

1. OBJETIVO

1.1 Objetivo geral

Sinalizar os profissionais de saúde, pacientes, familiares, e/ou cuidadores quanto aos diversos fatores que predispõe a clientela ao risco de queda, possíveis lesões decorrentes da queda e os cuidados que podem ser aplicados em casa durante o tempo de internação hospitalar, nas realizações de exames ou no atendimento hospitalar de emergência.

1.2 Objetivos específicos

- Implementar as medidas preventivas padronizadas e outras de caráter individualizado através do processo de avaliação de risco, de identificação do paciente de risco e da prescrição de enfermagem;
- Avaliar a eficácia das medidas preventivas relacionadas ao ambiente e as condições clínicas dos nossos pacientes, adotadas nesse documento através da investigação do incidente e análise dos indicadores.
- Identificar e Avaliar as novas variáveis que necessitem ao longo do processo ser incluídas nesse procedimento de gestão, reestruturando-o para melhoria dos resultados.

2. ABRANGÊNCIA

Multiemergência, Unidade de Oncologia, Unidades de Internamento, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade Diagnóstica.

3. DEFINIÇÕES

- **Avaliação de Risco** – Avalia o potencial de risco de ocorrer reação adversa à saúde das pessoas expostas a ele;
- **Cuidadores** – Pessoa envolvida no processo de cuidar do outro. Auxilia o paciente que apresenta limitações para realizar as tarefas da vida cotidiana, fazendo o elo entre o paciente/família e o Hospital Santa Joana;
- **Diagnóstico de Enfermagem** – Constitui a etapa após a avaliação inicial e o exame físico, onde os dados coletados na investigação são analisados e interpretados criteriosamente;

Elaboração:

Magaly Maia
Gerente de Segurança Assistencial

Aprovação:

Drª Ana Henriques
Gerente de Risco

- **Distúrbios neurológicos** – São distúrbios que prejudicam o indivíduo em suas funções causando dependência temporária ou permanente de outras pessoas;
- **Marcha fraca** – É caracterizada pelo paciente com postura inclinada, deambula com passos curtos, mas é capaz de levantar cabeça enquanto caminha sem perder o equilíbrio;
- **Marcha prejudicada** – É caracterizado por pacientes com passos curtos que deambulam com cabeça baixa vendo o chão, o equilíbrio é comprometido. Utiliza-se de apoio do mobiliário ou de uma pessoa ou de ajuda de muletas, bengalas ou andadores;
- **Marcha normal** – É caracterizada pelo paciente que anda com a cabeça ereta, os braços balançando livremente ao lado, e caminha sem hesitação e que não necessitam de nenhum apoio para caminhar;
- **Urgência urinária** – Desejo repentino e incontrolável de urinar;
- **Urgência intestinal** – Desejo repentino e incontrolável de evacuar;
- **Prescrição de Enfermagem** – Constitui as ações que a enfermagem deve exercer diante o diagnóstico para o atendimento das necessidades dos pacientes;
- **Queda** – Definida pela Sociedade Brasileira de Gerontologia (SBGG) o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que compromete a estabilidade (**Pereira et al. 2001, p.3.**). São consideradas como queda: Quando encontramos o paciente no chão; quando o paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão); quando o paciente não intencionalmente escorrega de uma cadeira/poltrona/vaso sanitário para o chão, quando cai da própria altura ou quando a sua queda é ocasionada pelo deslocamento brusco e indesejável de cama ou maca de um nível inferior à posição inicial;
- **Sedativos** – Definido pela Associação Brasileira de Psiquiatria aos medicamentos capazes de diminuir a atividade de nosso cérebro. O termo sedativo é sinônimo de calmante ou sedante. Estão inclusos os analgésicos, hipnóticos, tranquilizantes ou ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos ou neurolépticos e os opióides;
- **Tranquilizantes ou ansiolíticos** – Medicamentos capazes de aliviar a atenção e a ansiedade. Afetam as áreas do cérebro que controlam a ansiedade e o estado de alerta;
- **Antidepressivos** – Substância considerada eficaz na remissão de sintomas característicos da síndrome depressiva. Atua sobre sistemas de células nervosas relacionadas à motivação, controle da ansiedade, depressão e das sensações dolorosas;

- **Antipsicóticos ou Neurolépticos** – São medicamentos inibidores das funções psicomotoras. Usados no tratamento sintomático das psicoses. Possuem efeitos sedativos e psicomotores;
- **Opíóides** – São fármacos para o tratamento da dor que atuam no sistema nervoso central diminuindo sua atividade, aumentam o sono e diminuem a dor;
- **Antihistamínicos** – Medicamentos que bloqueiam a ação de substâncias químicas chamadas histaminas produzidas pelo corpo em resposta à presença de alérgenos;
- **Pulseira Laranja** – Utilizada para identificar os pacientes com características no escopo de Risco para sofrer queda. Os Recém - Nascidos (0 a 28 dias de vida) e as Crianças até dois anos apesar de apresentarem risco para queda não utilizarão a pulseira de identificação; as crianças a partir de vinte nove dias de vida dias de vida até dois anos que apresentarem alto risco para queda terão a identificação de Alto Risco ou Baixo Risco na placa de sinalização de cor laranja do ambiente. Os pacientes em pré-operatório sempre que possível são identificados para alto risco de queda antes do procedimento cirúrgico independentemente se fará pré-anestésico. Os pacientes que são considerados externos e que realizam exames na Santa Joana Diagnóstico ou que têm a admissão realizada no Centro Cirúrgico são orientados quanto às medidas preventivas e identificados com a pulseira laranja nesses setores;
- **Item de Controle** – São características numéricas do seu produto prioritário que precisam ser monitoradas para garantir o resultado. Devem refletir as necessidades dos clientes. Deve ter um ou mais itens de verificação (causas) relacionados com ele;
- **Item de Verificação** – Mede o desempenho dos componentes do processo (Equipamentos, Matérias-Primas, Condições Ambientais, Cumprimento dos Procedimentos Operacionais, etc.).
- **Risco Relacionado à Situação ou Lugar (Risco Situacional)**- São situações ou lugares que aumentam o risco para queda. Neste contexto incluem-se as macas de exames radiológicos /imagem, os transportes de pacientes em maca ou cadeira de rodas, ou transferências da maca para cama ou para mesa cirúrgica.
- **População de Risco**- É a população sujeita a determinados fatores ou com determinadas características, que a tornam mais propensa ao risco, neste caso de queda.

4. RESPONSABILIDADES

- **Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem:** Acompanhar os pacientes no toalete e na deambulação conforme descrição desse documento; Auxiliar os enfermeiros a orientar os pacientes /familiares /cuidadores ou acompanhantes nos cuidados preventivos conforme descrito no Procedimento Operacional de Assistência do Técnico /Auxiliar de Enfermagem nos Cuidados Preventivos para Risco de Queda (HSJ-EN-PC-004) e no Protocolo Clínico de Orientação de Enfermagem aos Pacientes/Familiares/Cuidadores/Acompanhantes nos Cuidados Preventivos para Risco de Queda (HSJ-EN-PC-001);
- **Enfermeiro:** Responsável pela: avaliação do risco de queda e pela avaliação de alto risco de dano, identificação do paciente de risco de queda e alto risco de dano, prescrição, reavaliação diária, implantação e acompanhamento das medidas preventivas durante o internamento e atendimento hospitalar até o preparo da alta, conforme descrito no Procedimento Operacional de Assistência do Enfermeiro aos Cuidados Preventivos para Risco de Queda (HSJ-EN-PO-114), por revalidar diariamente a compreensão dos pacientes classificados em alto risco de queda /alto risco de dano e de todos pacientes sinalizados no protocolo preventivo de queda sempre que apresentarem fragilidades na compreensão e/ou na adesão ao protocolo, e por participar do processo de registro, investigação e plano de ação na ocorrência de queda;
- **Supervisoras de Enfermagem:** Supervisionar o cumprimento do Procedimento de Gestão para Prevenção e Tratamento de Quedas pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, pacientes e familiares/cuidadores/acompanhantes. Auxiliar os enfermeiros sempre que necessário na educação dos pacientes/familiares/cuidadores /acompanhantes no protocolo para prevenção de queda. Supervisionar os pacientes sinalizados para Alto Risco de Queda e Alto risco de Dano quanto ao cumprimento ao protocolo. Avaliar as quedas ocorridas.. Confirmar as notificações à Gerência de Risco nas ocorrências de Queda, Quase Queda e os Eventos Indesejáveis Decorrentes das Medidas Preventivas para o Risco de Queda. Revalidar as orientações aos pacientes e familiares e checar a compreensão destes às orientações. Contatar com a gerência de risco nos casos de danos decorrentes de queda durante o período de internação hospitalar e/ou em pacientes em atendimento

nas emergências dessa instituição. Participar da elaboração de Plano de Ação dos Indicadores de Resultado, quando indicado; realizar o observacional de itens de verificação contidos no protocolo preventivo de queda.

- **Supervisoras da Hospitalidade:** Realizar check-list após preparação do apto para nova admissão, garantindo o cumprimento das orientações preventivas para queda em relação ao ambiente e identificar e corrigir fatores relacionados ao ambiente que aumentem o risco de queda;
- **Recepcionistas:** Identificar pacientes com necessidades especiais para locomoção e providenciar apoio para locomoção até o local do destino;
- **Fisioterapeutas:** Participar na educação dos pacientes com motricidade afetada ou com déficit motor no ambiente intra-hospitalar e na alta hospitalar para continuidade dos cuidados em casa; orientar os pacientes 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 do paciente;
- **Coordenador da Fisioterapia:** Participar na supervisão do cumprimento das orientações preventivas ao paciente identificado no risco de queda pelos profissionais de saúde e contribuir na análise de melhoria do processo;
- **Gerente de Segurança Assistencial /Gerente de Risco:** Consolidar as informações coletadas para construção dos Indicadores de Qualidade e Gestão de Rotina. Analisar os casos ocorridos em função do dano e da frequência de ocorrência. Avaliar junto com os gestores a compreensão dos pacientes e familiares ou acompanhantes / cuidadores quanto às medidas preventivas para queda e o cumprimento do protocolo de prevenção de queda pela equipe multidisciplinar. Participar junto aos gestores do plano de ação nos casos em que ocorrer danos decorrentes da queda. Coletar e monitorar os indicadores relacionados a item de verificação. Elaborar plano de ação relacionado para indicadores de resultado. Avaliar a eficácia dos planos de ação e das medidas preventivas adotadas nesse procedimento de gestão e dos indicadores da Rotina. Realizar as melhorias necessárias no processo de Prevenção de Quedas junto aos gestores, redesenhando-o de acordo com a avaliação dos documentos. Comunicar a CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação) pacientes que por ventura venham sofrer evento sentinela decorrentes da queda;

- **Gerente de Segurança Ambiental:** Identificar os riscos ambientais. Estruturar as medidas preventivas relacionadas ao ambiente. Avaliar a eficácia das medidas preventivas associadas ao ambiente. Participar do processo de investigação e análise nas ocorrências de queda decorrentes do meio ambiente;
- **Médico de Plantão:** Realizar atendimento médico a todo paciente que por ventura venha sofrer queda, mediante a solicitação do profissional que identificou a ocorrência da queda e o potencial ou real danos decorrentes da queda;
- **Educação Continuada:** Planejar e realizar treinamentos com a equipe envolvida nos procedimentos adotados pelo hospital nas medidas preventivas;
- **Recepcionistas do Santa Joana Diagnóstico:** Solicitar o preenchimento do Formulário de Avaliação para risco de Queda e identificar com a pulseira laranja, constando nome e data de nascimento do paciente com risco de queda na admissão;
- **Técnica de Enfermagem do Santa Joana Diagnóstico:** Receber e proceder às orientações preventivas aos pacientes que foram identificados para risco de queda, conforme documento **EN – PC 002**;
- **Enfermeira do Santa Joana Diagnóstico:** Supervisionar o cumprimento do Protocolo Clínico **EN – PC 002**; pelo técnico de enfermagem. Auxiliar a equipe sempre que necessário na educação dos pacientes/familiares/cuidadores/acompanhantes no protocolo para prevenção de queda. Avaliar as quedas ocorridas. Realiza/Supervisionar o preenchimento dos formulários de ocorrências e investigação de queda. Encaminhar os formulários para investigação de queda e de ocorrências a gerência de risco. Contatar com a gerência de risco nos casos de danos decorrentes de queda durante o período de atendimento. Elaborar Plano de Ação se necessário.

5. DESCRIÇÃO

5.1 Avaliação de Risco de Queda

Todos os pacientes devem ser avaliados nas unidades de internamento, unidades de diagnóstico, unidades de terapia intensiva e unidade de quimioterapia quanto à exposição ao risco de queda.

Os pacientes em pré-operatório são avaliados e identificados quanto ao alto risco de queda sempre que possível antes da administração do pré-anestésico, ou antes, de serem encaminhados aos blocos cirúrgicos /obstétrico.

Nos centros cirúrgicos os pacientes externos são identificados e orientados durante o processo de admissão nesse setor.

No Santa Joana Diagnóstico são avaliados para alto risco. O processo de avaliação e identificação para o paciente externo inicia-se na recepção e conclui com a orientação da enfermagem antes da realização dos exames.

Nas emergências são avaliados para alto risco os pacientes que são encaminhados para Triagem.

5.2 Reavaliações:

As reavaliações são feitas diariamente , quando realizadas por transferência de outro setor, episódio de queda durante a internação em pacientes não inseridos no protocolo ou por mudança de quadro clínico com exposição para risco de queda .

5.3 Plano de Educação do Paciente para Alta

Ocorre nas admissões externas, após inserir o paciente ao protocolo preventivo de queda, nas ocorrências de queda por falha de adesão do paciente e/ou acompanhante e sempre que for necessário o reforço ao protocolo preventivo.

5.4 Pacientes que consideramos como Elegíveis ao Risco de Queda

Consideramos como risco de queda, quando assinalado um ou mais itens no impresso de Avaliação de Risco, que está contido no Formulário de Avaliação Inicial:

- Pacientes com idade > 65 anos;
- Pacientes com idade < 05 anos;
- Pacientes com história de queda anterior nos últimos três meses por:
Desorientação, Convulsão, Síncope ou Agitação Psicomotora;
- Pacientes com comprometimento (visão, audição, força muscular);
- Pacientes com distúrbios neurológicos
- Pacientes com alteração do nível de consciência: Agitação, confusão ou sonolência.
- Pacientes etilistas em abstinência
- Pacientes que apresentem dificuldade de marcha (fraca ou prejudicada);
- Pacientes que se locomovem em cadeira de rodas (cadeirantes);
- Pacientes com história de urgências urinária e fecal;

- Paciente em pré-operatório;
- Paciente em pós-operatório imediato;
- Paciente com uso de anti-histamínicos, sedativos, uso de três ou mais hipotensores.
- Hemoglobina < 7 associada à tontura
- Pacientes fazendo hipotensão postural;
- Pacientes fazendo alterações metabólicas (hipoglicemia)
- Pacientes com queixa intensa de tontura;
- Pacientes com obesidade mórbida (IMC > 40)
- Pacientes acamados restrito ao leito, completamente dependente de ajuda de terceiros;
- Pacientes com alteração de comportamento: Quietude, alternando com irritabilidade no leito

5.2- Consideramos os fatores que podem agravar o dano decorrente da queda:

- Osteoporose
- Fraturas anteriores
- Plaquetopenia
- Recém Nascido e Criança até um ano

5.3- Perfil de Pacientes conforme Classificação para Risco de Queda

5.3.1 Alto Risco- Nas Unidade de Internamento/UTI(S)

Consideramos para alto risco os pacientes que apresentem um ou mais dos fatores relacionados abaixo:

- Recém-Nascido;
- Pacientes com história de queda anterior no último ano por:
Desorientação, Convulsão, Síncope ou Agitação Psicomotora;
- Pacientes com marcha prejudicada ou cadeirante;
- Pacientes com queixa constante de tontura ou alteração do nível de consciência (agitação, confusão ou sonolência).
- Pacientes com alteração de comportamento: Quietude, alternando com irritabilidade no leito
- Pacientes etilistas em abstinência
- Pacientes com dificuldade visual que dificulta suas atividades
- Pacientes com Comprometimento da força muscular

- Pacientes fazendo alterações metabólicas (hipoglicemia) ou fazendo sinais de hipotensão postural;
- Pacientes com obesidade mórbida;
- Pacientes com uso de anti-histamínicos (Dramin), sedativos.
- Pacientes em pré-operatório e pós-operatório imediato;
- Pacientes com Urgência urinária e fecal;
- Pacientes com Distúrbios neurológicos
- Pacientes com Hemoglobina < 7 associada à tontura

5.3.2 Alto Risco no Setor de Emergência, consideramos no escopo para alto risco de queda os pacientes sinalizados com um ou mais itens abaixo:

- Marcha prejudicada;
- Cadeirantes;
- Pacientes com queixa intensa de tontura ou alteração do nível de consciência (inquietação, agitação, confusão ou sonolência);
- Comprometimento Total da Visão;
- Consumo de Álcool com alteração comportamental;
- Drogas sedativas

5.3.3 Baixo Risco- Nas Unidades de Internamento /UTI(S)

- Pacientes com Idade < 5anos (exceto recém-nascidos) sem nenhum fator para alto risco;
- Pacientes com Idade > 60 anos, sem nenhum fator para alto risco;
- Pacientes acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda. De terceiros, com ou sem fatores de risco.
- Pacientes com comprometimento de visão ou audição, corrigidos com uso de aparelho, sem dificultar suas atividades de auto cuidado, (uso do toalete)
- Pacientes com idade identificada no escopo para risco de queda, sem nenhum fator predisponente para alto risco.

5.3.4 . Alto Risco-No Santa Joana Diagnóstico, conforme Protocolo Clínico EN – PC 002**5.4- Ações Preventivas:****5.4.1 Assistência no Cuidado Preventivo**

A equipe multidisciplinar do Hospital Santa Joana, educa os pacientes e familiares para que compreendam o protocolo para prevenção de risco de quedas e para que tenham conhecimento e habilidade em participar do processo dos cuidados preventivos instituídos nessa Instituição. Nesse cenário os familiares, cuidadores e acompanhantes são avaliados quanto à capacidade do aprendizado, a vontade de aprender e orientados quanto à participação nos cuidados que podem ser realizados pelos familiares, cuidadores ou acompanhantes e nos cuidados que devem ser realizadas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme o escopo abaixo descrito nos documentos:

- Protocolo Clínico – Orientação de Enfermagem aos Familiares, Cuidadores e Acompanhantes nos Cuidados Preventivos para Risco de Queda;
- Protocolo Clínico - Assistência do Técnico / Auxiliar de Enfermagem nos Cuidados Preventivos para Risco de Queda.
- Procedimento Operacional-Assistência do Enfermeiro nos Cuidados preventivos para Risco de Queda

5.4.2 Escopo das Atribuições das Atribuições do Técnico de Enfermagem / Auxiliar de Enfermagem ao paciente de Alto Risco

Estão Identificados no documento: Protocolo Clínico - Assistência do Técnico / Auxiliar de Enfermagem nos Cuidados Preventivos para Risco de Queda.

5.4.3 Escopo dos Cuidados que podem ter participação dos acompanhantes

Estão Identificados no documento Protocolo Clínico – Orientação de Enfermagem aos Pacientes/ Cuidadores/Acompanhantes nos Cuidados Preventivos para Risco de Queda.

5.4.4 Classificação dos Danos (Efeitos)

Utilizamos para classificação dos danos os critérios estabelecidos pelo gerenciamento de risco. Está inserido no Programa de Gerenciamento de Risco (HSJ-GR-PR-001) e na Ficha de Ocorrências.

5.5. Monitoramento

5.5.1 Itens de Controle:

5.5.1.1. Índice de Queda

Objetivo: Estabelecer: relação entre o número de pacientes com danos decorrentes de quedas ocorridas pelo número de pacientes internados no período.

Fórmula para Unidades de Internamento, Unidade de Terapia Intensiva:

$\frac{\text{Nº de pacientes com danos decorrentes de queda ocorridas no período}}{\text{Nº de pacientes / dia no período}} \times 1000$
--

5.5.1.2 Eventos Indesejáveis decorrentes das Medidas Preventivas para Queda

Objetivo: Identificar os danos decorrentes das medidas preventivas, como lesão por contenção, trauma decorrente do uso de grade, trauma por colisão nas barras de segurança.

Fórmula: Número de Ocorrências Registradas à Gerência de Risco

5.6.2 Itens de Verificação:

5.6.2.1. Índice de adequação do protocolo de queda

Objetivo: Estabelecer a relação entre o quantitativo de adequação do protocolo de queda analisado e o quantitativo total protocolo de queda analisado.

Responsável pela coleta: Gerência de Segurança Assistencial

Frequência de levantamento: Mensal

Dimensão da Coleta: Nas Unidades de Internamento, Unidade de Oncologia, UTIs.

Fórmula:

$\frac{\text{Nº de Protocolos de queda adequados analisados}}{\text{Nº total de Protocolos de queda analisados}} \times 100$
--

6. REGISTROS

- Avaliação de Risco, que está contido no Formulário de Avaliação Inicial.
- Formulário de Ocorrências
- Formulário de Investigação de Queda

7. REFERÊNCIAS

- Manual Internacional de Acreditação JCI
- Meta Internacional de Segurança do Paciente 06 – Reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas, Elemento de Mensuração 1-3.
- Protocolo Preventivo de Quedas, Ministério da Saúde -Anvisa/Fiocruz -03/05/2013.

8. HISTÓRICO DE REVISÕES

Nº Revisão	Data	Natureza da Revisão	Elaboração
00	01/08/2010	Emissão Inicial	Magaly Maia Gerente de Segurança e Controle Assistencial
01	12/08/2011	Revisão Geral do Documento	Magaly Maia Gerente de Segurança e Controle Assistencial
02	05/01/2012	Revisão Geral do Documento	Magaly Maia Gerente de Segurança e Controle Assistencial
03	15/02/2012	Atualização de Responsabilidades e de Fórmulas	Magaly Maia Gerente de Segurança Assistencial
04	01/08/2014	Revisão Geral do Documento	Magaly Maia Gerente de Segurança Assistencial
05	01/12/2014	Inclusão de Classificação para Risco de Queda; Inclusão de e itens que sinalizam Alto Risco de Dano em Pacientes sinalizados para Alto Risco de Queda;	Magaly Maia Gerente de Segurança Assistencial

9. ANEXOS

N/A