atua na maior parte do tempo acima de sua capacidade.

Esse equipamento é um hospital de ensino que tem parceria com universidades, Ministério da Saúde e escolas técnicas, participando da formação de profissionais de equipe multiprofissional e médica com atividades de estágio, residência, especialização e formação técnica.

Esse hospital está localizado no distrito do Grajaú, região que apresenta a segunda pior renda do município de São Paulo, sendo identificada como região de vulnerabilidade social alta, com nível de escolaridade baixo, chefes de família jovens e presença significativa de crianças, com escassez de rede de água e esgoto, de equipamentos de saúde, lazer e cultura⁸.

Dados fornecidos pelo perfil Nosológico da Instituição, mostraram que de Dezembro de 2015 a Dezembro de 2016 houve 20.776 altas hospitalares, sendo destas 4.353 de pacientes acima de 60 anos de idade, ou seja, 21% das altas hospitalares correspondem à população idosa.

4.3 População envolvida no estudo

O estudo foi desenvolvido por um grupo de Enfermeiras que trabalham no Hospital em estudo e foi realizado pensando em todos os pacientes internados em um hospital escola público estadual de nível secundário na Zona Sul da cidade de São Paulo.

4.4 Método

Para a elaboração do Protocolo, foi estruturado um grupo de trabalho denominado “Grupo de Prevenção de Quedas”.

Primeiramente foi realizado levantamento da literatura existente e modelos utilizados em outras Instituições. A seguir foi desenvolvida nova de Ficha de Notificação com medicações, clínica do paciente, medidas de segurança, avaliação pós-queda, intervenção imediata, descrição do evento, ação corretiva e classificação do dano.

Dando seguimento, foi inserido alerta de medicação que potencializa o risco de Queda e observação na Prescrição Médica e o grupo optou pela elaboração de novo Instrumento de Avaliação do Risco de Queda e iniciou o desenvolvimento deste.

Com a participação do setor de Informática do hospital, o Instrumento de Avaliação de Risco de Queda foi inserido no Sistema MV – Software utilizado pelo Hospital em estudo - Sistema de Gestão que no âmbito hospitalar trabalha com implantação de ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas proporcionando uma visão global da Instituição; através do Sistema MV todas as informações relativas ao paciente ficam disponíveis desde o momento da entrada no Hospital até o momento da Alta.

O treinamento institucional sobre o Protocolo de Prevenção de Quedas iniciou em Abril de 2017 e foi realizado primeiro para os Enfermeiros envolvidos com a assistência ao paciente visando o alinhamento de conhecimentos quanto aos aspectos conceituais, técnicos (avaliação de fatores de risco, ações preventivas, identificação do evento e adoção de conduta) e logísticos (preenchimento da avaliação no sistema e da ficha de notificação). Em Maio de 2017 foi realizado o Treinamento para os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem enfatizando fatores de risco, ações preventivas, identificação do evento e adoção de condutas. (ANEXO 4).

Foram realizadas 12 reuniões do Grupo de Queda entre Julho de 2016 e Maio 2017.

Na primeira reunião, o grupo realizou levantamento da literatura existente sobre Queda e Protocolos e foi feita uma releitura das Metas Internacionais de Segurança da Organização Mundial de Saúde - OMS (ANEXO 1), relacionando o protocolo às Normas; nessa reunião, ainda foi avaliado o Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde⁷.

Na segunda reunião, foram avaliados os instrumentos existentes em outras Instituições e disponíveis na Internet. O grupo concluiu que os Protocolos implantados em outras Instituições tem particularidades relativas a cada serviço, mas são complementares. Após essas leituras, optou-se pela construção de novo Protocolo de Prevenção de Quedas com Instrumento de Avaliação de Risco Institucional direcionado às características e particularidades do Hospital em estudo. Foram discutidos Normas, Objetivo, Abrangência e Definição.

Na terceira reunião, foi iniciado o Instrumento de Avaliação de Risco e o grupo decidiu agrupar os diferentes riscos por macro tópicos e redistribuir a pontuação. Foi discutido um piloto do Instrumento de Avaliação de Risco de Queda.

À partir da quarta reunião, foram convidados colaboradores de outros setores para participar das reuniões a fim de discussão e tomada de medidas e decisões necessárias para a implantação de Protocolo. Nessa reunião houve a participação do responsável pelo setor de Manutenção e foi realizada uma ronda pelo hospital com todo o grupo a fim de apontar alterações necessárias no ambiente para implantação do Protocolo. Foi levantada a necessidade de colocar redutor de fluxo de água nos chuveiros das enfermarias, pois o fluxo era muito intenso fazendo com que a água ficasse retida no banheiro após o banho, aumentando o risco de queda do paciente. Também foram apontadas necessidade de colocação de barras de segurança em todos os banheiros das enfermarias e ajuste das que já existiam, colocação de lâmpadas de segurança com acendimento automático à noite nos quartos e troca das que já existiam, contribuindo, assim, para a segurança do paciente. Foi solicitado autorização da Diretoria para o orçamento dessas autorizações.

Na quinta reunião, foi conversado com a responsável pelo setor de Comunicação sobre a estruturação de folder sobre orientações de Queda para distribuição para os pacientes e foi discutido teste do novo formulário de riscos. Recebido retorno da Diretoria de autorização

parcial do orçamento para as alterações do ambiente (Barras de segurança, chuveiros e lâmpadas de segurança), então alguns componentes do grupo visitaram novamente o hospital acompanhadas do responsável pelo setor de Manutenção e foram priorizadas algumas Enfermarias para início das atividades (Médico-Cirúrgica e Infantis)

Na sexta reunião foi realizada revisão do Instrumento de Notificação com definição de melhorias e definido inserção de score numérico de dor no instrumento e finalizado. Ficou definido que quanto menor a pontuação maior o risco.

Na sétima reunião o convidado foi o responsável pelo setor de Compras e o grupo solicitou rapidez dos orçamentos para a implantação do protocolo e explicou os materiais para orçamento: impressão do Orientador de prevenção de queda e da pulseira de identificação, faixas de segurança para restrição do paciente e sinalizador de leitos. Nessa reunião, ainda foi finalizada a Ficha de ações de prevenção que será realizada pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Na oitava reunião já começamos a ter retornos: o responsável pelo setor de Manutenção nos informou que as barras de segurança dos banheiros estão sendo trocadas, estão sendo colocados os de redutor de pressão nos chuveiros e está sendo feita a troca de luzes sentinela nos quartos; alguns componentes do grupo visitaram pessoalmente as Enfermarias com alterações já realizadas. Ficou definido pelo grupo que a faixa de segurança para restrição em poltrona será Laranja e foi solicitado orçamento para 160 unidades (necessário pelo nº de leitos do hospital). Foi revista a pontuação do Instrumento de avaliação de riscos, foi realizado novo teste e foi inserido no sistema MV

Na nona reunião, foi discutido teste do novo formulário de riscos e foi definida inserção de escore numérico de dor no instrumento. O Instrumento de Avaliação de Riscos de Queda foi finalizado. O convidado da reunião foi um colaborador do setor de Informática e foi definido com o grupo como será a inserção do Protocolo, do Instrumento de avaliação de Riscos, e das Fichas de Notificação de Quedas no sistema MV. O registro de enfermagem foi finalizado e encaminhado para o setor de Comunicação. A Ficha de avaliação de Risco de Queda foi encaminhada para produção em gráfica.

Na décima primeira reunião foi definido o grupo que fará o acompanhamento da implementação e utilização do Protocolo. Foi finalizada inserção da avaliação de risco no sistema MV ficando disponível para os colaboradores, o alerta de medicação que potencializa o risco de queda e observação na prescrição foi ativado.

Foi enviado em e-mail a todos os colaboradores informando a abertura das inscrições para participação no grupo de Quedas e estimulando a participação não só de Enfermeiros, mas de toda a equipe.

Foi aprovado pela Diretoria da compra dos orientadores de leito e a solicitação foi encaminhada ao fornecedor.

Na décima segunda e última reunião, foi estruturado treinamento para os Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem pelas colaboradoras responsáveis pelo setor de Educação Continuada e foi definida a data de início dos treinamentos.

As colaboradoras apresentaram a aula para o grupo de Queda, esta foi revisada e ordenada de acordo com a categoria profissional. Foram definidos os componentes do grupo de Gerenciamento de Quedas.

4.5 Implantação do protocolo

O Protocolo foi inserido no sistema MV para uso via Intranet no hospital e foi dividido em Avaliação Inicial que é realizada na Admissão, junto com o Histórico de Enfermagem do Paciente, com reavaliação diariamente sempre que houver mudança de unidade Assistencial.

Essa avaliação é realizada em todos os pacientes internados exceção dos pacientes que estão no Pronto Socorro Adulto (PSA), Pronto Socorro Infantil (PSI) e Pronto Socorro Ginecologia e Obstetrícia (PSGO) e dos pacientes que estão internados em maca. Todos esses são classificados como de Risco Alto sempre.

A Avaliação Específica é realizada somente se o paciente não atender o critério de Avaliação Inicial.

Ficou decidido que os pacientes classificados como Alto Risco de Queda devem ser identificados com pulseira de identificação de cor Laranja e o leito desse paciente deverá ser identificado com placa específica. (ANEXO 2)

Foram incluídas no Protocolo as Ações Universais de Prevenção, como uso de faixa de Segurança para restrição do paciente ao leito ou à cadeira (ANEXO 3), pisos antiderrapantes, manter corredores e quarto livres de obstáculos; avaliar a possibilidade de retirada de dispositivos; orientar uso de calçados e vestimentas adequados; incluir o paciente no seu cuidado; manter o chão limpo e seco; manter as camas com grades elevadas e travadas, deixar a campainha, mesa auxiliar para refeições e outros itens utilizados com frequência ao alcance do paciente, assim como dispositivos de auxílio à locomoção, como muletas ou andador,

solicitar a presença do acompanhante nas 24 horas e acompanhar o paciente durante sua locomoção.

Foram instituídos Cuidados Multidisciplinares como orientar paciente e acompanhante sobre o risco de Queda relacionado a uso de medicamentos, avaliação farmacêutica da prescrição médica dos pacientes que usam de medicamentos que aumentam o risco de queda, envolvendo a equipe multidisciplinar na discussão quanto à necessidade de manutenção ou substituição do item prescrito; foi orientada atenção especial aos pacientes com hipotensão postural (queda da Pressão Arterial (PA) quando o paciente está deitado e levanta-se bruscamente causando tontura) e em pós cirúrgico imediato (as primeiras 24 horas), foram orientados a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito por 5 minutos antes de levantar).

Foi orientada à equipe multidisciplinar cuidado com os medicamentos que aumentam o risco de Quedas e atenção no Sistema MV aos avisos para a equipe sobre esses medicamentos.

Foi solicitada manutenção de grades elevadas como medida preventiva de Quedas e registro das ações de prevenção no Registro Diário de Enfermagem pelos Enfermeiros e Auxiliares / Técnicos de Enfermagem.

Em caso de ocorrer a Queda deve-se solicitar avaliação médica e realizar primeiros cuidados à partir de danos visíveis, providenciar os exames e ou procedimentos solicitados, registrar o evento e a assistência prestada em prontuário, acompanhar o paciente identificando sinais de instabilidade clínica, solicitar reavaliação médica se necessário, notificar no sistema MV e gerar Ficha de Notificação de Queda. Como responsabilidade dos Técnicos / Auxiliares de Enfermagem ficou instituído o registro do não cumprimento das medidas de prevenção orientadas, conferência diária e a cada plantão das ações de Prevenção de Queda no Registro de Enfermagem na área de Conferência Diária de Ações de Prevenção de Queda e registro no Registro Diário de Enfermagem as medidas adicionais em uso e as orientações realizadas ao paciente e acompanhante.

4.6 Aspectos Éticos

A elaboração do projeto foi autorizada pela Diretoria do Hospital Geral do Grajaú através de “Autorização de Realização de Pesquisa” (ANEXO 5) e não houve necessidade de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de uma pesquisa descritiva sobre o desenvolvimento e implantação de um protocolo, não envolvendo seres humanos.

5. RESULTADOS

Como Resultado, segue o Protocolo de Prevenção de Quedas desenvolvido e implantado no Hospital em estudo:

1. NORMA:

1.1. Todos os pacientes internados serão avaliados quanto ao risco de queda, incluindo aqueles em observação (FA) no Pronto Socorro exceto aqueles que estiverem aguardando atendimento na área dos consultórios;

1.2. A avaliação será realizada com base no Instrumento de Avaliação de Risco de Queda – HGG - próprio da Instituição no momento da admissão do paciente;

1.3. Após a avaliação de risco, o leito do paciente deverá ser identificado com o identificador padrão: AMARELO PARA ALTO RISCO/ AZUL PARA RISCO MODERADO E BRANCO PARA BAIXO RISCO.

1.3. O paciente com alto risco de queda deverá ser identificado com pulseira AMARELA;

1.4. A reavaliação será realizada periodicamente a depender do local de internação do paciente;

1.5. A responsabilidade de aplicação do instrumento é do enfermeiro que pode delegar ao residente de enfermagem;

1.6. Toda queda deve ser relatada no prontuário do paciente, incluindo as ações tomadas no primeiro atendimento, e notificada por meio do preenchimento da ficha de notificação de queda disponível no MV > PAGU> documento de prontuário>notificação de queda;

1.7. Todo paciente que sofre queda será avaliado pelo enfermeiro e médico imediatamente após a ocorrência do evento;

1.8. As ações de prevenção devem ser prescritas para todos os pacientes, independente do seu risco, respeitando-se os critérios obtidos na avaliação.

1.9. O técnico / auxiliar de enfermagem devem conferir diariamente e a cada plantão a manutenção das ações de prevenção de queda e realizar as orientações pertinentes sempre que for necessário.

2. OBJETIVOS: 2.1. Identificar o risco individual dos pacientes em atendimento; 2.2. Reduzir a ocorrência de quedas e os danos dela decorrente; 2.3. Instituir medidas precoces de prevenção; 2.4. Atender a Meta Internacional de Segurança do Paciente
3. ÁREA DE ABRANGÊNCIA: 3.1. Institucional
4. DEFINIÇÕES: 4.1. <u>Queda para a Sociedade Brasileira de Gerontologia- SBGG</u>: 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. 4.2. <u>Queda No Hospital Geral do Grajaú</u>: <i>Queda é quando o paciente é encontrado ou vai ao chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.</i> 4.3. <u>Evento adverso</u>: Injúria não intencional decorrente do cuidado prestado aos pacientes, não relacionados à evolução natural da doença de base. Obrigatoriamente, acarretam lesões mensuráveis nos pacientes afetados. 4.4. <u>Impresso de avaliação diária de risco de queda</u>: É um instrumento com descrição dos dias e fatores de risco para o registro e acompanhamento.
5. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM RISCO DE QUEDA <u>5.1. Considerações sobre a queda</u> A queda é o deslocamento não planejado do corpo em direção ao chão, sem correção em tempo hábil, podendo ou não resultar em dano para o paciente¹ e 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). É considerado um evento adverso que pode afetar o paciente, seus familiares, profissionais de

saúde e o próprio hospital pois, contribuem para aumentar o tempo de permanência do paciente, gerar ansiedade à equipe assistencial, produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal.²

Atualmente os hospitais que se preocupam com a segurança do paciente, vem dando maior importância a estes eventos uma vez que sua ocorrência é sensível à prática assistencial, especialmente da enfermagem, o que possibilita a implementação de abordagens assistenciais preventivas.

5.1.1. Situações consideradas como Queda

- Paciente escorregar da cadeira para o chão;
- Encontrar o paciente no chão;
- Amparar o paciente durante a queda mesmo que ele não chegue ao chão;
- Escorregar ou desequilibrar-se utilizando mobiliários, parede ou outros como apoio.

5.1.2. Fatores de Risco

Os fatores de risco associados à ocorrência de queda são muitos conforme descritos abaixo:

- ✓ **Demográfico:**
 - Idade menor que 5 anos e maior que 65 anos.

- ✓ **Cognitivo:**
 - Declínio cognitivo;
 - Depressão;
 - Ansiedade;

- ✓ **Relacionados às condições de saúde e presença de doenças crônicas:**
 - Acidente Vascular Cerebral prévio;
 - Hipotensão Postural;
 - Sincope;
 - Baixo índice de massa corpórea;
 - Insônia;

- **Incontinência/ Urgência para evacuação;**
- **Incontinência /Urgência Miccional;**
- **Tontura;**
- **Convulsão;**
- **Dor intensa;**
- **Anemia;**
- **Artrite;**
- **Alterações Metabólicas (hipoglicemia);**
- **Osteoporose;**
- ✓ **Relacionados à funcionalidade:**
 - **Dificuldade no desenvolvimento das atividades diárias de vida;**
 - **Uso de dispositivos de auxílio à marcha;**
 - **Fraqueza muscular e articular;**
 - **Deformidades de membros inferiores;**
 - **Amputação de membros inferiores.**
- ✓ **Relacionados ao comprometimento sensorial:**
 - **Visão;**
 - **Audição**
 - **Tato.**
- ✓ **Relacionados ao equilíbrio corporal:**
 - **Condição de marcha alterada.**
 - **Uso de equipamentos de sustentação (bengala, muletas, entre outras)**
- ✓ **Relacionados ao uso de medicamentos (Anexo 9.4)**
 - **Benzodiazepínicos;**
 - **Antiarrítmico**
 - **Anti – histamínico;**
 - **Antipsicóticos;**
 - **Antidepressivos;**

- **Digoxina;**
- **Diuréticos;**
- **Laxativos;**
- **Relaxantes musculares;**
- **Vasodilatadores;**
- **Hipoglicemiantes orais;**
- **Insulina;**
- **Polifarmácia: uso de 4 ou mais medicamentos concomitantemente.**

✓ **Relacionados ao ambiente**

- **Pisos desnivelados;**
- **Insuficiência ou inadequação dos recursos humanos;**
- **Objetos espalhados pelo chão;**
- **Uso de vestimentas e calçados inadequados;**
- **Iluminação inadequada;**
- **Acomodação inadequada.**

✓ **Outros Fatores**

- **Obesidade severa;**
- **História prévia de queda;**
- **Resistencia do acompanhante/paciente às orientações preventivas.**

5.1.2. Que contribuem para o agravamento do dano ao paciente:

- **Osteoporose;**
- **Fraturas anteriores;**
- **Uso de anticoagulante;**
- **Discrasias sanguíneas.**

5.2. Avaliação de risco de queda:

A avaliação do risco de queda é uma ferramenta de gestão assistencial que possibilita a identificação dos fatores prevalentes, o planejamento e implementação de medidas de prevenção com foco na minimização da ocorrência do evento e na redução do dano ao paciente.

5.2.1. Avaliação do risco

5.2.1.1. Instrumento de Avaliação de Risco

O instrumento adotado pela instituição é a AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA - HGG que foi estruturado internamente com base no perfil de criticidade e dependência dos pacientes que utilizam a instituição.

A escala está estratificada em três graus de risco:

✓ **Alto risco:**

- Paciente que sofreu três ou mais quedas nos últimos três meses;
- Paciente que apresentou uma queda durante o período atual de internação;
- Paciente acomodado em maca;
- Paciente que obtiver pontuação maior ou igual a 23 pontos.
-

✓ **Moderado:**

- Paciente que obtiver entre 14 e 22 pontos na avaliação específica de risco.

✓ **Baixo:**

- Paciente com paralisia ou imobilização completa (exceto por uso de contenção mecânica);
- Paciente que obtiver pontuação menor ou igual a 13 na avaliação específica de risco.

5.2.1.2. Frequência de Avaliação de Risco

A avaliação do risco é responsabilidade do Enfermeiro que deve executa-la sistematicamente:

✓ **Avaliação inicial:** deve ocorrer na admissão, no momento da realização do histórico de enfermagem.

✓ **Reavaliação:** a frequência dependerá do local onde o paciente está internado conforme descrito abaixo:

- Nas unidades de internação: ocorrerá diariamente com o objetivo de identificar modificações no quadro clínico e/ou na prescrição médica que possam determinar mudanças no grau de risco possibilitando assim, a adequação das medidas preventivas.

- No Pronto Socorro: em razão da acomodação permanente em maca, que define o risco como ALTO, a reavaliação é desnecessária.

5.2.1.3. Avaliação no Sistema MV

A avaliação está inserida no sistema MV – módulo PAGU e deve ser realizada da seguinte forma:

Acessar a avaliação Inicial para queda e verificar se o paciente pode ser inserido nos critérios descritos:

- Se SIM
 - Preencher o critério adequado e finalizar a avaliação.

OBS: Neste caso não é necessário realizar a avaliação específica.

- Se Não:
 - Fechar a avaliação inicial sem preenchimento;
 - Acessar a Avaliação Específica , realizar o preenchimento de acordo com o perfil do paciente e finalizar a avaliação.

5.3. Ações de Prevenção:

Estas medidas devem ser implementadas independentemente do risco a que o paciente está submetido, e estão relacionadas a um ambiente de cuidado seguro. São elas:

5.3.1. Em relação à infraestrutura

- Pisos antiderrapantes;
- Mobiliários e iluminação adequados;
- Corredores e quarto livres de obstáculos;

5.3.2. Em relação aos cuidados universais

- Avaliar continuamente a possibilidade de retirada de dispositivos (desinvasão);
- Orientar uso de calçados e vestimentas adequados;
- Entregar o folder e informar o risco e cuidados com o paciente;
- Incluir do paciente no seu cuidado;
- Manter o chão limpo e seco;
- Manter as camas com grades elevadas e travadas em seu nível mais baixo;
- Deixar a campainha, mesa auxiliar e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente;
- Solicitar a presença de acompanhante nas 24 h.
- Acompanhar o paciente durante sua locomoção;
- Posicionar os equipamentos e dispositivos de auxílio a mobilização próximo ao leito para facilitar a saída do leito.
- Orientar a informar a enfermagem quando o acompanhante se ausentar;
- Solicitar o Serviço Social caso haja restrições de entendimento ou participação do responsável.
- Identificar o risco de queda com o cartão sinalizador correspondente

5.3.3. Em relação aos cuidados com pacientes de ALTO RISCO

- Colocar pulseira AMARELO orientando o paciente e acompanhante para não retirá-la;
- Realizar a movimentação da cama para poltrona/cadeira/maca sempre em dois profissionais;
- Colocar o paciente próximo ao posto de enfermagem sempre que possível.
- Identificar o leito com o cartão sinalizador correspondente ao risco de queda definido na avaliação.

5.3.4. Em relação a cuidados multidisciplinares específicos

- **Orientação do paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, e que aumentam o risco de queda;**
- **Utilização de faixas de segurança sempre que o paciente estiver em poltrona, em transporte e na mesa cirúrgica.**
- **Identificação pela equipe multidisciplinar, especialmente fisioterapia, dos pacientes com risco de queda;**
- **Avaliação farmacêutica técnica da prescrição médica dos pacientes em uso de medicamentos que aumentam o risco de queda, com abordagem realizando abordagem e discussão em equipe interdisciplinar sobre a necessidade de manutenção do item na prescrição médica;**
- **Orientar o paciente e acompanhante a utilizar os óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama;**
- **Pacientes com hipotensão postural e em pós cirúrgico mediato (primeiras 24 h) devem ser orientados a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos).**

5.4. Cuidados imediatos com o paciente diante da ocorrência de queda.

✓ Equipe de Enfermagem

- **Solicitar avaliação médica imediata conforme PROT. INST 007-ATENDIMENTO À INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS;**
- **Avaliar a existência de danos visíveis decorrentes da queda;**
- **Realizar os primeiros cuidados:**
 - **Avaliação hemodinâmica;**
 - **Observação rigorosa até avaliação/reavaliação médica**
 - **Monitorar alterações hemodinâmicas e cognitivas nas primeiras 12 h.**
- **Registrar o evento e a assistência no prontuário.**
- **Realizar notificação da queda no sistema MV: PAGU> secretaria>documento**

de prontuário>notificação de queda

✓ Equipe Médica

• Avaliar o paciente imediatamente conforme PROT. INST 007-
ATENDIMENTO À INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS;

- Avaliar extensão de danos visíveis;
- Solicitar exames de imagem e/ou de outra natureza se pertinente;
- Solicitar o suporte necessário para minimizar os danos decorrentes da queda.
- Reavaliar o paciente mediante resultado de exames ou instabilidade do quadro clínico.

5.4. Classificação do Dano decorrente da Queda

Considerando que a queda é um evento adverso potencialmente grave, os danos decorrentes dela devem ser classificados conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Classificação do Dano

SEM LESÃO	DANO LEVE	DANO MODERADO	DANO GRAVE
Sem lesão decorrente da queda	• TCE leve – Glasgow 15 -20; • Pequenos cortes; • Sangramento leve; • Escoriação da pele; • Dor; • Edema; • Hiperemia;	• TCE moderado – Glasgow 13 - 9; • Sangramento excessivo; • Laceração requerendo sutura; • Luxação; • Entorse	• TCE grave – Glasgow 8 - 3; • Fratura; • Hematoma Subdural; • Morte

	• Hematoma menor		
Tabela 2 – Descrição do Dano			
DANO	SINAIS E SINTOMAS		
LEVE	Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida requerendo intervenções mínimas (observação, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve)		
MODERADO	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (procedimento terapêutico e/ou tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda da função permanentemente ou de longo prazo.		
GRAVE	Paciente sintomático com necessidade de intervenção para suporte de vida ou clínica/cirúrgica de grande porte causando diminuição da expectativa de vida; com grande dano ou perda da função permanentemente ou de longo prazo.		
ÓBITO	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte		

5.5. Registro em prontuário

✓ No momento da admissão:

- Registrar a entrega do folder de “Orientações para Prevenção de Queda” bem como as orientações dadas e a inclusão da via assinada no prontuário.

✓ Diariamente:

- Registrar as medidas de prevenção, de acordo com sua competência:



Enfermeiro:

- Registrar na evolução de enfermagem, a realização da avaliação, o grau do risco e a medida preventiva indicada.
- Prescrever as medidas de prevenção, após avaliação diária do paciente, de acordo com seu grau de risco.



Técnico/ auxiliar de enfermagem:

- Conferir, a cada plantão, as medidas de prevenção em uso e realizar as orientações de prevenção registrando-as no campo de conferência diária das ações para prevenção de queda constante na folha de registro diário de enfermagem;
- Registrar no registro diário de enfermagem, medidas adicionais em uso e todas as orientações realizadas incluindo nome completo do acompanhante orientado e grau de parentesco;
- Registrar o não cumprimento, por parte do paciente ou acompanhante, das medidas de prevenção orientadas.

5.6. Notificação dos Eventos de Queda.

5.6.1. No sistema MV

Todo evento deve ser notificado pelo profissional enfermeiro, conforme descrito no item 1.5.

Todos os campos da notificação devem ser preenchidos de forma completa e com a maior fidedignidade possível sendo que:

- ✓ No campo **Medicações em Uso** deve ser relatada a totalidade das medicações indicadas, se houver prescrição, bem como dosagem e frequência.
- ✓ No campo **Descrição do Evento** deve ser relatado como a queda ocorreu com o maior detalhamento possível.
- ✓ No campo **Classificação do Dano** deve ser assinalado o tipo de dano a partir das tabelas orientadoras.

5.6.2. No sistema Notivisa e na Certificadora de Qualidade

Será notificado, em até 48h, pelo Departamento de Qualidade os eventos classificados como Grave.

5.6.3. Encaminhamento das notificações

✓ As notificações de eventos sem danos e com dano leve devem ser impressas em duas vias sendo uma para o prontuário do paciente e uma para armazenamento na pasta dos indicadores

✓ AS notificações de eventos com dano moderado e grave devem ser impressas em três vias sendo uma para o prontuário do paciente; uma para armazenamento na pasta dos indicadores e uma para encaminhamento imediato ao Departamento de Qualidade

5.7. Análise e tratativa dos eventos

5.7.1. Pelo supervisor da unidade assistencial

- Diariamente o Supervisor avaliará a ocorrência de queda nas 24h anteriores por meio das fichas de notificação, buscando identificar causas e possíveis ações corretivas que possam ser implantadas de imediato.

- As fichas devem ser avaliadas quanto a sua completude e qualidade da informação sendo que aquelas que não estiverem conformes devem ser complementadas pelo enfermeiro responsável mediante o acompanhamento e orientação do próprio supervisor.

- ao final de cada mês o indicador deverá ser fechado e as fichas deverão ser encaminhadas à Coordenação Assistencial.

5.7.2. Pelo Grupo de Gerenciamento de Queda

- O Grupo avaliará a totalidade das notificações de queda do mês imediatamente anterior à reunião com o objetivo de:

- **Identificar não conformidades no processo;**
- **Avaliar as causas dos eventos;**
- **Propor melhorias e ações educativas;**
- **Gerar indicador institucional e por unidade assistencial;**

6. ORIENTAÇÕES GERAIS:

6.1. No momento da admissão do paciente qualquer profissional da enfermagem deve fazer as orientações para prevenção de queda, entregar o folder específico coletando a assinatura do paciente e ou do acompanhante em uma das vias e anexando- a ao prontuário;

6.2. Os profissionais de saúde devem orientar o paciente e seu acompanhante quanto ao risco e ações preventivas para queda

6.3. Diariamente, o técnico ou auxiliar de enfermagem deve preencher o item de conferência diária das ações de prevenção de queda constante no registro diário de enfermagem;

6.4. A equipe multiprofissional ao identificar situações de risco de queda para o paciente deve implementar as ações preventivas possíveis e comunicar o enfermeiro responsável pela unidade;

6.5. As fichas de notificação devem ser identificadas com assinatura e carimbo ou nome legível e número do conselho de classe do enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem que prestava assistência ao paciente no momento da queda e supervisor responsável pela área onde ocorreu o evento;

6.6. Os eventos Moderados e Graves devem ter a ficha de notificação encaminhada para o Departamento de Qualidade imediatamente após a ocorrência do evento ou no primeiro dia útil em caso de final de semana e feriado.

7. AÇÕES DE MONITORAMENTO:

Os eventos de queda serão monitorados por meio dos seguintes indicadores:

- **Incidência de queda por unidade assistencial;**
- **Incidência de queda institucional;**
- **Incidência de queda por grau do dano;**
- **Incidência de queda de pacientes com risco.**

Folder com Orientações sobre Prevenção de Queda para ser entregue aos pacientes no momento da Internação elaborado e implantado:



Orientação sobre Prevenção de Queda



Sr (a) _____

Seja bem-vindo ao Hospital Geral do Grajaú!

Nossa equipe, pensando em seu bem estar e em lhe oferecer uma assistência livre de riscos e danos, deseja orienta – lo sobre a Queda Hospitalar:

“Queda é um deslocamento não Intencional do corpo para um nível inferior a sua posição Inicial, sem possibilidade de correção em tempo hábil”

É um evento comum nos hospitais e que pode acontecer a qualquer momento, especialmente quando o paciente apresenta alteração de equilíbrio, faz uso de suporte para andar (muleta, bengala, entre outros), está usando soros, sondas, etc.

O risco para ocorrência de queda será avaliado periodicamente e, neste momento seu risco é: () **Alto** () **Moderado** () **Baixo**

Todos nós, equipe Multiprofissional, paciente e acompanhante, somos responsáveis por manter um ambiente seguro para que o cuidado à saúde aconteça sem a ocorrência de situações evitáveis assim, pedimos sua colaboração na manutenção das ações de prevenção de queda:

- Mantenha sempre as duas pulseiras: a de identificação pessoal e a VERMELHA que indica Alto Risco de Queda.
- Mantenha as grades da cama SEMPRE elevadas.
- Mantenha a cama no seu nível mais baixo sempre com as rodas travadas.
- Use calçados com sola de borracha, sem saltos e ajustados ao pé.
- Evite roupas longas (camisolas, pijamas, etc) para não pisar na barra ou tropeçar.
- Nunca deixe o paciente sozinho.
- Chame um membro da Equipe Multiprofissional para auxiliar na locomoção e mobilização do paciente.

Data: ____/____/____ Grupo de Gerenciamento de Queda.

Nome legível do colaborador da enfermagem

Nome legível do acompanhante/paciente



Orientação sobre Prevenção de Queda



Sr (a) _____

Seja bem-vindo ao Hospital Geral do Grajaú!

Nossa equipe, pensando em seu bem estar e em lhe oferecer uma assistência livre de riscos e danos, deseja orienta – lo sobre a Queda Hospitalar:

“Queda é um deslocamento não Intencional do corpo para um nível inferior a sua posição Inicial, sem possibilidade de correção em tempo hábil”

É um evento comum nos hospitais e que pode acontecer a qualquer momento, especialmente quando o paciente apresenta alteração de equilíbrio, faz uso de suporte para andar (muleta, bengala, entre outros), está usando soros, sondas, etc.

O risco para ocorrência de queda será avaliado periodicamente e, neste momento seu risco é: () **Alto** () **Moderado** () **Baixo**

Todos nós, equipe Multiprofissional, paciente e acompanhante, somos responsáveis por manter um ambiente seguro para que o cuidado à saúde aconteça sem a ocorrência de situações evitáveis assim, pedimos sua colaboração na manutenção das ações de prevenção de queda:

- Mantenha sempre as duas pulseiras: a de identificação pessoal e a VERMELHA que indica Alto Risco de Queda.
- Mantenha as grades da cama SEMPRE elevadas.
- Mantenha a cama no seu nível mais baixo sempre com as rodas travadas.
- Use calçados com sola de borracha, sem saltos e ajustados ao pé.
- Evite roupas longas (camisolas, pijamas, etc) para não pisar na barra ou tropeçar.
- Nunca deixe o paciente sozinho.
- Chame um membro da Equipe Multiprofissional para auxiliar na locomoção e mobilização do paciente.

Data: ____/____/____ Grupo de Gerenciamento de Queda.

Nome legível do colaborador da enfermagem

Nome legível do acompanhante/paciente

Ficha de Avaliação de Risco de Queda elaborada:

Avaliação de Risco de Queda				
I - AVALIAÇÃO INICIAL : avalie se pelo menos uma das situações se aplica ao paciente. Se sim, considere o risco definido. Não é necessário complementar o preenchimento da escala				
CONDIÇÃO			RISCO	
☐	Paralisia ou imobilização completa (exceto por uso de contenção mecânica)			BAIXO
☐	Ocorrência de duas ou mais quedas nos 3 meses anteriores à admissão.			ALTO
☐	Ocorrência de uma queda durante a internação atual.			ALTO
☐	Acomodação em maca			ALTO
II - AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: Somente faça esta avaliação se o paciente não preencher nenhum dos requisitos acima				
FATORES DE RISCO ESPECÍFICOS		SIM	NÃO	
A- Acomodação	Inadequada para a idade/condição do paciente	2	0	
B - Mobilidade	Alteração de equilíbrio	3	0	
	Mobilidade reduzida	3	0	
	Uso de equipamento de sustentação (muleta, andador, etc)	2	0	
C - Deficit	Sensitivo / Neurológico	3	0	
	Visual/ Auditivo	3	0	
D - Cognição	Percepções alteradas do ambiente físico	2	0	
	Comportamento imprevisível ou arriscado	3	0	
	Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas	2	0	
	Redução do nível de consciência e sonolência	3	0	
E - Condições clínicas	Dor com escore acima de 4 (ver régua de dor abaixo*)	1	0	
	Uso de medicação (ver tabela abaixo**)	3	0	
	Urgência/incontinência intestinal e/ou urinária	3	0	
	Uso de dispositivo invasivo com infusão intermitente(CNE, CVD e etc)	2	0	
F - Outros fatores	Idade > 65 ou < 5 anos	1	0	
	Obesidade mórbida	2	0	
	Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas	3	0	
	Uso de calçados / Vestuário inadequados	2	0	
	Resistência do acompanhante/paciente às orientações preventivas	1	0	
	SCORE FINAL			
SCORE DE RISCO		Alto: ≥ 23 pontos		
		Moderado: 14 a 22 pontos		
		Baixo: ≤ 13 pontos		
* Régua de Dor: 0 sem dor de 1 a 3 dor leve de 4 a 6 dor moderada de 7 a 10 dor intensa				
**Medicamentos de risco: Benzodiazepínicos; antiarrítmicos; anti-histamínicos; antipsicóticos; antidepressivos, diuréticos;laxativos; relaxantes musculares; vasodilatadores; hipoglicemiantes orais; insulina.				

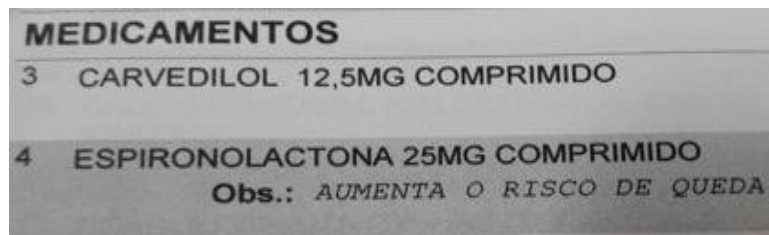
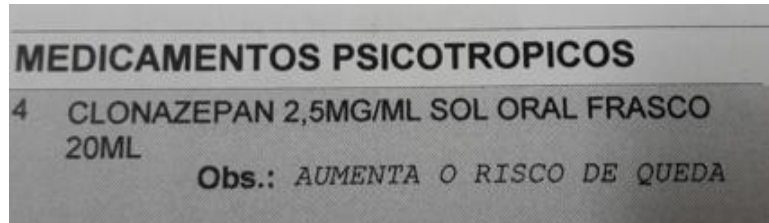
Lista de Medicamentos de Alto Risco para Queda de Paciente elaborada para auxiliar a equipe Médica na hora da Prescrição de medicações e para a equipe de Enfermagem na hora da conferência e administração desta:

MEDICAMENTOS DE ALTO RISCO PARA QUEDA DE PACIENTES		
Classe Farmacêutica	Princípio Ativo	Nome Comercial
Anticonvulsivantes	gabapentina	Neurontin
	carbamazepina	Tegretol
	fenobarbital	Gardenal
	fenitoína	Hidantal
Antidepressivos	fluoxetina	Prozac
	mirtazapina	Remeron
	imipramina	Tofranil
	amitriptilina	Tryptanol
	sertralina	Zoloft
	clomipramina	Anafranil
	paroxetina	Aropax
	citalopram	Cipramil
	venlafaxina	Efexor
Antieméticos	escitalopram	Lexapro
	metoclopramida	Plasil
Anti-hipertensivos	dimenidrinato	Dramin
	minoxidil	Loniten

	nitroglicerina	Tridil
	hidralazina	Apresolina
	clonidina	Atensina
	dexclorfeniramina	Polaramine
	difenidramina	Benadryl
	loratadina	Claritin
	prometazina	Fenergan
	hidroxizina	Hixizine
Diuréticos	espironolactona	Aldactone
	hidroclorotiazida	Clorana
	clortalidona	Higroton
	furosemida	Lasix
Neurolépticos	levopromazina	Neozine
	periciazina	Neuleptil
	risperidona	Risperdal
	quetiapina	Seroquel
	olanzapina	Zyprexa
	clorpromazina	Ampectil
	haloperidol	Haldol
Opióides	metadona	Mytedon
	fentanila + droperidol	Nilperidol
	nalbufina	Nubain

	tramadol	Tramal
	codeína + paracetamol	Tylex
	morfina	Dimorf
	petidina	Dolantina
	fentanila	Fentanil
Relaxantes Musculares	ciclobenzaprina	Miosan
	baclofeno	Lioresal
Tranquilizantes e Sedativos	lorazepam	Lorax
	clonazepam	Rivotril
	nitrazepam	Sonebon
	diazepam	Dienpax
	midazolam	Dormonid
	clobazam	Frisium
	bromazepam	Lexotan

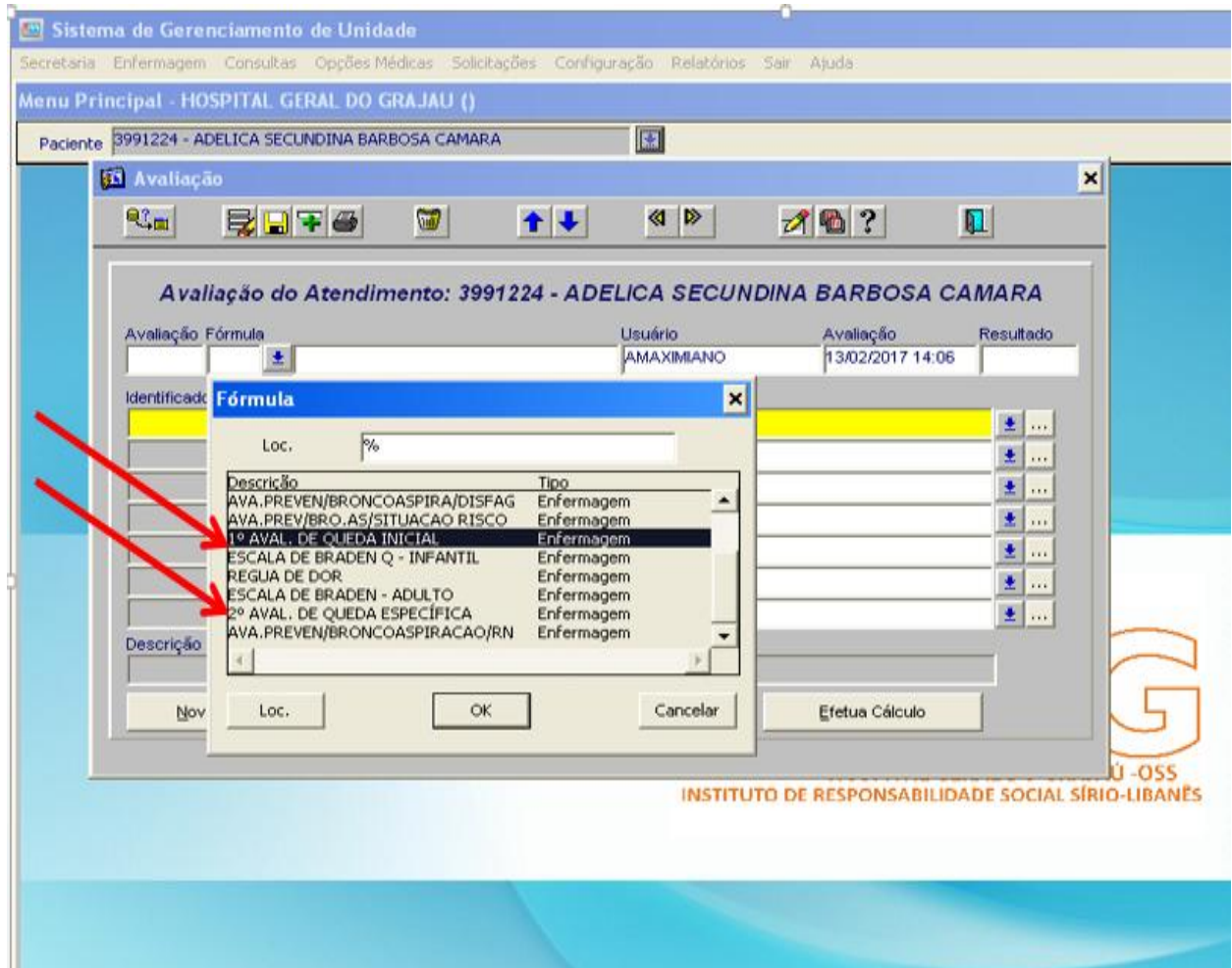
Alerta de medicação que potencializam o risco de queda implantado na Prescrição Médica:



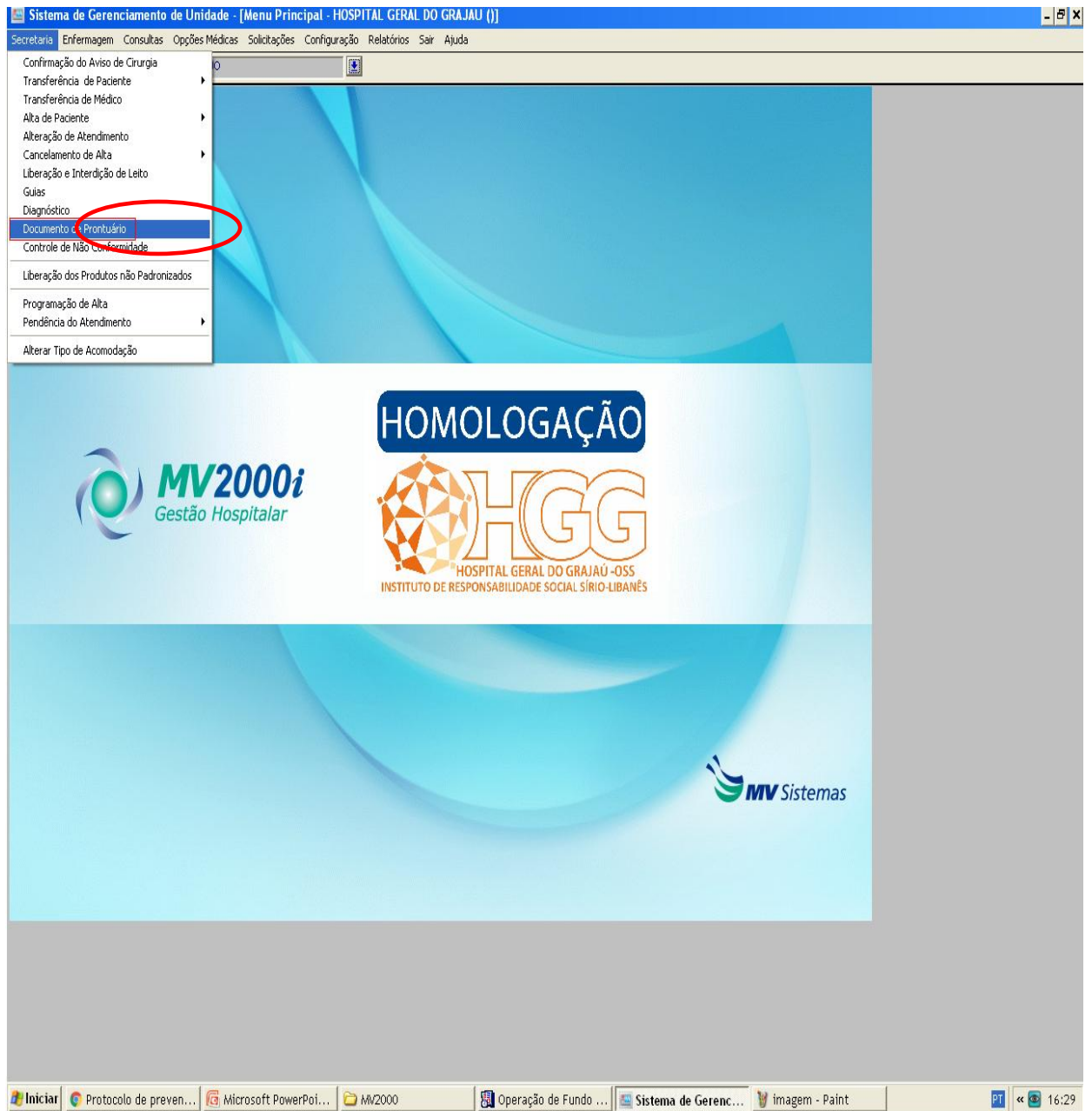
Pulseira de identificação do paciente com Alto Risco de Queda na cor Laranja implantada:



Instrumento de Avaliação de Risco de Queda e a ficha de notificação de Quedas implantados:



Ficha de Notificação de Queda implantada no Sistema MV:



Sistema de Gerenciamento de Unidade - [Documentos do Prontuário - HOSPITAL GERAL DO GRAJAU]

Secretaria Enfermagem Consultas Opções Médicas Solicitações Configuração Relatórios Sair Ajuda

Crêrios de Pesquisa dos Documentos

☐ Exibir documento sem restrição de acesso? Tipo Documento: Documentos do Prontuário Classificação: Enfermagem Descrição Documento: Pesquisar

DOCUMENTOS ANEXOS

Atendimento: 3972573 Nome do Paciente: GERALDA DA ROSA ARAUJO

1-Novo 2-Editar 3-Imprimir 4-Cancelar 5-Copiar 6-Sair

Documentos	Data	Hora	Usuário	Situação
HGIS (SECONCI OSS) AVALIAÇÃO INICIAL				
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - ADULTO				
INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA				
NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSP OU CONFIRMADOS				
NOTIFICAÇÃO DE DEISCÊNCIA CIRÚRGICA				
NOTIFICAÇÃO DE DERMATITE DE CONTATO				
NOTIFICAÇÃO DE EXTUBAÇÃO NÃO PROGRAMADA				
NOTIFICAÇÃO DE FISSURA MAMÁRIA				
NOTIFICAÇÃO DE FLEBITE				
NOTIFICAÇÃO DE INFILTRAÇÃO / EXTR DE MED				
NOTIFICAÇÃO DE PERDA DE PICC				
NOTIFICAÇÃO DE QUEDA				
NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO ADVERSA A MED				
NOTIFICAÇÃO DO NÃO ALEITAMENTO MATERNO				
NOTIFICAÇÃO PERDA DE Sonda NASOENTERAL				
NOTIFICAÇÃO ÚLCERA POR PRESSÃO				

Modelo da Ficha de Notificação de Queda:



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE QUEDA

«01/03/2017 18:05»

DADOS DO PACIENTE	
Nome: «GERALDA DA ROSA ARAUJO» Idade: «80 Anos»	
Atendimento: «03972573» Sexo: «Feminino»	
Data Nascimento: «14/01/1937» Data Internação: «18/01/2017»	
Leito: «3 ANDAR, UTI ADULTO SUL 3º ANDAR, UTI ADULTO SUL 02»	
Data do evento: «» tempo de internação: «» dias	
Diagnóstico: «»	
Última avaliação hemodinâmica (anterior ao evento): Horário: «»	
PA: «» P: «» Tº: «»	
DADOS DA QUEDA	
Local da queda: ☐ Quarto ☐ Banheiro ☐ Corredor	
☐ Outros: «»	
Tipo de Queda: ☐ Ao chão ☐ Mudança de Plano corporal	
Tipo de ocorrência: ☐ Própria Altura ☐ Cadeira / Poltrona ☐ Cama ☐ Maca	
MEDICAÇÕES EM USO	
Medicação	Dosagem / Frequência
Analgésico: «»	«»
Sedativo: «»	«»
Hipnótico: «»	«»
Tranquilizante: «»	«»
Diurético: «»	«»
Anti-hipertensivo: «»	«»

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE	
Grau de dependência: (Escala Fugulin):	
☐ Mínima ou autocuidado	☐ Intermediária ☐ Semi Intensiva ☐ Intensiva
☐ Idade > 65a	☐ idade < 5a
☐ Pós-cirúrgico imediato (primeiras 24hs)	☐ 1º dia pós cirúrgico
☐ Confusão mental / Desorientação	☐ Inconsciência

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE			
Grau de dependência: (Escala Fugulin):			
☐ Mínima ou autocuidado	☐ Intermediária	☐ Semi Intensiva	☐ Intensiva
☐ Idade > 65a	☐ Idade < 5a		
☐ Pós-cirúrgico imediato (primeiras 24hs)	☐ 1º dia pós cirúrgico		
☐ Confusão mental / Desorientação	☐ Inconsciência		
☐ Agitação sem contenção	☐ Agitação com contenção		
☐ Limitação motora - qual ? «»	☐ Não se Aplica		
☐ Déficit sensitivo - qual ? «»			
☐ Outros: «»			

MEDIDAS DE SEGURANÇA EM USO NO MOMENTO DA QUEDA			
Grades elevadas:	☐ Sim	☐ Não	
Contenção de Segurança:	☐ Sim	☐ Não	
Presença de acompanhante:	☐ Sim	☐ Não	
Paciente/acompanhante orientado previamente:	☐ Sim	☐ Não	
AVALIAÇÃO PÓS QUEDA			
Avaliação hemodinâmica: PA «» P «» T «»			
Alteração de Pele: ☐ Sem alteração			
☐ Escoriação	Local: «»		
☐ Edema	Local: «»		
☐ Hematoma	Local: «»		
☐ Equimose	Local: «»		
Sistema músculo esquelético: ☐ Sem alteração			
☐ Ferimento	Local: «»		
☐ Fratura	Local: «»		

Hospital Geral do Grajaú

Rua Francisco Octávio Pacca, 180 - Parque das Nações - São Paulo CEP: 04822-030 Fone: 3544-9444



Sistema nervoso: ☐ S/ alteração				☐ Sonolência	☐ Confusão mental/ desorientação
☐ Tontura				☐ Redução do nível consciência	
Sistema respiratório: ☐ eupneico		☐ dispneico	☐ taquipneico	Outros: «»	

AVALIAÇÃO POS QUEDA

Avaliação hemodinâmica: PA «» P «» T «»

Alteração de Pele: ☐ Sem alteração

☐ Escoriação Local: «»

☐ Edema Local: «»

☐ Hematoma Local: «»

☐ Equimose Local: «»

Sistema músculo esquelético: ☐ Sem alteração

☐ Ferimento Local: «»

☐ Fratura Local: «»

Hospital Geral do Grajaú

Rua Francisco Octávio Pacca, 180 - Parque das Nações - São Paulo CEP: 04822-030 Fone: 3544-9444



Sistema nervoso: ☐ S/ alteração ☐ Sonolência ☐ Confusão mental/ desorientação
☐ Tontura ☐ Redução do nível consciência

Sistema respiratório: ☐ eupneico ☐ dispneico ☐ taquipneico Outros: «»

INTERVENÇÃO IMEDIATA

Avaliação Clínica: ☐ Sim ☐ Não Dr. «»

Solicitação de exames: ☐ Sim ☐ Não Quais: «»

DESCRIÇÃO DO EVENTO

«»

AÇÃO CORRETIVA IMPLEMENTADA

«»

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DANO

☐ Sem Lesão ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DANO

☐ Sem Lesão ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

Tabela 1 - Classificação do Dano

Sem lesão	Dano Leve	Dano Moderado	Dano Grave
Sem lesão decorrente da queda	▪ TCE leve – Glasgow 15-20 ▪ Pequenos cortes ▪ Sangramento leve ▪ Escoriação da pele ▪ Dor ▪ Edema ▪ Hiperemia ▪ Hematoma menor	▪ TCE moderado – Glasgow 13-9 ▪ Sangramento excessivo ▪ Laceração requerendo sutura ▪ Luxação ▪ Entorse	▪ TCE grave – Glasgow 8-3 ▪ Fratura ▪ Hematoma Subdural ▪ Morte

Tabela 2 – Descrição do Dano

Leve	Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida requerendo intervenções mínimas (observação, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve)
Moderado	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (procedimento terapêutico e/ou tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda da função permanentemente ou de longo prazo.
Grave	Paciente sintomático com necessidade de intervenção para suporte de vida ou clínica/cirúrgica de grande porte causando diminuição da expectativa de vida; com grande dano ou perda da função permanentemente ou de longo prazo.
Óbito	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte

Ficha de Conferência Diária de Ações de Prevenção de Queda utilizada pelos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem implantada:

CONFERÊNCIA DIÁRIA DE AÇÕES DE PREVENÇÃO DE QUEDA						
	SIM			NÃO		
Verificação durante o plantão	M	T	N	M	T	N
1- Presença de acompanhante						
2- Grades elevadas						
Orientações dadas no plantão	M	T	N	M	T	N
1- Pedir ajuda para sair do leito						
2- Manter Grades Elevadas						
3- Comunicado ausência do acompanhante						
Assinatura do profissional						

6. DISCUSSÃO

Com a implantação da Acreditação Hospitalar, nos anos 90, gerenciar riscos nas instituições de saúde tornou-se premissa básica e norteadora dos processos assistenciais para obter a certificação da Qualidade.

O Hospital em estudo é administrado pela Organização Social de Serviço (OSS) Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês e no desenvolvimento desse protocolo foi consultado o material disponível sobre Quedas do Hospital Sírio Libanês

Esse hospital, realiza Avaliação de Risco de Queda que é diariamente, na admissão, com base nas condições clínicas e necessidades do paciente. Para os pacientes em atendimento no Centro de Diagnósticos, ambulatorios e Pronto Atendimento, o risco é determinado conforme avaliação de cada paciente. Todos os pacientes são orientados quanto aos riscos e às medidas de prevenção. Além disso, o ambiente hospitalar é projetado para diminuir o risco das quedas relacionadas a estrutura física e mobiliário, o que inclui o quarto e o banheiro do paciente. O programa de prevenção de quedas do Hospital Sírio-Libanês inclui a identificação de pacientes com risco – em função das condições clínicas, dos medicamentos prescritos e dos tratamentos – e a adoção de medidas preventivas, conforme esse risco⁴¹.

O grupo de Prevenção de Quedas do Hospital em estudo fez leitura e análise crítica desse protocolo e do protocolo de outras Instituições de Saúde disponíveis na Internet e constatou que, apesar da similaridade nos protocolos, seria necessário o desenvolvimento de um novo Protocolo de acordo com as características e particularidades do Hospital em estudo por ser um Hospital Escola público, de nível secundário e tendo como principal característica o atendimento de Pronto Socorro e referenciados, com pacientes com politraumas e patologias de alta complexidade adulto e infantil.

Pensando em criar estratégias para a Acreditação – sistema de avaliação e certificação da Qualidade de Serviços de Saúde³⁶.

Os protocolos são ferramentas que contribuem para a sistematização da assistência de enfermagem, favorecendo a melhoria dos processos na busca pela excelência do cuidado.

Esses protocolos, em geral, preconizam medidas preventivas, de forma a reduzir a probabilidade da ocorrência e gravidade dos eventos, contribuindo para racionalizar recursos e reduzir custos⁹.

Segundo o Protocolo de Quedas do Ministério da Saúde, fazem parte dessas intervenções:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas⁷.

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 paciente⁷. No protocolo desenvolvido e implantado no hospital em estudo todas essas ações foram contempladas e estão ocorrendo e colaborando para minimizar riscos de Queda ao paciente.

Este estudo sustenta que a elaboração e implantação do protocolo, com base em consulta de literatura e trabalho multidisciplinar, possibilitou o desenvolvimento de ações diversificadas, abrangentes e embasadas cientificamente. Embora o índice de quedas não estivesse sendo monitorado no hospital em estudo, a efetiva adoção do Protocolo de Prevenção do Risco de Quedas trouxe a identificação precoce dos riscos de queda do paciente e a possibilidade de redução da ocorrência de quedas e danos assistenciais ao paciente.

Uma das dificuldades encontradas neste processo esteve relacionada à implantação gradual das ações assistenciais ao longo dos meses. A necessidade de estudo de cada intervenção (consulta de literatura, avaliação de medidas similares em outras instituições, testes piloto e treinamento das equipes) impediu que as ações fossem adotadas em bloco, o que possivelmente teria trazido resultados mais precoces.

Cabe lembrar que ações pontuais são limitadas em si mesmas e que resultados favoráveis na prevenção de quedas são obtidos por meio do desenvolvimento continuado de um conjunto de ações variadas e integradas, direcionadas aos pacientes e ao ambiente⁸. O índice de quedas faz parte dos chamados indicadores sensíveis à enfermagem e dos indicadores de segurança do paciente, considerados representativos de estruturas e processos assistenciais, com impactos sobre a qualidade e segurança para o paciente e para o ambiente de trabalho⁸. Outra dificuldade esteve relacionada à notificação dos eventos, com necessidade de reformulação da ficha de notificação, retardando a identificação do perfil institucional das quedas. Quanto às facilidades, o trabalho multidisciplinar levou a uma visão mais abrangente quanto à determinação dos eventos e às formas de intervenção preventiva ou corretiva.

Um valor a ser agregado a essa experiência foi o protagonismo de toda a equipe, principalmente da Enfermagem, sendo Protagonismo a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde⁴².

As equipes de Enfermagem do hospital em estudo passaram por treinamento e os Enfermeiros foram multiplicadores da informação para as outras equipes, como Limpeza, Segurança e Serviços de Apoio.

Após o treinamento, foi constatado a consolidação do aprendizado e participação de toda a equipe na implantação e utilização do protocolo; houveram relatos de Enfermeiros e equipe de Enfermagem sobre pacientes sem acompanhante e em situação de risco de Queda que foram orientados, entenderam o perigo e concordaram em colaborar para sua própria segurança, minimizando o risco a que estava exposto; relatos de ajuda, orientações fornecidas e intervenção imediata por colaboradores da Limpeza e da Segurança que estavam próximo ao paciente no momento em que esse tentou se levantar sozinho (limpeza) ou saiu no corredor sem ajuda da Enfermagem e acompanhante (Segurança), mostrando que toda a equipe compreendeu e apoiou a implantação do protocolo e entendeu sua participação no processo e se sentiu fazendo parte do processo de implantação do protocolo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Protocolo para Prevenção do Risco de Quedas foi desenvolvido e com a sua implantação está ocorrendo a identificação precoce dos riscos de queda do paciente, iniciou-se o processo de redução da ocorrência de quedas e danos assistenciais ao paciente, foram instituídas medidas precoces de prevenção a quedas e foi realizado treinamento para toda a equipe multiprofissional do hospital priorizando o cuidado multiprofissional e educação do paciente, familiares e profissionais.

A caracterização dos eventos de Queda à partir da implementação de Protocolo de Prevenção de Riscos de Queda permitiu redirecionar cuidados e ações de intervenção, medicações corretas para cada paciente de acordo com a clínica e o procedimento, medidas de segurança, avaliação pós queda, descrição do evento, ação corretiva e classificação do dano em especial voltadas aos riscos de maior prevalência; indicar a necessidade de reforço das orientações educacionais aos clientes e à equipe assistencial, desenvolver ações diversificadas, abrangentes e embasadas cientificamente com participação ativa de toda a equipe multidisciplinar, o que tornando o trabalho mais rico em experiências e ideias e atuar em cada evento ocorrido ou evento adverso fazendo levantamento de dados, tomando medidas preventivas e contribuindo para a não ocorrência de novos eventos com a criação do Grupo de Quedas.

Esta experiência mostrou que o uso de Protocolos e de ferramentas de Avaliação são estratégias gerenciais importantes para a Enfermagem e equipe Multiprofissional no processo de melhoria da qualidade e da segurança na assistência ao paciente.

O Protocolo de Prevenção de Quedas desenvolvido no Hospital em estudo deverá ser reavaliado periodicamente para que os resultados possam ser analisados.

8. ANEXOS

Anexo 1

Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Segurança do Paciente



Para que as boas práticas estejam por todos os lados.

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de queda e prevenir úlceras por pressão.

Anexo 2**Placa de Identificação no leito do paciente com Risco de Queda**

Anexo 3

Faixa de Segurança para restrição do paciente no leito ou em poltrona



Anexo 4

Treinamento ministrado para Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem



OBJETIVO

- ✓ Identificar o risco individual
- ✓ Instituir medidas precoces de prevenção
- ✓ Reduzir a ocorrência de quedas e danos;



SEGURANÇA DO PACIENTE

1	Identificar corretamente o paciente.
2	Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
3	Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
4	Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
5	Higienizar as mãos para evitar infecções.
6	Reduzir o risco de quedas e danos por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO-LIBANÊS

CONCEITO DE QUEDA

Considera-se queda quando: o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

Situações Consideradas como QUEDA

- ✓ Paciente escorregar da cadeira para o chão;
- ✓ Encontrar o paciente no chão;
- ✓ Amparar o paciente mesmo que ele não chegue ao chão;
- ✓ Escorregar ou desequilibrar-se utilizando mobiliários, parede etc como apoio.



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

FATORES DE RISCO



- ✓ Idade menor que 5 anos e maior que 65 anos;
- ✓ Declínio cognitivo, Depressão e Ansiedade;
- ✓ Acidente Vascular Cerebral prévio, Hipotensão Postural, Síncope, Baixo índice de massa corpórea, Insônia, Incontinência/Urgência para evacuação, Incontinência/Urgência Miccional, Tontura, Convulsão, Dor intensa, Anemia, Artrite, Alterações Metabólicas (hipoglicemia), Osteoporose;
- ✓ Dificuldade no desenvolvimento das atividades diárias de vida, Uso de dispositivos de auxílio à marcha, Fraqueza muscular e articular, Deformidades de membros inferiores, Amputação de membros inferiores.



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

FATORES DE RISCO



- ✓ Comprometimento sensorial: Visão, Audição e Tato;
- ✓ Condição de marcha alterada e Uso de equipamentos de sustentação (bengala, muletas, etc);
- ✓ Relacionados ao uso de medicamentos: Benzodiazepínicos, Antiarrítmico, Anti – histamínico, Antipsicóticos, Antidepressivos, Digoxina, Diuréticos, Laxativos, Relaxantes musculares, Vasodilatadores, Hipoglicemiantes orais, Insulina e Polifarmácia: uso de 4 ou mais medicamentos concomitantemente;



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

FATORES DE RISCO



✓Pisos desnivelados, Insuficiência ou inadequação dos recursos humanos, Objetos espalhados pelo chão, Uso de vestimentas e calçados inadequados, Iluminação inadequada e Acomodação inadequada;

✓Obesidade severa, História prévia de queda, Resistência do acompanhante/paciente às orientações preventivas.



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

O que muda???



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS



**Orientação sobre
Prevenção de Queda**



Se (a) _____

Seja bem-vindo ao Hospital Geral do Grajaú!

Nossa equipe, pensando em seu bem-estar e em lhe oferecer uma assistência livre de riscos e danos, deseja orientá-lo sobre a Queda Hospitalar:

"Queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a sua posição inicial, sem possibilidade de controle e em tempo hábil"

É um evento comum nos hospitais e que pode acontecer a qualquer momento, especialmente quando o paciente apresenta alteração de equilíbrio, faz uso de suporte para andar (muleta, bengala, entre outros), está usando sonos, sondas, etc.

O risco para ocorrência de queda será avaliado periodicamente e, neste momento seu risco é: () **Alto** () **Moderado** () **Baixo**

Todos nós, equipe Multiprofissional, paciente e acompanhante, somos responsáveis por manter um ambiente seguro para que o cuidado à saúde aconteça sem a ocorrência de situações evitáveis assim, pedimos sua colaboração na manutenção das ações de prevenção de queda:

- Mantenha sempre as duas pulseiras: a de identificação pessoal e a LARANHA, que indica Alto Risco de Queda.
- Mantenha as grades da cama **SEMPRE** elevadas.
- Mantenha a cama no seu nível mais baixo sempre com as rodas travadas.
- Use calçados com sola de borracha, sem saltos e ajustados ao pé.
- Evite roupas longas (camisolas, pijamas, etc) para não pisar na barra ou tropeçar.
- Nunca deixe o paciente sozinho.
- Chame um membro da Equipe Multiprofissional para auxiliar na locomoção e mobilização do paciente.

Data: ____/____/____ Grupo de Gerenciamento de Queda.

Nome legível do colaborador da enfermagem
Nome legível do acompanhante/paciente

NA ADMISSÃO

- Entregar o flyer informativo
ao paciente solicitar
assinatura nas duas vias:
- entregar 1 via p/ o paciente
e
 - Arquivar uma via
assinada no prontuário.

**PREENCHIMENTO ENTREGA E
ORIENTAÇÃO PELO ENFERMEIRO.**



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

AVALIAÇÃO DE RISCO - MV

Possibilita a identificação dos fatores prevalentes, o planejamento e implementação de medidas de prevenção com foco na minimização da ocorrência do evento e na redução do dano ao paciente.

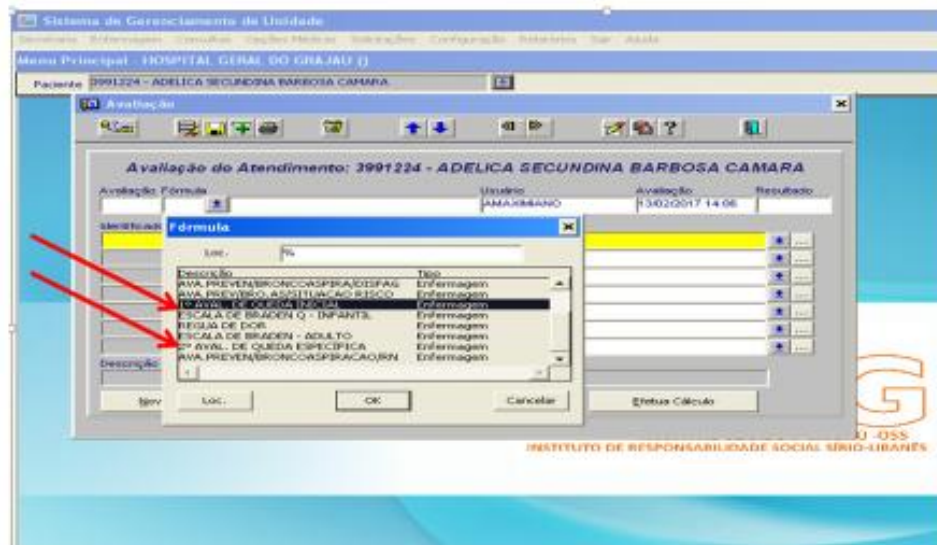
É dividida em duas telas:

1ª avaliação – inicial e 2ª avaliação Específica



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

AVALIAÇÃO NO SISTEMA MV (ENFERMEIRO)



AVALIAÇÃO DE RISCO

1ª Avaliação – Inicial

I - AVALIAÇÃO INICIAL : avalie se pelo menos uma das situações se aplica ao paciente. Se sim, considere o risco definido. Não é necessário complementar o preenchimento da escala	
CONDIÇÃO	RISCO
☐ Paralisia ou imobilização completa (exceto por uso de contenção mecânica)	BAIXO
☐ Ocorrência de duas ou mais quedas nos 3 meses anteriores à admissão.	ALTO
☐ Ocorrência de uma queda durante a internação atual.	ALTO
☐ Acomodação em maca	ALTO

Se o paciente não atender nenhum critério, passe para a avaliação específica



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

AVALIAÇÃO DE RISCO

B - AVALIAÇÃO ESPECÍFICA: Somente faça esta avaliação se o paciente não preencher nenhum dos requisitos acima

FATORES DE RISCO ESPECÍFICOS		Sim	Não
A - Acomodação	Inadequada para a internação do paciente	2	0
	Alteração de equilíbrio	3	0
B - Mobilidade	Mobilidade reduzida	3	0
	Uso de equipamento de sustentação (muleta, andador, etc)	2	0
C - Déficit	Sensitivo / Neurológico	3	0
	Visual / Auditivo	3	0
D - Cognição	Percepções alteradas do ambiente físico	2	0
	Comportamento imprevisível no ambiente	3	0
	Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas	2	0
	Flutuação do nível de consciência e sensório	3	0
E - Condições clínicas	Queda com lesões acima de 4 (ver regras de dor abaixo)	1	0
	Uso de medicação (ver tabela abaixo)	3	0
	Instabilidade / Incontinência intestinal ou urinária	3	0
	Uso de dispositivos invasivos (sem PNEU ou ventilação, CVC, etc)	3	0
F - Outros fatores	Idade < 65 ou > 75 anos	1	0
	Osteoporose móvel	2	0
	Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas	3	0
	Uso de calçados / Vestuário inadequados	2	0
	Planilhas de acompanhamento de orientações preventivas	1	0
SCORE FINAL			
SCORE DE RISCO		Alto: > 23 pontos Moderado: 14 a 22 pontos Baixo: < 13 pontos	
Regras de Dor: 0 sem dor de 1 a 3 dor leve de 4 a 6 dor moderada de 7 a 10 dor intensa			
Medicamentos de risco: benzodiazepínicos, antipsicóticos, anti-espasmodicos, antipsicóticos, antidepressivos, diuréticos/osmóticos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina			

2ª Avaliação – Específica

Só avalie se o paciente não atender os critérios da avaliação inicial.



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

FREQUÊNCIA DA AVALIAÇÃO

1ª Avaliação do Paciente:

Na admissão , junto com o Histórico

Reavaliação:

Diariamente e sempre que houver mudança de unidade assistencial, **exceto PSA, PSI, PSGO – pacientes em maca são de alto risco sempre!**



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente classificado como **“ALTO RISCO”** deverá **ser identificado** com pulseira de risco cor **“LARANJA”** colocada, preferencialmente no braço direito.



O leito será identificado com a placa específica (em produção):



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

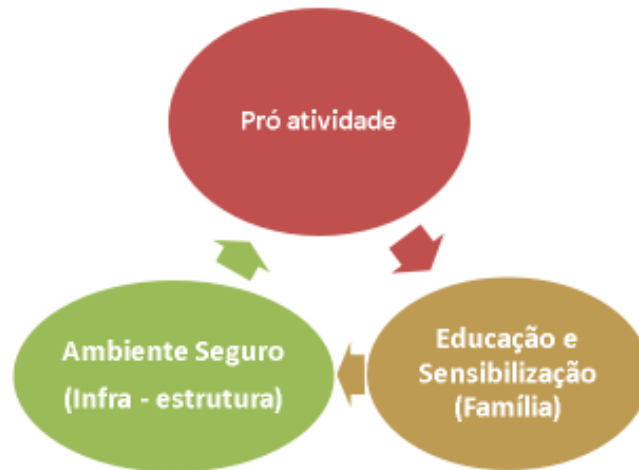
Importante:

- ✓ **Somente pacientes de alto risco serão identificados com pulseira;**
- ✓ **A identificação do paciente e do leito devem ser colocadas ou retiradas a partir da avaliação diária do risco.**



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO

- ✓ Universais: para todos os pacientes independentemente do risco;
- ✓ Específicas: para pacientes com alto risco.



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

AÇÕES UNIVERSAIS DE PREVENÇÃO

- Pisos antiderrapantes;
- Mobiliários e iluminação adequados;
- Manter corredores e quarto livres de obstáculos;
- Avaliar continuamente a possibilidade de retirada de dispositivos;
- Orientar uso de calçados e vestimentas adequados;
- **Incluir o paciente no seu cuidado;**
- Manter o chão limpo e seco;
- Manter as camas com grades elevadas e travadas;



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

AÇÕES UNIVERSAIS DE PREVENÇÃO

- Deixar a campainha, mesa auxiliar e outros itens utilizados com frequência, ao alcance do paciente;
- Solicitar a presença de acompanhante nas 24 h;
- Acompanhar o paciente durante sua locomoção;
- Posicionar os equipamentos e dispositivos de auxílio a mobilização próximo ao paciente para facilitar a saída do leito;



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

AÇÕES UNIVERSAIS DE PREVENÇÃO

- Solicitar ao acompanhante que informe a enfermagem quando se ausentar;
- Solicitar o Serviço Social em caso de dificuldade de permanência do acompanhante;
- Identificar o risco de queda no leito (aguardamos chegar);
- Utilizar faixas de segurança sempre que o paciente estiver em poltrona, em transporte (maca e cadeira de rodas) e na mesa cirúrgica;



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

AÇÕES UNIVERSAIS DE PREVENÇÃO



Faixa de
Segurança



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

AÇÕES DE PREVENÇÃO ALTO RISCO

- Identificar o paciente com pulseira **LARANJA** orientando o paciente e acompanhante para não retirá-la;
- Realizar a movimentação da cama para poltrona/cadeira/maca sempre em dois profissionais;
- Acomodar o paciente próximo ao posto de enfermagem sempre que possível;
- Identificar o leito com a **PLACA** sinalizadora correspondente ao risco de queda definido na avaliação;



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES

- Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda relacionado à uso de medicamentos;
- Avaliação farmacêutica da prescrição médica dos pacientes que usam de medicamentos que aumentam o risco de queda, envolvendo a equipe multidisciplinar na discussão quanto à necessidade de manutenção ou substituição do item prescrito;



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES

- Pacientes com hipotensão postural e em pós cirúrgico imediato (primeiras 24 h) devem ser orientados a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos).



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

Barreiras de Segurança

- Uso de faixas de segurança;
- Atenção aos medicamentos que aumentam o risco:

MEDICAMENTOS PSICOTROPICOS	
4	CLONAZEPAN 2,5MG/ML SOL ORAL FRASCO 20ML Obs.: AUMENTA O RISCO DE QUEDA

MEDICAMENTOS	
3	CARVEDILOL 12,5MG COMPRIMIDO
4	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO Obs.: AUMENTA O RISCO DE QUEDA

- Manutenção das Grades Elevadas;
- Registro das ações de prevenção na Registro Diário de Enfermagem;
- Supervisão do enfermeiro;



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

RESPONSABILIDADE TÉCNICO DE ENFERMAGEM/AUXILIAR

- ✓ Deve conferir diariamente e a cada plantão a manutenção das ações de prevenção de queda e realizar as orientações pertinentes;
- ✓ Registrar no registro diário de enfermagem, medidas adicionais em uso e todas as orientações realizadas;
- ✓ Registrar o não cumprimento das medidas de prevenção orientadas.



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

RESPONSABILIDADES TÉCNICO DE ENFERMAGEM/AUXILIAR

CONFERÊNCIA DIÁRIA DE AÇÕES DE PREVENÇÃO DE QUEDA						
	SIM			NÃO		
	M	T	N	M	T	N
Verificação durante o plantão						
1- Presença de acompanhante						
2- Grades elevadas						
Orientações dadas no plantão	M	T	N	M	T	N
1- Pedir ajuda para sair do leito						
2- Manter Grades Elevadas						
3- Comunicado ausência do acompanhante						
Assinatura do profissional						



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

PACIENTE CAIU!!! O QUE DEVO FAZER?

- ✓ Solicitar avaliação médica inicial ;
- ✓ A partir de danos visíveis, realizar primeiros cuidados;
- ✓ Providenciar os exames e ou procedimentos solicitados;
- ✓ Registrar o evento e a assistência prestada em prontuário;
- ✓ Acompanhar o paciente identificando sinais de instabilidade clínica;
- ✓ Solicitar reavaliação médica se necessário;

NOTIFICAR NO MV.



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

NOTIFICAÇÃO DA QUEDA (Enfermeiro)

Sistema de Gerenciamento de Unidade - [Menu Principal] HOSPITAL GERAL DO GRAJAU (1)

Secretaria Enfermagem Consultas Opções Médicas Solicitações Configuração Relatórios Sair Ajuda

Confirmação do Aviso de Cirurgia
 Transferência de Paciente
 Transferência de Médico
 Alta de Paciente
 Alteração de Atendimento
 Cancelamento de Alta
 Liberação e Intenção de Leito
 Guias
 Diagnóstico
 Documento de Prontuário
 Controle de Não Conformidade
 Liberação dos Produtos não Padronizados
 Programação de Alta
 Pendência de Atendimento
 Alterar Tipo de Acomodação

HOMOLOGAÇÃO

HGG
HOSPITAL GERAL DO GRAJAU - OSS
INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO-LIBANÊS

MV2000i
Gestão Hospitalar



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

NOTIFICAÇÃO DA QUEDA (Enfermeiro)

[illegible]

CAUSOU DANO AO PACIENTE? VAMOS CLASSIFICAR!

SEM LESÃO	DANO LEVE	DANO MODERADO	DANO GRAVE
Sem lesão decorrente da queda	TCE leve – Glasgow 15 Pequenos cortes Sangramento leve Escoriação da pele Dor Edema Hiperemia Hematoma menor	TCE moderado – Glasgow 13-9 Sangramento excessivo Laceração requerendo sutura Luxação Entorse	TCE grave – Glasgow 8-3; Fratura Hematoma Subdural Morte



CUIDADOS NA NOTIFICAÇÃO

Todos os campos da notificação devem ser preenchidos de forma **completa** e com a maior fidedignidade possível sendo que:

- No campo **Medicações em Uso** deve ser relatada a totalidade das medicações indicadas, se houver prescrição, bem como dosagem e frequência;
- No campo **Descrição do Evento** deve ser relatado como a queda ocorreu com o maior detalhamento possível;
- No campo **Classificação do Dano** deve ser assinalado o tipo de dano a partir das tabelas orientadoras;



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

CUIDADOS NA NOTIFICAÇÃO

Quanto melhor o preenchimento, melhor será a análise do caso para implementação de ações corretivas e/ ou preventivas pelo **Grupo de Gerenciamento de Queda**.



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

NOTIFICAÇÃO DA QUEDA (Enfermeiro)



GOVERNO DE
SAO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HGG
HOSPITAL GERAL DE GRAJATUBA

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE QUEDA v.02/2017 18.05

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSEALDO DA ROSA ARAUJO - Idade: 480 Anos
 Matrícula: 40072673 - Sexo: masculino
 Data Nascimento: 18/01/1973 - Data Internação: 18/01/2017
 Leito: 43-ABNH, UTA ADULTO SUL, 3-ABNH, UTA ADULTO SUL, 02

Data do evento: tempo de internação: 02 dias
 Suscetível: 00
 Última avaliação hemodinâmica (pré ou pós evento): 00
 PA: 00/00/00

DADOS DA QUEDA

Local da queda: ☐ Quarto ☐ Banheiro ☐ Corredor
 Tipo de Queda: ☐ Ao chão ☐ Mudança de Plano corporal
 Tipo de superfície: ☐ Piso lizo ☐ Cadeira / Poltrona ☐ Cama ☐ Colchão

MEDICAÇÕES EM USO

Medicação	Dose / Freqüência
Aspirina 100 mg	1x
Clonazepam 0,5 mg	3x
Warfarina 5 mg	1x
Tramadolol 50 mg	3x
Insulina 10 U	3x
Alto-Sol 100 mg	3x

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

Nível de dependência (escala de Spalding): ☐ Moderado ☐ Intermediária ☐ Total Interativa ☐ Independente

☐ Idade > 65 ☐ Idade < 65
☐ Pós-cirúrgico imediato (primeira 24h) ☐ 1º dia pós-cirúrgico
☐ Confusão mental / Desorientação ☐ Incontinência
☐ Aplicação com contusão ☐ Aplicação com contusão
☐ Limitação motor - qual? 7 ou 8 ☐ Não se aplica
☐ Deficit sensorial - qual? 7 ou 8 ☐ Não se aplica
☐ Outros: 00

MEASURES DE SEGURANÇA EM USO NO MOMENTO DA QUEDA

Gravidade: ☐ Sim ☐ Não
 Contusão de segurança: ☐ Sim ☐ Não
 Presença de acompanhante: ☐ Sim ☐ Não
 Desempenho funcional adequado: ☐ Sim ☐ Não

AValiação pós queda

Avaliação hemodinâmica PA: 00/00/00
 Alteração de pele: ☐ Sem alteração ☐ Escoriação ☐ Local: 00
☐ Edema ☐ Local: 00
☐ Hematoma ☐ Local: 00
☐ Equimose ☐ Local: 00

Sistema muscular esquelético: ☐ Sem alteração ☐ Local: 00
☐ Fractura ☐ Local: 00
☐ Fratura ☐ Local: 00

Hospital Geral de Grajati
 Rua Francisco Ottoni Paiva, 380 - Parque das Escolas - São Paulo/SP - 04622-000 - Fone: 3644-9000



GOVERNO DE
SAO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HGG
HOSPITAL GERAL DE GRAJATUBA

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

Sistema nervoso: ☐ Síntese ☐ Sensibilidade ☐ Confusão mental / Desorientação
☐ Tontura ☐ Perda do nível de consciência
 Sistema respiratório: ☐ Espécies ☐ Dispneia ☐ Apnéia ☐ Outros: 00

NOTIFICAÇÃO DA QUEDA (Enfermeiro)

AValiação pós queda

Avaliação hemodinâmica PA: 00/00/00
 Alteração de pele: ☐ Sem alteração ☐ Escoriação ☐ Local: 00
☐ Edema ☐ Local: 00
☐ Hematoma ☐ Local: 00
☐ Equimose ☐ Local: 00

Sistema muscular esquelético: ☐ Sem alteração ☐ Local: 00
☐ Fractura ☐ Local: 00
☐ Fratura ☐ Local: 00

Hospital Geral de Grajati
 Rua Francisco Ottoni Paiva, 380 - Parque das Escolas - São Paulo/SP - 04622-000 - Fone: 3644-9000



GOVERNO DE
SAO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HGG
HOSPITAL GERAL DE GRAJATUBA

CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

Sistema nervoso: ☐ Síntese ☐ Sensibilidade ☐ Confusão mental / Desorientação
☐ Tontura ☐ Perda do nível de consciência
 Sistema respiratório: ☐ Espécies ☐ Dispneia ☐ Apnéia ☐ Outros: 00

INTERVENÇÃO MEDICINA

Avaliação Clínica: ☐ Sim ☐ Não ☐ 00
 Substituição de exame: ☐ Sim ☐ Não ☐ 00

DESCRIÇÃO DO EVENTO

00

AÇÕES CORRETIVAS IMPLEMENTADAS

00

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DANO

☐ Sem Lesão ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DANO

☐ Sem Lesão ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

Tabela 1 - Classificação do Dano

Sem Lesão	Dano Leve	Dano Moderado	Dano Grave
Sem lesão decorrente da queda	TCE leve - Glasgow 15-20 • Pequenos cortes • Sangramento leve • Escoriação da pele • Dor • Edema • Hiperemia • Hematoma menor	TCE moderado - Glasgow 13-9 • Sangramento excessivo • Laceração requerendo sutura • Luxação • Entorse	TCE grave - Glasgow 8-3 • Fratura • Hematoma Subdural • Morte

Tabela 2 - Descrição do Dano

Leve	Moderado	Grave	Óbito
Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, requerendo intervenções mínimas (observação, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve)	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (procedimento terapêutico ou tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanentemente ou de longo prazo.	Paciente sintomático com necessidade de intervenção para suporte de vida ou clínica/núrgica de grande porte causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanentemente ou de longo prazo.	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou atrelou a morte

Impressão da ficha de notificação

SEM DANO
DANO LEVE

- Imprimir **3 vias** (Prontuário e Pasta de Indicadores e Pasta de Protocolos Gerenciados)

DANO MODERADO
DANO GRAVE

- Imprimir **3 vias** (Prontuário, Pasta de Indicadores e **uma via para Qualidade de imediato ou no 1º dia útil.**



INSTITUTO DE
RESPONSABILIDADE SOCIAL
SÍRIO-LIBANÊS

Anexo 5**Autorização para Realização de Pesquisa**

São Paulo, 23 de novembro de 2016.

Autorização para Realização de Pesquisa

Ref: IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM HOSPITAL GERAL PÚBLICO NA REGIÃO SUL DE SÃO PAULO

Orientadora: Dra. Yara Juliano

Pesquisadora: Christine Massaro Suriani

Declaro para os devidos fins, que o Hospital Geral do Grajaú - CNPJ 09.538.688/0005-66, manifesta o total interesse em participar do Projeto de pesquisa supracitado.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da confidencialidade dos participantes de pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para realização do projeto.


Jocelene Batista Pereira
Diretora Geral

Dr. Jocelene Batista Pereira
CRM: 61364
CPF: 629.732.749-15
RG: 56.807.855 - X SSP/SP

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Decesario, M.N., Padilha, K.G. Iatrogenia na assistência durante internação em UTI: queda de pacientes. Rev. Cien. Cuid. e Sau. Maringá, v.1, n.1, p. 159~162, 1. Sem. 2012.
2. Freitas, E. V.; PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
3. Gasparotto L. P. R.; Falsarella, G. R.; Coimbra, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 201-209, jan./mar. 2014.
4. Uller, G. F. Falls in the elderly. American Family Physician, v. 61, n. 7, p. 2.159-2.168, abr. 2000.
5. Relatório global da OOMS sobre prevenção de quedas na velhice. Disponível em http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html
6. Watcher, R. M. Compreendendo a segurança do paciente. Tradução: Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Artmed, 2010. 230 p.68
7. Protocolo de prevenção de quedas, 2013. Brasil. Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz.
8. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes: quedas em idosos: prevenção. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2010. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.
9. Hospital israelita albert einstein (HIAE). São Paulo. Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2013.
10. Agencia nacional de vigilância (ANVISA). RDC nº. 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.

11. Sociedade brasileira de geriatria de gerontologia. Quedas em idosos: prevenção. 2008. Acesso em: 16 nov. 2016
12. Organização mundial da saúde. A Global report on falls prevention: epidemiology of falls. 2007. Disponível em:. Acesso em: 16 nov. 2016.
13. Sales, M. V. C. et al. Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Geriatria & Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 238-246, out./dez. 2010.
14. Correa, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultado de quatro anos de seguimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 14, n. 46, p. 67-74, fev. 2012.
15. Severo, I. M. et al. Fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 540-554, maio/jun. 2014.
16. Dykes, P. C. et al. Fall prevention in acute care hospitals. *JAMA*, v. 304, n. 17, p. 1.912-1.918, nov. 2010.
17. Prates, C. G. et al. Quedas em adultos hospitalizados: incidência e características desses eventos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 14, n. 13, p. 74-81, jan./mar. 2014.
18. Schwedimann, R. et al. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Services Research*, v. 6, n. 69, p. 1-7, jun. 2006.
19. Nassar, N.; Helou, N.; Madi, C. Predicting falls using two instruments (the Hendrich Fall Risk Model and the Morse Fall Scale) in an acute care setting in Lebanon. *Journal of Clinical Nursing*, v. 14, n. 23, p. 1.620-1.629, jun. 2013.

20. Haines, T. P. et al. Cost effectiveness of patient education for the prevention of falls in hospital: economic evaluation from a randomized controlled trial. *BMC Medicine*, v. 11, n. 135, p. 1-4, May 2013.

21. Neto, J. P.; Raso, W.; Brito, C. A. F. Mobilidade funcional em função da força muscular em mulheres idosas fisicamente ativas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 21, n. 5. p. 369-371, set./out. 2015.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 01 abr 2013; Seção 1.

23. Nascimento, Padilha , K.G. A Ocorrências Iatrogênicas em UTI e o Enfoque de Qualidade. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 2011, set - out; v.9, n.5. p. 91-6.

24. D'innocenzo, M., ADAMI, N.P, CUNHA, I.C.K.O.-O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *RevBrasEnferm.* 2013 jan-fev; 59(1): 84-8.

25. Estatuto do Idoso, disponível em: <http://www.cuidardeidosoa.com.br/estatuto-do-idoso-para-o-idoso-e-sua-familia/>, acesso em 10/09/2016.

26. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Can J Aging* 1989;8:366-7.

27. Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. 3H: Morse Fall Scale for Identifying Fall Risk Factors. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/research/ltc/fallpxtoolkit/fallpxtool3h.htm> [Acessado em 2/08/2016.

28. Oliver D, Britton M, Seed P, et al Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997;315(7115):1049-53

29. Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. 3G: STRATIFY Scale for Identifying Fall Risk Factors Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/research/lrc/fallpxtoolkit/fallpxtool3g.htm>

30. Adami, N.P., Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. Acta Paul Enf, São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte I, p. 190-196, 2013.

31. OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1998. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OMS, 2007. Acesso em: 4 mar. 2016.

32. Santos, M.G.S ; Dantas, A.C.A; Ramos, V.P.R: Protocolos de Enfermagem identificação de risco e prevenção de quedas. Hemorio, 2010, 1 ed.

33. Joint commission on accreditation of health care (JCAH). Disponível em <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations>. Acesso em: 28/08/2016.

34. Azevedo, A.C. O futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. Rev. Paul Hosp, 2012; v.40 n.5, p.64-71.

35. ONA. Organização Nacional de Acreditação, disponível em: <https://www.ona.org.br/Conheca-a-ONA>, acesso em 25/11/2016.

36. Brasil, ONA, Organizações acreditadas. Disponível em <https://www.ona.org.br>. Organizações Certificadas. Acesso em: 30/08/2011.

37. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação: Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010. 164 p.(Coleção Manual Brasileiro de Acreditação; I).

38. Prevenção e Monitoração de Quedas de Doentes em Ambiente Hospitalar. Disponível em <http://www.ipq.pt/backFiles/SusanaRamos.pdf>. Acesso em: 10/09/2016.
39. Fundação sistema estadual de análise de dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social/IPVS. São Paulo, 2010. Disponível em: http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf. Acesso em 20.out.2016.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
41. Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). São Paulo. Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2013.
42. Avaliação de Risco de Quedas Hospital SÍrio Libanês, disponível em: <https://hospitalsiriolibanes.org.br/qualidade-seguranca/Paginas/avaliacao-risco.aspx>