



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 1/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

1. SUMÁRIO	
2. SIGLAS E CONCEITOS	2
3. OBJETIVO	3
4. ABRANGÊNCIA	3
5. JUSTIFICATIVA	3
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	4
7. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	4
8. DEFINIÇÃO	5
9. INTERVENÇÕES	6
9.1 Avaliação do risco de queda	6
9.2 Fatores de risco para queda	6
9.3 Paciente com alto risco de queda	7
9.4 Paciente com baixo risco de queda	8
10. AÇÕES PREVENTIVAS	8
10.1 Medidas Gerais	8
10.2 Medidas específicas	8
11. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA	9
11.1 Avaliação do risco de queda em adultos	9
11.2 Itens de avaliação da escala de queda de Morse	10
11.2.1 Antecedente de queda/ história de queda	10
11.2.2 Diagnóstico secundário	10
11.2.3 Apoio na deambulação	11
11.2.4 Terapia endovenosa em perfusão	11
11.2.5 Tipo de marcha	12
11.2.6 Estado mental / percepção mental	12
11.2.7 Avaliação do risco de queda em pacientes pediátricos	13
12. FLUXOGRAMA	14
13. ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS E MONITORAMENTO DE DESEMPENHO	15
14. INDICADORES	15
15. ANÁLISE DOS PACIENTES	16
16. REFERÊNCIAS	22
17. HISTÓRICO DE REVISÃO	24

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 2/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

2. SIGLAS E CONCEITOS

AGHU: Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

EA: Evento adverso

EAS: Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EQM: Escala de Quedas de Morse

GERENCIAMENTO DE RISCO: aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco.

HU: Hospital Universitário

INCIDENTE: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente

INDICADOR: É um parâmetro, ou valor derivado de parâmetros, que indica, fornece informações ou descreve o estado de um fenômeno, com maior significado que aquele apenas relacionado diretamente ao seu valor quantitativo.

NQH: Núcleo de Gestão da Qualidade

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente

PROTOCOLOS: Registros que devem ser adotados e seguidos nas unidades de saúde

QUEDA: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

QUEDAS ACIDENTAIS: Ocorrem por fatores externos à pessoa, acontecendo sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar.

QUEDAS FISIOLÓGICAS NÃO ANTECIPÁVEIS: Ocorrem em indivíduos sem fatores de risco para a queda. Não sendo, portanto, possíveis de prever, até que a primeira ocorra de fato.

QUEDAS FISIOLÓGICAS ANTECIPÁVEIS: Ocorrem em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda.

RISCOS: probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso de um estabelecimento assistencial de saúde afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido. Os riscos podem ser classificados em clínicos e não clínicos.

RISCO CLÍNICO: todo risco associado à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, resultante da ausência / deficiência das políticas e ações organizadas na prestação de cuidados de saúde. Exemplo: Risco de queda, cirurgia não segura, identificação incorreta do paciente e etc.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 3/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

RISCO NÃO CLÍNICO: são aqueles relacionados à segurança das instalações ou atendimentos dos processos de prestação de cuidados ao paciente. Inclui também riscos gerados por quebras das condições adequadas de trabalho. Exemplo: Riscos relativos à utilização de equipamentos: defeitos nos equipamentos, erro de utilização do usuário, uso em circunstâncias impróprias e falta de manutenção preventiva.

UFJF: Universidade Federal de Juiz de Fora

UGQSP: Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

VIGIHOSP: Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares

3. OBJETIVOS

Reduzir a ocorrência de quedas de pacientes nos pontos de assistência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/Ebserh) e o dano dela decorrente, por meio da implantação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares, acompanhantes e profissionais (BRASIL, 2013).

4. ABRANGÊNCIA

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (unidades de internação, assistência, ambulatório, salas de emergência e centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos (terapêutico, de reabilitação ou diagnóstico), em ambas as Unidades do HU-UFJF/Ebserh (Unidade Santa Catarina e Dom Bosco).

5. JUSTIFICATIVA

O risco de quedas de pacientes está presente em hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Oliver, Healey e Haines (2010) indicaram uma taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos que variou entre 3 e 5 quedas por 1000 pacientes – dia. Segundo esses autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação.

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

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



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 4/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

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

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedades na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal. Quedas de pacientes também podem interferir na continuidade do cuidado. Há relato de maior taxa de transferência para ambientes de cuidado de longa permanência dentre os pacientes que sofreram queda.

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

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

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

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

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

A todos os pacientes adultos admitidos para atendimento ambulatorial ou para internação no (HU-UFJF/Ebserh), pertencentes ao grupo de risco para quedas, deve-se aplicar o Protocolo para risco de quedas através da Escala de Morse. Para idade de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias será aplicado a Escala de Humpty Dumpty.

7. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

O Enfermeiro deverá:

- Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente (pacientes internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos);

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 5/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

- Orientar pacientes, familiares e acompanhantes sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico quando disponível;
- Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o (s) risco (s) identificado(s);
- Reavaliar o risco diariamente, e também sempre que houver transferências de setor, mudança no quadro clínico, episódio de queda durante a internação; ajustando as medidas preventivas implantadas;
- Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados;
- Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
- Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento;
- Notificar no Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (VIGIHOSP) os casos de queda ocorridos.

8. DEFINIÇÃO

QUEDA: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço e etc.), incluindo o vaso sanitário (BRASIL, 2013).

QUEDAS ACIDENTAIS: Ocorrem por fatores externos à pessoa, acontecendo sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar. Esses tipos de quedas não podem ser previstos pela escala e as estratégias para a sua prevenção passam por minimizar os riscos ambientais (MORSE, 2009).

QUEDAS FISIOLÓGICAS NÃO ANTECIPÁVEIS: Ocorrem em indivíduos sem fatores de risco para a queda. Não sendo, portanto, possíveis de prever, até que a primeira ocorra de fato. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força, ou fraturas patológicas (que ocorrem pela primeira vez). Correspondem a cerca de 8% do total de quedas (MORSE, 2009).

QUEDAS FISIOLÓGICAS ANTECIPÁVEIS: Ocorrem em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda. Esses tipos de quedas constituem quase 80% do total de quedas e são as potencialmente preveníveis com a utilização da EQM (MORSE, 2009).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 6/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

9. INTERVENÇÕES

9.1 Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente.

Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

9.2 Fatores de risco para queda

- a) Demográfico:
- crianças <5 anos e idosos > 65 anos.
- b) Psico-cognitivos:
- declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas:
- Acidente vascular cerebral prévio;
 - Hipotensão postural;
 - 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 (ex: hipoglicemia);
- d) Funcionalidade:
- Dificuldades no desenvolvimento das atividades da vida diária;
 - Necessidade de dispositivo de auxílio de marcha;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 7/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

- 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; e
- Polifarmácia (uso de quatro (4) ou mais medicamentos).

h) Obesidade severa.

i) História prévia de quedas.

9.3 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 cadeiras 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.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 8/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

9.4 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.

10. AÇÕES PREVENTIVAS

10.1 Medidas Gerais

O HU-UFJF/Ebserh deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme a legislação vigente, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes. Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.

O HU-UFJF/Ebserh, juntamente com o seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) adotará estratégias de educação permanente de orientações sobre o risco de queda e de danos por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Serão adotadas também estratégias de educação do paciente, familiares e acompanhantes quanto ao risco de queda e de dano por queda, assim como as medidas de prevenção para ocorrência desses eventos. Essas ações deverão ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital e ocorrerão através de abordagem verbal dos profissionais (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Fisioterapeutas), que também distribuirão materiais educativos elaborados numa linguagem didática e de fácil leitura e compreensão.

10.2 Medidas específicas

Os profissionais Enfermeiros ficarão responsáveis pela avaliação do risco de queda e a definição das ações de caráter preventivo para os pacientes que apresentem tais riscos, cabendo-lhes ainda a prescrição e implementação de medidas individualizadas de cuidado e prevenção.

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

Em caso de transferência de setor, mudança no quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco, a reavaliação do risco de quedas deverá ser realizada e caso o risco esteja presente, este deverá ser comunicado aos pacientes, familiares, acompanhantes e a toda a equipe de cuidado.

No caso de ocorrência de queda, o paciente deverá ser avaliado imediatamente a fim de que sejam tomadas as medidas necessárias para mitigação/atenuação dos possíveis danos decorrentes da queda. O incidente deverá ser notificado via VIGIHOSP para que seja iniciada a investigação. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 9/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

11. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

11.1 Avaliação do risco de queda em adultos

Para avaliação do risco de queda, em pacientes adultos (maiores de 18 anos), o HU-UFJF/Ebserh adotará como instrumento a Escala de Morse.

PREVENÇÃO DE QUEDAS/SEGURANÇA FÍSICA- ESCALA DE MORSE	
Nível de risco: Sem Risco (até 24 pontos) / Baixo Risco (25 a 50 pontos) / Alto Risco (≥ 51 pontos).	
ITENS AVALIADOS	ESCALA / SCORE
História de queda há 3 meses	() Não – 0 pontos () Sim – 25 pontos
Diagnóstico secundário	() Não – 0 pontos () Sim – 15 pontos
Deambulação	() Sem auxílio/Ajuda do cuidador / Cadeira de rodas / Acamado / Repouso – 0 pontos () Com auxiliador de marcha – 15 pontos () Apoiando na mobília – 30 pontos
Dispositivo intravenoso	() Não – 0 pontos () Sim – 20 pontos
Marcha	() Normal/Cadeira de rodas / Acamado / Repouso – 0 pontos () Desequilíbrio fácil – 10 pontos () Déficit de marcha – 20 pontos
Estado Mental	() Conhece suas limitações -0 pontos () Desconhece suas limitações – 15 pontos
CLASSIFICAÇÃO DO RISCO IDENTIFICADO	() Sem risco () Baixo Risco () Alto Risco

Tabela 1: Escala de Morse, Adaptado do modelo original
Fonte: Morse *et al.*, 2009.

Esse instrumento foi desenvolvido por Janice Morse num projeto piloto no ano de 1985 e ao longo dos anos, até 1989, passou por várias fases de construção sendo publicado no artigo “*Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient*” (Morse *et. al*, 1989); no livro “*Preventing Patient Falls*” em 1997, revisado em sua segunda edição no ano de 2009.

A Escala é constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica risco de quedas. Essa pontuação varia de 0 (zero) a 125 (cento e vinte e cinco) pontos.

A Escala deverá ser aplicada no momento da admissão, revisada diariamente, uma vez por turno, assim como quando houver alteração da condição clínica do paciente/cliente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 10/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

Princípios de utilização:

A escala deve ser vista como um todo e preenchida na sua totalidade, deve ser aplicada a todos os clientes com mais de 18 anos e o resultado obtido é indicativo do risco de quedas, pois, quanto maior o score maior o risco. Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 (quarenta e cinco) pontos.

Fatores de exclusão:

Clientes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora.

Exemplo: um cliente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a Escala de Queda de Morse (EQM).

11.2 Itens de avaliação da escala de queda de Morse

11.2.1 Antecedente de queda/ história de queda

Pontuação: Não: 0 (zero) pontos / Sim: 25 (vinte e cinco) pontos

- Não: o paciente/cliente não teve nenhum episódio de queda nos últimos três meses à admissão no hospital.
- Sim: o paciente/cliente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem um histórico de queda (s) fisiológica(s) antecipáveis e não antecipáveis nos últimos três meses anteriores à admissão no hospital.

Exemplo: inclui quedas resultantes de convulsões ou de uma marcha debilitada anteriormente a admissão, que resulta sempre da condição física e mental do cliente.

Notas:

A). Se um cliente cai pela primeira vez (dentro dos critérios referidos anteriormente nas instruções) durante a internação, então sua pontuação passa imediatamente de 0 (zero) para 25 pontos neste tópico.

B). Nos antecedentes de queda não é considerada a queda acidental, uma vez que não é provocada por um fator fisiológico.

11.2.2 Diagnóstico secundário

Pontuação: Não: 0 (zero) pontos / Sim: 15 (quinze) pontos.

- Não: se em seu histórico o paciente apresentar apenas um diagnóstico médico (que motivou a internação)
- Sim: Se em seu histórico o paciente apresentar mais que um diagnóstico médico.

Notas:



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 11/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

a) Não existe nenhum tópico com a medicação, pois, a escala já contabiliza implicitamente neste tópico, podendo apenas a multimedicação ser uma estratégia de percepção de diagnósticos secundários.

b) São considerados diagnósticos secundários: hipotensão, déficit nutricionais, insônia, incontinência ou urgência em urinar, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrios ou alterações posturais, doenças crônicas como o Diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas, ou controladas, possam a qualquer momento sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda.

c) Outros diagnósticos resolvidos, tais como apendicectomia ou fratura de algum membro que já não apresente interferência na condição física do cliente, não são considerados diagnósticos secundários.

11.2.3 Apoio na deambulação

Nesse item é apenas aferida a utilização ou não de dispositivos ou apoios na deambulação, não é avaliado o tipo de marcha ainda que tenha semelhanças com o tópico “tipo de marchas”.

Pontuação: Sem apoio/Ajuda do cuidador/Cadeira de rodas/Acamado: 0 (zero) pontos / Auxiliar de Marcha: 15 (quinze pontos) / Apoiado na mobília: 30 (trinta pontos)

- Sem apoio: o paciente/cliente anda sem qualquer apoio. É considerado também sem apoio se o paciente/cliente andar sempre apoiado por outra pessoa.
- Se usa uma cadeira de rodas e está adaptado a utilização e transferência autônoma de e para a mesma. Também é considerado sem apoio quando é transferido sempre por alguém de e para cadeira de rodas.
- Se está acamado e cumpre o repouso na cama, também é considerado sem apoio.
- Auxiliar de marcha: se utiliza algum auxiliar de marcha (bengala e andador).
- Apoiado na mobília: se anda apoiado na mobília, ou em tudo que encontra ao seu redor (ex: medo de cair).

Notas: a utilização de suporte de soro rodado não pode ser considerada como “apoio na deambulação” uma vez que já se encontra contabilizado no item “terapia endovenosa em perfusão”.

11.2.4 Terapia endovenosa em perfusão

Pontuação: Não: 0 (zero) pontos / Sim: 20 (vinte) pontos.

- Não: o paciente/ cliente não se encontra com terapia endovenosa em perfusão.
- Sim: o paciente/cliente encontra-se com terapia endovenosa em perfusão. O paciente/cliente apenas se encontra em risco quando conectado a terapia endovenosa. Por tanto, se o paciente/cliente se encontra a efetuar uma perfusão intermitente



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 12/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

(acesso salinizado), ainda que por curtos períodos, como por exemplo, antibióticos ou outro tipo de perfusão de curta duração, pontua-se com 20 (vinte) pontos.

Notas:

- a) Antibióticos ou outras medicações efetuadas em bólus não são considerados como terapia endovenosa em perfusão.
- b) Medicações perfundidas por acesso não endovenoso, como por exemplo, cateteres epidural, podem contribuir para queda, sendo por tanto, consideradas como fator de risco esse incidente.
- c) A infusão contínua de heparina durante longos períodos encontra-se definida na escala como terapia endovenosa.

11.2.5 Tipo de marcha

Pontuação: Normal/Cadeira de Rodas/Acamado: 0 (zero) pontos / Desequilíbrio fácil: 10 (dez pontos) / Déficit de Marcha: 20 (vinte) pontos.

- Normal: o cliente caminha com a cabeça erguida, os braços balançando livremente ao lado do corpo, andando sem hesitação. O cliente move-se em cadeira de rodas (encontra-se totalmente adaptado para a utilização e transferência autônoma para e da cadeira de rodas e/ou sempre transferido por alguém de e para cadeira de rodas) ou se está ou cumpre e repouso na cama, não saindo da mesma.
- Desequilíbrio Fácil: o cliente anda curvado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está ao redor como apoio, de forma leve para se sentir mais seguro e não o agarra de modo a conseguir permanecer na posição vertical.
- Déficit de Marcha: o cliente tem dificuldade em levantar-se, realizando várias tentativas para fazê-lo, quando se encontra uma cadeira tenta levantar-se empurrando os braços da mesma e ou balançando de forma a tentar colocar-se na posição de pé. Quando tenta andar a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Agarra-se a tudo o que se encontra ao seu redor por que apresenta um déficit de equilíbrio e não consegue andar sem essa assistência.
- Ao ajudar o cliente a andar, o enfermeiro percebe-se que ele segura a sua mão com força, ou quando agarra um corre mão ou os móveis, agarra-se com tanta força que as suas mãos ficam menos coradas. O cliente realiza passos curtos e vacila.

Nota: se o cliente está em uma cadeira de rodas terá uma pontuação de acordo com a sua capacidade de se transferir da cadeira de rodas para cama e vice e versa.

11.2.6 Estado mental / percepção mental

Pontuação: Consciente das suas Limitações: 0 (zero) pontos / Não consciente das suas Limitações: 15 (quinze) pontos.

Consciente das Suas limitações: o estado mental é avaliado através da auto-avaliação (efetuada pelo próprio cliente) relativamente à sua capacidade de andar.

Questione o paciente/cliente: “É capaz de ir ao banheiro sozinho?” ou “Precisa de ajuda?”. Se a resposta do paciente/cliente ao julgar a sua própria capacidade é consistente com as



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 13/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

prescrições e percepções de enfermagem, então o paciente/cliente tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas, logo está consciente das suas limitações.

Não consciente das suas limitações: se auto-avaliação do paciente/cliente é irrealista, então se considera que o cliente super estima as suas capacidades e esquece-se das suas limitações, logo não está consciente das suas limitações.

Notas:

O estado mental é diferente da orientação tempo espacial. Um cliente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar conscientizado das suas limitações em relação ao risco de queda, por conseguinte pode não agir de acordo com as recomendações.

Um cliente confuso não está consciente das suas limitações. Incluindo-se os estados de confusão aguda, crônica ou intermitente.

11.2.7 Avaliação do risco de queda em pacientes pediátricos

Para avaliação do risco de queda, em pacientes pediátricos (idade: 0 a 17 anos, 11meses e 29 dias), o HU-UFJF/Ebserh adotará como instrumento a Escala de Humpty Dumpty (pediátrica).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 14/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

PREVENÇÃO DE QUEDAS/SEGURANÇA FÍSICA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS ESCALA DE HUMPTY DUMPTY (0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias). Nível de risco: Baixo risco: 7-11 pontos / Alto risco: > 12 pontos	
ITENS AVALIADOS	ESCALA / ESCORE
Idade	Menos de 3 anos - 4 pontos () / De 3-7 anos – 3 pontos () / de 7-13 anos – 2 pontos () / Mais de 13 anos – 1 ponto ()
Gênero	Masculino – 2 pontos () / Feminino – 1 ponto ()
Diagnóstico	Problemas neurológicos – 4 pontos () / Alterações de oxigenação (problemas respiratórios, anemia, desidratação e vertigem) – 3 pontos () / Transtornos psíquicos ou de conduta – 2 pontos () / Outro diagnóstico – 1 ponto ()
Comprometimento cognitivo	Não compreende suas limitações – 3 pontos () / Esquece suas limitações – 2 pontos () / Orientado em suas limitações – 1 ponto ()
Fatores Ambientais	História de quedas do berço ou da cama – 4 pontos () / Utiliza dispositivo de ajuda para movimentar-se – 3 pontos () / Paciente acamado – 2 pontos () / Paciente ambulatorial – 1 ponto ()
Cirurgia, Sedação, Anestesia.	Primeiras 24hs – 3 pontos () / Dentro de 48hs – 2 pontos () / Mais de 48hs / Nenhuma – 1 ponto ()
Medicações (Excluem-se pacientes de unidades de Terapia Intensiva Neonatal)	Múltiplas medicações sedativas: hipnóticos, barbitúricos, fenotiazidas, antidepressivos, laxantes diuréticos e narcóticos – 3 pontos () / Uso de um dos medicamentos citados anteriormente – 2 pontos () / Nenhuma medicação em uso – 1 ponto ()
CLASSIFICAÇÃO DO RISCO IDENTIFICADO	Baixo risco () / Alto risco ()

Tabela 2: Escala de Risco para Quedas de Humpty Dumpty, Adaptado do modelo original

Fonte: Humpty Dumpty.

Essa escala diferencia a população pediátrica do hospital em categorias de baixo ou alto risco de quedas com base em fatores específicos. Sendo eles: idade, sexo, diagnóstico, deficiências cognitivas, fatores do paciente e ambiente (histórico de quedas, a colocação de cama adequada à idade da criança, equipamento / mobiliário e uso de dispositivos de assistência), resposta a cirurgias / sedação / anestesia e uso de medicação.

12. FLUXOGRAMA (em andamento)

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 15/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

13. ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUEDAS E MONITORAMENTO DE DESEMPENHO

Os incidentes relacionados à queda deverão ser notificados no VIGIHOSP.

- Entrar no sistema de notificação VIGIHOSP no endereço eletrônico <http://sig.ebserh.gov.br/vigihosp/index.php?hosp=HUUFJF> ou clicando na aba do VIGIHOSP salva na Barra de favoritos em todos os computadores do HU-UFJF/Ebserh que permitirá abertura automática no sistema.

- Ao gerar a página inicial do VIGIHOSP, marcar o item QUEDA e clicar em CRIAR NOTIFICAÇÃO;

- Automaticamente surgirá a tela onde deverá ser digitado os dados de identificação do paciente, o horário e a data do incidente, o local onde ocorreu o incidente; as características do incidente e como o paciente estava no momento do incidente;

- Após o preenchimento destes dados, deverá ser preenchida a tela onde se pergunta se houve dano ao paciente, se houve identificação prévia de risco para queda, possíveis causas do incidente, fatores de risco relacionados e quais as condutas adotadas;

- A última tela desta etapa diz respeito aos dados do notificador.

- Terminado essa etapa, clicar em enviar notificação e pronto, o incidente foi notificado.

A partir desse momento o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do HU/UFJF-Ebserh iniciará o processo de investigação do incidente, as possíveis causas/ fatores relacionados e as medidas de cuidado adotadas. Após resultado do processo de investigação, caberá ao NSP fornecer feedback dos resultados para os profissionais e orientar a adoção de melhorias no processo, se necessário.

14. INDICADORES

Legenda: Σ (leia-se SOMATÓRIO)

Percentual de pacientes avaliados quanto ao risco de queda na admissão:
Método de cálculo: Σ de pacientes avaliados na admissão quanto ao risco de queda / Σ de pacientes admitidos X 100
Percentual de pacientes reavaliados quanto ao risco de queda diariamente durante o período de hospitalização:
Método de cálculo: Σ de pacientes reavaliados diariamente quanto ao risco de queda / Σ de pacientes avaliados X 100
Percentual de pacientes com risco de queda identificado e implementação de cuidados instituídos:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 16/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

Método de cálculo: \sum de pacientes com implementação de cuidados / \sum de pacientes com risco de queda avaliados X 100

Percentual de pacientes com risco de queda identificado e com a placa de identificação do risco indicado no painel de gerenciamento de risco à beira leito:

Método de cálculo: \sum de painel de gerenciamento de risco à beira leito identificado / \sum de pacientes com risco de queda avaliados X 100

Número de quedas sem danos (Número absoluto):

Índice de quedas [(nº de eventos / nº de paciente-dia)*1000]: este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros para avaliação.

15. ANÁLISE DOS PACIENTES

A realização de análise dos pacientes que sofreram queda permite a identificação de fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro. Os itens abaixo detalhados são componentes frequentes das intervenções para prevenção de queda.

Como modelo padrão de prescrição de enfermagem, sugere-se de acordo com os diagnósticos e orientações já descritos no AGHU a partir da avaliação do Enfermeiro:

1. Avaliar e vigiar sensório
2. Orientar Paciente / família quanto aos riscos e prevenção de quedas
3. Certificar-se que paciente / família compreendeu as orientações
4. Manter rodas das camas travadas
5. Manter cama na posição mais baixa
6. Manter grades no leito (grades elevadas)
7. Auxiliar na deambulação / movimentação
8. Transportar paciente em maca (com grades elevadas) ou cadeira
9. Implementar cuidados de acordo com o Protocolo Assistencial de Quedas
10. Notificar os incidentes de queda caso ocorram

Tabela 3 – Fatores contribuintes para queda e intervenções relacionadas (Pacientes adultos hospitalizados):

FATOR CONTRIBUINTE	INTERVENÇÕES
IDADE	Sem intervenções específicas para este fator de risco
	Alocar o paciente próximo ao posto de enfermagem, se possível.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 17/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

HISTÓRICO DE QUEDAS	Avaliar o nível de confiança do paciente para deambulação.
	Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente.
NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E HIGIENE PESSOAL	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos ou laxantes e/ou em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.
	Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.
	Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
MEDICAÇÕES	Realizar revisão da prescrição medicamentosa.
	Solicitar avaliação do farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).
	Avaliar necessidade do uso de grades no leito/maca.
	Orientar o paciente e/ou família/acompanhante sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alterações dos reflexos, que aumentam o risco de queda.
USO DE EQUIPAMENTOS/ DISPOSITIVOS	Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.
	Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.
	Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída (caso possa sair do leito sozinho).
	Levantar o leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
	Avaliar a necessidade de grade do leito/maca.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 18/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

MOBILIDADE/EQUILÍBRIO	<p>Orientar o paciente/família para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama, acompanhado ou não do profissional da equipe de cuidado.</p> <p>Avaliar a necessidade de uso de grade do leito/maca.</p> <p>Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.</p> <p>Avaliar independência e autonomia para deambulação e necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente.</p>
COGNITIVO	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Avaliar a necessidade de uso de grade do leito ou maca.
	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.
	Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
CONDIÇÕES ESPECIAIS (HIPOGLICEMIA, HIPOTENSÃO POSTURAL, CARDIOPATIAS DESCOMPENSADAS, ENTRE OUTRAS CONDIÇÕES CLÍNICAS).	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem.
	Em caso de hipotensão postural – orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30º, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama.
	Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.
	Levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.

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

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 19/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

Tabela 4 – Fatores contribuintes para queda e intervenções relacionadas (Pacientes pediátricos hospitalizados)

FATOR CONTRIBUINTE	INTERVENÇÕES
IDADE	<p>Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico).</p> <ul style="list-style-type: none"> Menor ou igual há 36 meses (três anos): devem ser acomodados em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o “Termo de recusa de tratamento”. A exceção seriam crianças em mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação clínica do enfermeiro (a). Maior que 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as quatro grades elevadas. <p>Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico).</p> <ul style="list-style-type: none"> Menor ou igual a 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas. Maior que 6 meses e menor ou igual a 36 meses: 1) em maca, deitada junto com o responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia e/ou sedação. 2) em cadeira de rodas no colo do responsável. Maior que 36 meses: em maca (deitada ou não com o responsável) ou em cadeira de rodas no colo do responsável, dependendo da avaliação clínica do enfermeiro (a). <p>Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).</p>
SEXO	<ul style="list-style-type: none"> Sem intervenções específicas para este fator de risco quando pontuado.
DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> Orientar família/paciente sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda. Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda. Não levantar do leito sozinho (de acordo com a idade e condições clínicas). Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para a família/responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 20/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar sempre a criança na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor). • Avaliar o uso de grade. • Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas • Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30º, sentar-se com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável. • Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico quando necessário (conforme fator de risco identificado).
FATORES COGNITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a família e/ou responsável sobre o risco de queda relacionado ao “comportamento de risco” de acordo com a faixa etária da criança.
HISTÓRIA PREGRESSA / ATIVIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Alocar o paciente próximo ao posto de enfermagem, se possível. • Não levantar do leito sozinho (score 3 e 4) quando história de queda pregressa com dano grave.
MEDICAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e o equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica do enfermeiro (a)). • Realizar conciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão. • Orientar paciente e/ou família/responsável quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda. • Não levantar do leito sozinho. • Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou família/responsável quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alterações dos reflexos. • O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.
CIRURGIA/SEDAÇÃO/ANESTESIA	<ul style="list-style-type: none"> • Informar o paciente e/ou família/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 21/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30º sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama). • Sair do leito acompanhado pela enfermagem. • Se o paciente estiver em cama, permanecer com as 4 grades elevadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato). • O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.
--	---

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

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 22/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

16. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 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.

Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. Preventing In-Facility Falls. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. March 2013 (19):178-200.

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/lrc/fallpxtoolkit/fallpxtool3h.htm>

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>.

ANVISA. **Protocolo de Prevenção de Quedas.** Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: www.ihc.org. Acesso em: 04 abr. 2013.

Cooper CL, Nolt JD. Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. **J Nurs Care Qual** 2007; 22(2): 107-12.

Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Santesso PL, Leão ER, Chimentão DMN. **Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital:** resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm [periódico na internet]. 2012;46(1): 67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>.

Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. **Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial.** JAMA 2010; 304(17):1912-8.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 23/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021 Versão: 02	Próxima revisão: 27/12/2023

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

Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4 ed. 2011.

Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013; 158:390-6.

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

Oliver D, Britton M, Seed P, et al Development and evaluation of evidence based risk 14 assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997; 315(7115):1049-53

Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clin Geriatric Med* 2010; 26(4):645-92.

Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009.

Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Ann Intern Med* 2013; 158(5_Part_2):365-8.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. **Queda em Idosos: Prevenção**. 2008.

Sociedade Hospital Samaritano. Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo (S); 2013.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UGQSP.NSP.005 – Página 24/13	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS	Emissão: 27/12/2021	Próxima revisão: 27/12/2023
		Versão: 02	

17. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	04/2018	Elaboração Inicial do Documento.
02	27/12/2021	Adequação ao modelo padrão de documentos da instituição segundo NO. SGQ.001 Elaboração e Controle de Documentos Institucionais.

Revisão Aline Ribeiro Murta Abreu Luana Mendes de Souza Marcela Leite dos Santos Jaernevay	Data: 22/12/2021 Data: 22/12/2021 Data: 22/12/2021
Elaboração Gilson dos Reis de Oliveira Luana Mendes de Souza Gúlia Tácia Araújo da Silva Gondim	Data:05/03/2018 Data:05/03/2018 Data:04/04/2018
Análise Gilson Oliveira dos Reis Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 23/12/2021
Validação Marcela Leite dos Santos Jaernevay Núcleo de Gestão da Qualidade	Data: 27/12/2021
Aprovação Rodrigo Daniel de Souza Setor de Gestão da Qualidade	Data: 27/12/2021