



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Módulo

3

Protocolos de
Segurança do Paciente II



**Copyright © 2018. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.
Organização Pan-Americana da Saúde – Opas.**

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

SIA Trecho 5, Área Especial 57
CEP: 71205-050, Brasília/DF –
Brasil <http://www.anvisa.gov.br/>

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS

Setor de Embaixadas Norte,
Lote 19 Cep: 70800-400,
Brasília/DF – Brasil
www.opas.org.br

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

Coordenação técnica

Ana Clara Ribeiro Bello dos Santos
Benefran Junio da Silva Bezerra
Cleide Felicia de Mesquita Ribeiro
Heiko Thereza Santana
Helen Norat Siqueira
Luana Teixeira Morelo
Paulo Affonso B. de Almeida Galeão

Universidade de Brasília - UNB

Gerente de Projeto

Cássio Murilo Alves Costa

Pesquisadores

Maria Auristela Menezes Costa
Samuel de Souza Teixeira Junior

Designer Instrucional

Cássio Murilo Alves Costa
Arthur Colaço Pires de Andrade

Ilustrador

Weslei Marques dos Santos

Projeto Gráfico e Diagramação

Carla Clen
Jhonathan Fagundes

Administrador Moodle

Cássio Murilo Alves Costa
Samuel de Souza Teixeira Junior

Gerente de Produção de Educação a Distância

Jítone Leônidas Soares

Conteudistas

Ana Maria Müller de Magalhães - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS RS
Ariane Ferreira Machado Avelar - Universidade Federal de São Paulo UNIFESP - SP
Carla Denise Viana - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - RS
Denise Miyuki Kusahara - Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - SP
Edmundo Machado Ferraz Universidade Federal de Pernambuco - PE
Fabiana Cristina de Sousa – Anvisa - DF
Giovana Abrahão de Araújo Moriya - Hospital Israelita Albert Einstein - SP
Gisela Maria Schebella Souto de Moura - Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS – RS
Heiko Thereza Santana - Anvisa - DF
Helaine Carneiro Capucho - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH - DF
Julia Yaeko Kawagoe - Hospital Israelita Albert Einstein - SP
Kazuko Uchikawa Graziano - Universidade de São Paulo - USP - SP
Luana Teixeira Morelo - Anvisa - DF
Luna Ribeiro de Queiroz Pini - Anvisa - DF
Magda Machado de Miranda Costa - Anvisa - DF
Mara Rúbia Santos Gonçalves – Anvisa- DF
Maria Jesus C.S Harada - Universidade Federal de São Paulo UNIFESP - SP
Patrícia Fernanda Toledo Barbosa - Anvisa - DF
Paulo Affonso Bezerra de Almeida Galeão Anvisa - DF
Rafael Queiroz de Souza - Doutorando em Ciências da Saúde na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) USP - SP
Rogério da Silva Lima - Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS
Suzie Marie Gomes – Anvisa – DF

Equipe de revisores técnicos da Anvisa

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Gabriel Augusto Bussi
Heiko Thereza Santana
Helen Norat Siqueira
Luana Teixeira Morelo
Magda Machado de Miranda Costa
Maria Angela da Paz
Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira
Paulo Affonso Bezerra de Almeida Galeão
Suzie Marie Gomes

Equipe de revisores técnicos externos

Cláudia Tartaglia Reis - Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases - MG
Rhanna Emanuela F. Lima de Carvalho - Universidade Estadual do Ceará - UECE - CE
Zenewton André da Silva Gama - Universidade Federal do Rio Grande do Norte - RN
Wildo Navegantes de Araújo - Universidade de Brasília - UnB

Colaboração

Carlos Dias Lopes - Anvisa
Danila Augusta Accioly Varella Barca - Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS
Graziela Trevizan da Ros - Hospital do Coração Hcor - SP
Humberto Luiz Couto Amaral de Moura - Anvisa
Júlio César Sales - Anvisa
Maria Inês Pinheiro Costa - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - GO
Rogério da Silva Lima - Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS
Zilah Cândida Pereira das Neves - Coordenação Municipal de Controle de Infecção em Serviços de Saúde COMCISS - Goiânia - GO

Unidade

2

Mecanismos para a Prevenção de Quedas dos Pacientes



ANVISA

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Sumário

1. Introdução	66
2. Conceito	69
3. Fatores de risco	70
4. Causas de queda	74
5. Classificação	76
6. Métodos e ferramentas utilizadas	78
6.1 Morse Fall Scale (MFS)	78
6.2 STRATIFY	82
7. Medidas de prevenção	84
8. Indicadores	91
9. Vigilância e monitoramento	93
10. Regulamentação	96
11. Referências bibliográficas	98

MECANISMOS PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS DOS PACIENTES

Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Enfermeira. Doutora em Administração/ Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA/UFRGS). Docente da Área de Administração da Escola de Enfermagem da UFRGS e do PPGEnf/UFRGS. Líder 2 do Núcleo de Estudos sobre Gerenciamento em Enfermagem (NEGE)

Carla Denise Viana

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFRGS). Especialista em Auditoria em Sistemas de Saúde. Membro do Núcleo de Estudos sobre Gerenciamento em Enfermagem (NEGE)

Ana Maria Müller de Magalhães

Enfermeira. Doutora em Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf/UFRGS). Docente da Área de Administração da Escola de Enfermagem (EEnf) da UFRGS. Membro do Núcleo de Estudos sobre Gerenciamento em Enfermagem (NEGE)

1. Introdução



As quedas, em suas diferentes formas, são causa de internações hospitalares no Brasil. Durante o período de dezembro de 2013, ocorreram 26.708 internações hospitalares pelo SUS ocasionadas por algum tipo de queda, destas 857 foram na região norte, 4.049 na região nordeste, 13.123 na região sudeste, 5.911 na região sul e 2.768 na região centro-oeste.¹

As quedas, além de ser o motivo determinante de uma internação hospitalar, como demonstra a estatística oficial, também podem ocorrer durante uma internação hospitalar. No entanto, ainda não se tem um banco de dados nacional, robusto e consistente, acerca destes eventos que dependem de uma notificação das instituições de saúde. Recentemente foi disponibilizado, online no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o formulário oficial para notificação dos eventos adversos que poderá originar um futuro banco de dados de âmbito nacional, retratando a realidade dos serviços de saúde.

Quando ocorrem no ambiente hospitalar, as quedas são consideradas **eventos adversos** relacionados à assistência à saúde, gerando consequências indesejáveis na recuperação dos pacientes, no tempo de hospitalização e mesmo nos custos relacionados ao atendimento.

¹ Ministério da Saúde (BR), DATASUS. Informações de Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas – por local de internação –Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def>>. Acesso em: 12 de março de 2014



Além disso, as quedas afetam a confiança do paciente e de sua família no serviço de saúde, comprometendo a imagem do hospital.²

A magnitude dos danos temporários ou permanentes causados por esse evento, podendo até culminar no óbito de pacientes, o incluíram entre as áreas prioritárias de atenção quando se fala em segurança. Assim, a redução do risco de lesões decorrentes de quedas integra as Metas Internacionais de Segurança do Paciente preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada pela OMS em 2004, tem mobilizado instituições e profissionais na busca de uma assistência segura. Contemporaneamente, elementos que evidenciam segurança estão incorporados aos requisitos de qualidade dos serviços de saúde.

O Brasil alinha-se a este movimento pela segurança desenvolvendo várias ações que culminaram, em 2013, no lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n. 529 de 01/04/2013. O programa objetiva contribuir para a qualificação do cuidado prestado nos estabelecimentos de saúde.³

A atenção às quedas também é uma das preocupações deste programa. O Ministério da Saúde, em parceria com a ANVISA e a Fiocruz, estabelece o “Protocolo prevenção de quedas”, enfatizando a necessidade da tomada de precauções para se evitar tais ocorrências dentro de hospitais.⁴

Nas instituições hospitalares, as quedas podem ocorrer em diferentes situações. As quedas do leito são um dos eventos mais documentados nos hospitais, destacando-se pelas consequências individuais, aumento nos dias de internação e maiores custos econômicos e sociais.⁵

² Moura GMSS, Magalhães AMM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 65-78, 2013.

³ Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 23 de março de 2014.

⁴ Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em 23 de março de 2014; Ministério da Saúde (BR), ANVISA, Fiocruz. Anexo 1: Protocolo Prevenção de Quedas. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>>. Acesso em: 11 de março de 2014.

⁵ Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Revista de Enfermagem Referência III Série. n.2.Dez 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rev/v3n2/v3n2a17>>. Acesso em: 11 de março de 2014.



Estudos demonstram que as quedas sofridas por pacientes hospitalizados ocasionam inúmeras e graves consequências⁶, prejudicando a mobilidade dos pacientes, provocando ansiedade, depressão e o medo de que o evento volte a ocorrer, o que aumenta o risco de uma nova queda.

Os eventos adversos, como as quedas de leito, comprometem a segurança do paciente e constituem um grande desafio para a melhoria da qualidade da assistência na área da saúde.⁷ Devido aos riscos dessas ocorrências em hospitais, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, têm desenvolvido mecanismos que visam promover a segurança dos pacientes.



Reconhecemos que a qualidade assistencial é resultante da ação dos diversos profissionais que atuam no ambiente hospitalar., Assim, é de fundamental importância que todos os profissionais de saúde aprofundem seus conhecimentos frente a essa temática, propondo estratégias para o gerenciamento dos riscos e promoção da segurança dos pacientes hospitalizados.

⁶ Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das Quedas do Leito sofridas por pacientes internados em um Hospital Universitário. Rev. Gaucha de Enfermagem. v.32,n.4 (2011). Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18753/14441>>. Acesso em 12 de março de 2014.

⁷ Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev. Esc. Enferm. USP. Vol.44. no.1. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 de março de 2014.

2. Conceito



A queda é definida como um evento não intencional que modifica a posição da pessoa levando-a ao solo ou a um nível inferior da sua posição inicial⁸, podendo ser seguido ou não de lesões. Também é conceituada como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade”.⁹ As quedas constituem-se em “um evento traumático, multifatorial, habitualmente involuntário e inesperado, mas que pode ser recorrente num mesmo indivíduo e acarreta, frequentemente, consequências para a vítima, para o próprio cuidador e para a sociedade”.¹⁰

A queda do leito nos pacientes hospitalizados, por sua vez, é conceituada como aquela que ocorre quando o paciente, estando em seu leito, cai ao chão acidentalmente. Deve-se considerar como queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante um deslocamento, precisa de amparo, não necessariamente chegando ao chão.

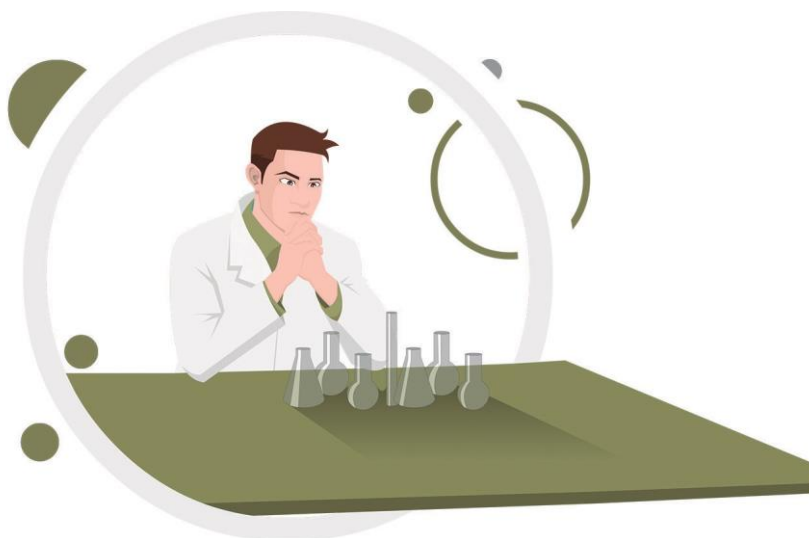
As quedas podem ocorrer da própria altura e/ou dos diferentes mobiliários e equipamentos dos quais o paciente utiliza durante a sua internação hospitalar, por exemplo: maca, cadeira de rodas, poltronas, berço, vaso sanitário, entre outros. Também podem ocorrer em diferentes situações e ambientes, como no quarto ou enfermaria, nos corredores, em áreas de exames e banheiros.

⁸ Organização Mundial de Saúde (OMS). Seguridad del paciente. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/es/>>. Acesso em 10 de março de 2014; Pinho TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Smith AAF, Bezerra VP. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. Rev.esc.enferm.USP vol.46.no.2. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40951/44464>>. Acesso em: 13 de março de 2014.

⁹ Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (BR). Queda em Idosos: Prevenção. Projeto Diretrizes. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/diretrizes/queda-idosos.pdf>>. Acesso em 11 de março de 2014. p. 321.

¹⁰ Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC, *op. cit.*, 2010. p. 164.

3. Fatores de risco



Os fatores de risco são aqueles elementos ou situações que potencializam a ocorrência de quedas de pacientes. Os principais fatores de risco associados a quedas estão relacionados à **idade** do paciente (crianças menores de 5 anos e idosos com idade superior a 65 anos), **fatores psico-cognitivos** (declínio cognitivo, depressão e ansiedade), às condições de saúde e presença de doenças crônicas (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, acidente vascular cerebral prévio, hipoglicemia e demais alterações metabólicas), **funcionalidade** (dificuldade no desenvolvimento de atividades diárias, necessidade de dispositivo para auxílio à deambulação, fraqueza articular e musculares, amputação e/ou deformidade de membros inferiores), **comprometimento sensorial** (comprometimento da visão, audição ou tato), **equilíbrio corporal** (deambulação alterada), uso de algumas **medicações** (benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos), **obesidade severa** e **história prévia de quedas**.

A queda, em geral, não é um evento que acomete exclusivamente a população idosa, entretanto, nesse grupo etário as consequências podem assumir uma conotação mais grave devido à probabilidade de haver outros

problemas de saúde relacionados e às sequelas associadas a limitações na qualidade de vida.¹¹



Estudos mostram que cerca de 30% das pessoas com 65 anos ou mais sofrem uma queda pelo menos uma vez a cada ano.¹²

Os idosos institucionalizados são comumente mais acometidos por doenças, dependentes e mais frágeis se comparados aos demais. Com isso, possuem maior incidência de quedas relacionadas a diferentes situações e patologias.

Os fatores de risco também podem ser agrupados em diferentes categorias e, também, específicos para crianças e adultos, conforme descrito a seguir:

- ✓ **Fatores ambientais:** tapetes pelo chão, ambiente com móveis ou objetos em excesso, quarto não familiar ou pouco iluminado, ausência de material antiderrapante e condições climáticas;
- ✓ **Fatores cognitivos:** estado mental diminuído;
- ✓ **Fatores fisiológicos:** presença de doença aguda, condições pós-operatórias, dificuldades visuais ou auditivas, ausência de sono, anemia, artrite, déficits perceptivos, equilíbrio prejudicado, força diminuída nas extremidades inferiores, patologias nos pés, mobilidade física prejudicada, diarreia, doença vascular, neoplasias, neuropatias, urgência urinária, vertigem ao movimentar o pescoço e mudança nos índices glicêmicos após as refeições;
- ✓ **Uso de medicamentos:** anti-hipertensivos, antidepressivos tricíclicos, diuréticos, hipnóticos, tranquilizantes, inibidores da enzima conversora da angiotensina;

¹¹ Oliveira ARS, Costa AGS, Souza VEC, Moreira RP, Araújo TL, Lopes MVO, Galvão MTG. Condutas para a Prevenção de Quedas de Pacientes com Acidente Vascular Encefálico. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1): 107-13. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a18.pdf>>. Acesso em 12 de março de 2014.

¹² Almeida LP, Brites MF, Takizawa MGMH. Quedas em idosos: fatores de risco. RBCEH, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 384-391, set./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1543/pdf>>. Acesso em 12 de março de 2014.



- ✓ **Fatores em crianças:** bebê deixado sem vigilância em superfície elevada, cama localizada próxima da janela, falta de supervisão dos pais, ausência de equipamento de contenção em automóvel, gênero masculino quando menor de um ano e crianças menores de dois anos de idade;
- ✓ **Fatores em adultos:** idade acima de 65 anos, morar sozinho, história prévia de quedas, possuir prótese de membro inferior, utilizar cadeira de rodas ou outro dispositivo para auxiliar a marcha (p. ex., andador, bengala).



Um estudo realizado em hospital público analisou 53 notificações de pacientes adultos que sofreram quedas do leito, demonstrando uma maior ocorrência deste evento em pacientes do sexo masculino e maior prevalência em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, no turno da noite e em unidade clínica.¹³ Outro estudo realizado em hospital terciário avaliou 826 Boletins de Notificação de Eventos Adversos, de um período de 30 meses, encontrando que a maior frequência de quedas ocorreu nos pacientes do sexo masculino (57,5%) e na faixa etária maior de 60 anos (50%).¹⁴

O Protocolo de Prevenção de Quedas classifica os pacientes com **alto risco** e **baixo risco** de queda. Considera **alto risco de queda** o paciente nas seguintes condições:

- ✓ Independente, que se locomove e realiza suas atividades sem necessidade de auxílio de outras pessoas, mas que possui **pelo menos um fator de risco**;
- ✓ Dependente do auxílio de outras pessoas para realizar suas atividades e/ou se locomover, deambula com auxílio ou utiliza a cadeira de rodas e **possui ou não algum fator de risco associado à queda**;

¹³ Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA., *op. cit.*, 2011

¹⁴ Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO, *op. cit.*, 2010

- ✓ Que permanece em maca aguardando para a realização de exames ou transferências, **com ou sem presença de fatores de risco**.
- ✓ Independente e sem nenhum fator de risco;
- ✓ Acamado e restrito ao leito, totalmente dependente do auxílio de outras pessoas, com ou sem fatores de risco associados.

É importante destacar que aspectos relacionados à equipe de atendimento também são apontados como fator de risco para a ocorrência de quedas de pacientes. Equipes assistenciais, em especial, quando as equipes de enfermagem possuem uma composição com número insuficiente de profissionais, o atendimento diário ao paciente fica comprometido em virtude da disponibilidade reduzida de atenção e vigilância por parte do profissional.



Estudos desenvolvidos em outros países comprovam a existência de uma relação significativa entre o quadro adequado de pessoal de enfermagem e incidência de quedas de pacientes.¹⁵ Resultados de estudo desenvolvido no Brasil vêm ao encontro desses achados internacionais e demonstram que, à medida que aumenta a proporção de pacientes por profissional de enfermagem, também aumenta a incidência de queda do leito.¹⁶



A vigilância constante é fator fundamental para prevenção de quedas. Ao profissional de saúde compete avaliar a presença dos fatores de risco e, conseqüentemente, propor ações que reduzam o risco da queda ocorrer, seja no cuidado hospitalar, seja no domiciliar.

¹⁵ Dunton N, Gajewski B, Taunton RL, Moore J. Nurse staffing and patient falls on acute care hospital units. *Nursing Outlook*, v. 52, n. 1, p. 53-9, jan./fev. 2004; Bolton, LB, Aydin, CE, Donaldson, N, Brown, DS, Sandhu M, Aronow HU. Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre-and postregulation [Internet]. *Policy, Politics & Nursing Practice*, p. 8-238, 2007. Disponível em: <<http://ppn.sagepub.com/content/8/4/238>>. Acesso em: 16 mar. 2011.

¹⁶ Magalhães, A.M.M. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário. 2012. 136 f. Tese- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

4. Causas de queda



As quedas são eventos considerados de natureza multifatorial, podendo ser originadas, portanto, a partir de diversas causas. As principais causas de quedas em pacientes internados são:

- ✓ Não utilização e/ou utilização inadequada das grades de proteção nas camas grades improvisadas;
- ✓ Avaliação deficitária do risco de queda do paciente por parte da enfermagem e consequente falta de medidas preventivas;
- ✓ Inabilidade técnica do profissional no transporte do paciente;
- ✓ Falta de equipamentos específicos para atender as necessidades dos pacientes (dificuldade na deambulação e no equilíbrio), p. ex., inexistência de cadeiras para banho e cadeiras de rodas;
- ✓ Estruturas físicas inadequadas, p. ex, piso sem antiderrapante, ausência de barras de apoio no banheiro e áreas de circulação;
- ✓ Baixa participação do paciente e/ou acompanhante nas medidas de prevenção;
- ✓ Acuidade visual baixa;

- ✓ Tonturas;
- ✓ Fraqueza muscular;
- ✓ Uso de determinadas medicações;
- ✓ Urgências urinárias e intestinais;
- ✓ Confusão mental;
- ✓ Especificamente nas crianças, as brincadeiras sem vigilância do responsável, utilização de carrinhos sem cinto de segurança e correr pelos corredores são algumas das causas de quedas.



Estudo realizado em hospital terciário identificou que as quedas do leito foram as mais frequentes (55%) em enfermaria de neurologia. Nas situações de queda do leito, os pacientes possuíam diagnósticos que se relacionaram a doenças infecciosas e parasitárias (18,2%), doenças do sistema nervoso (18,2%) e doenças do aparelho circulatório (13,7%). Já nas quedas da própria altura, os diagnósticos relacionaram-se a neoplasias (19,4%) e doenças do aparelho geniturinário (16,1%).

5. Classificação



As quedas são eventos adversos que acometem indivíduos nos extremos da faixa etária e em diferentes circunstâncias, podendo causar graves injúrias aos pacientes.

Os principais tipos de quedas vivenciados em hospitais são aquelas em que:¹⁷

- ✓ Paciente é encontrado no chão;
- ✓ Paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- ✓ Paciente escorrega de uma cadeira, poltrona ou vaso sanitário e vai ao chão.

Estudo internacional descreve que as quedas podem ser classificadas em:¹⁸

- **Quedas fisiológicas não antecipadas:** decorrentes de causas fisiológicas que não podem ser previstas antes da ocorrência da primeira queda, tais como: mal súbito, convulsões, fratura de quadril; representando 8% das quedas.

¹⁷ Hospital Samaritano. Protocolo de Prevenção de Quedas. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://proqualis.net/quedas/>>. Acesso em 18 de março de 2014.

¹⁸ Morse, J. Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program. 2 ed. New York, Springer Publishing Company, 2009. Disponível em: <http://www.springerpub.com/samples/9780826103895_chapter.pdf>. Acesso em 17 abr. 2014.

- **Quedas fisiológicas antecipadas:** são aquelas que ocorrem nos pacientes identificados como “risco para quedas” através da aplicação da escala de Morse, sendo estes eventos responsáveis por 78% de quedas.
- **Quedas acidentais:** relacionadas a fatores ambientais, tais como piso molhado com água ou urina, podendo fazer com que o paciente escorregue; retirada do paciente da cadeira de rodas sem utilizar o sistema de travamento; subida num leito alto; liberação acidental do travamento das rodas do leito, etc. Este tipo representa 14% do total de quedas.

Além disso, o mesmo estudo aponta que a importância da classificação do tipo de quedas decorre da característica multifatorial destes eventos e, portanto, diferentes estratégias de prevenção deverão ser adotadas.

6. Métodos e ferramentas utilizadas



O Protocolo Prevenção de Quedas estabelece a necessidade de avaliação do risco de quedas na admissão do paciente no serviço de saúde e, ainda, que a mesma seja repetida diariamente.

Para avaliar o risco de queda de um paciente hospitalizado, o profissional de saúde dispõe de escalas de avaliação de risco, as quais possuem características próprias e são específicas para cada tipo de paciente. As escalas mais utilizadas são a *Morse Fall Scale* (MSF) e *St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly* (STRATIFY). A seguir, apresenta-se a descrição desses instrumentos.

6.1 Morse Fall Scale (MSF)

Estudo publicado em 2013 traduziu e adaptou a *Morse Fall Scale* da língua inglesa para a língua portuguesa, demonstrando que a aplicabilidade da escala no Brasil, em pacientes hospitalizados, é apropriada.¹⁹ A grande relevância deste estudo torna-o a referência principal deste capítulo.

A *Morse Fall Scale*, elaborada por Morse em 1989, é composta por seis critérios para avaliação do risco de queda. Cada critério avaliado recebe uma

¹⁹ Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(3):569-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000300569&script=sci_arttext>. Acesso em 14 de março de 2014.

pontuação que varia de 0 a 30 pontos, totalizando um escore de risco, cuja classificação é expressa da seguinte forma²⁰:

- **Risco Baixo:** 0 – 24 pontos.
- **Risco Médio:** 25 – 45 pontos.
- **Risco Alto:** maior ou igual a 45 pontos.

O Quadro 1 apresenta a *Morse Fall Scale* conforme tradução e adaptação transcultural para língua portuguesa.²¹

Quadro 1 – Escala Morse

Morse Fall Scale	Pontos
1. Histórico de Quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional da saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/Dispositivo Intravenoso Heparinizado ou Salinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte: URBANETTO, J.S *et al.*

²⁰ *Idem*, p. 570.

²¹ *Idem*, p. 571.

Cada critério avaliado na escala possui sua definição operacional conforme o Quadro 2:²²

Quadro 2 – Definições Operacionais dos critérios da Escala Morse

Critério	Definição
<p>1. Histórico de Quedas</p> <p>Não</p> <p>Sim</p>	<p>se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.</p> <p>se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.</p>
<p>2. Diagnóstico Secundário</p> <p>Não</p> <p>Sim</p>	<p>se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.</p> <p>se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.</p>
<p>3. Auxílio na deambulação</p> <p>Nenhum/Acamado/auxiliado por profissional de saúde</p> <p>Muletas/Bengala/Andador</p> <p>Mobiliário/Parede</p>	<p>se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou Se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.</p> <p>se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.</p> <p>se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.</p>
<p>4. Terapia Endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado.</p> <p>Não</p> <p>Sim</p>	<p>se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.</p> <p>se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).</p>

²² *Idem*, p. 579.

Critério	Definição
<p>5. Marcha</p> <p>Normal/sem deambulação, acamado, cadeira de rodas.</p> <p>Fraca</p> <p>Comprometida/Cambaleante</p>	<p>Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).</p> <p>Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.</p> <p>O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda.</p> <p>Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente <i>realmente</i> se apoia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.</p>
<p>6. Estado Mental</p> <p>Orientado/Capaz quanto a sua capacidade/limitação</p> <p>Superestima capacidade/ Esquece limitações</p>	<p>Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.</p> <p>Superestima capacidade/ Esquece limitações ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.</p>

Fonte: URBANETTO, J.S *et al.*

6.2 STRATIFY

A escala STRATIFY, mencionada no Protocolo Prevenção de Quedas é um instrumento validado em estudos internacionais e encontra-se na forma traduzida para o português.²³ Busca realizada em bases de dados não encontrou referência a estudos mostrando sua adaptação ao contexto brasileiro. O Quadro 3 apresenta os critérios avaliados e elementos de pontuação e o Quadro 4 as definições operacionais dos critérios do escore de transferência e mobilidade.

Quadro 3 – Escala STRATIFY

STRATIFY	Pontos
1. O paciente foi internado no hospital por queda ou caiu na unidade desde a internação? (sim = 1; não = 0)	
VOCÊ ACHA QUE O PACIENTE (referente às questões 2 a 5)	
2. É agitado? (sim = 1; não = 0)	
3. Apresenta visão prejudicada a ponto de suas funções diárias serem afetadas? (sim = 1; não = 0)	
4. Tem necessidade de cuidados especiais de toailete frequente? (sim = 1; não = 0)	
5. Tem escores de transferência e mobilidade de 3 ou 4?* (sim = 1; não = 0)	

* O escore de transferência e mobilidade resulta da combinação destes dois escores.

Fonte: WACHTER, RM.

²³Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre, Artmed, 2010.

**Quadro 4 – Definições operacionais dos critérios do
escore de transferência e mobilidade**

Critério	Pontuação
Escore de transferência se o paciente é incapaz se necessita de grande ajuda se necessita de pouca ajuda se o paciente é independente	0 1 2 3
Escore de mobilidade paciente é imóvel paciente é independente, mas utiliza cadeira de rodas paciente caminha com ajuda de uma pessoa paciente é independente	0 1 2 3

Fonte: WACHTER, RM.

7. Medidas de prevenção



As medidas de prevenção visam evitar que a queda ocorra junto aos pacientes hospitalizados frente aos fatores de risco encontrados. Há as medidas gerais de prevenção e as específicas para o fator de risco associado. Algumas das medidas de prevenção gerais são:

- ✓ Aos pacientes e acompanhantes cabe seguir as orientações da equipe de enfermagem, praticando as medidas preventivas, como: utilizar calçados com solados antiderrapantes, evitar o uso de vestuário longo, manter a luz noturna acesa, manter a cama baixa e as grades elevadas;
- ✓ A colocação de dispositivos de chamada para auxílio (p. ex., campainha ou interfone) ao alcance do paciente e colocação de barras de apoio em áreas de deambulação e banheiros são medidas simples para tornar o ambiente mais seguro;
- ✓ Ao acompanhante cabe a participação no cuidado do paciente, auxiliando a equipe de saúde a promover a segurança do mesmo, através de medidas como: não deixar o paciente sozinho e/ou comunicar a enfermagem caso isto ocorrer, requerer o auxílio da enfermagem quando for movimentar o paciente (mobilização no leito e/ou locomoção);
- ✓ Uso de contenções para restrição física é um ponto polêmico e sobre o qual não há consenso, sendo seu uso tolerado somente como último recurso;

- ✓ Paciente e o acompanhante são partes fundamentais do processo e precisam receber informações acerca da temática para adesão e participação, visto que, nas unidades de internação, os profissionais de saúde não estão a todo o momento ao lado do paciente. As ações educativas ao paciente e acompanhante devem ocorrer no momento da admissão e diariamente até a alta hospitalar, compreendendo principalmente: risco de queda, dano por queda e medidas de prevenção; os materiais informativos como folders podem ser entregues aos pacientes e acompanhante;
- ✓ Nos casos de pacientes pediátricos, os acompanhantes devem estar atentos aos tipos de brincadeiras e à utilização dos brinquedos com segurança;
- ✓ Algumas instituições optam pelo uso de dispositivos para sinalizar os pacientes com risco de quedas. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do paciente – Polo RS recomenda que, caso o hospital adote o uso de pulseiras coloridas, que a cor escolhida seja a amarela. A opção por uma única cor tem por objetivo padronizar este dispositivo entre os hospitais, facilitando a identificação por parte dos profissionais que atuam em mais de uma instituição.

O **Protocolo Prevenção de Quedas**, elaborado em conjunto pelo Ministério da Saúde, ANVISA e FIOCRUZ, estabelece as principais medidas de prevenção relacionadas aos fatores de risco do paciente adulto e pediátrico, as quais serão expostas abaixo na íntegra (Quadro 5 e Quadro 6). As medidas de prevenção descritas são adaptações dos Protocolos, Guias e Manuais voltados à segurança do Paciente do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) referente ao ano de 2012.

Quadro 5 – Pacientes Adultos Hospitalizados – Fatores de Risco para queda e medidas preventivas relacionadas

Fator de Risco	Medidas Preventivas
<p>Histórico de Queda</p>	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.</p> <p>Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).</p>
<p>Necessidades fisiológicas e higiene pessoal</p>	<p>Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.</p> <p>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.</p> <p>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p>
<p>Medicamentos</p>	<p>Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.</p> <p>Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).</p> <p>Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.</p>

Fator de Risco	Medidas Preventivas
<p>Uso de Equipamentos/ Dispositivos</p>	<p>Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.</p> <p>Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.</p> <p>Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída.</p> <p>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p>
<p>Mobilidade/Equilíbrio</p>	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p> <p>Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.</p> <p>Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).</p>
<p>Cognitivo</p>	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p>
<p>Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)</p>	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.</p> <p>Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por ex., logo ao acordar ou pré/pós-operatório).</p>

Fonte: Protocolo Prevenção de Quedas

Quadro 6 - Pacientes Pediátricos Hospitalizados – Fatores de Risco para queda e medidas preventivas relacionadas

Fator de Risco	Medidas Preventivas
<p>Idade</p>	<p>Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico):</p> <p>≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o “Termo de recusa de tratamento”. <i>A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável.</i></p> <p>> 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.</p> <p>Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico):</p> <p>≤ 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas.</p> <p>> 6 meses ≤ 36 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação. • Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem). <p>> 36 meses: em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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).

Fator de Risco	Medidas Preventivas
Diagnóstico	<p>Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.</p> <p>Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda.</p> <p>Orientar responsável para que a criança somente levante do leito acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante, de acordo com a idade e com as condições clínicas.</p> <p>Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.</p> <p>A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem).</p> <p>Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas.</p> <p>Orientar o responsável a levantar a criança do leito progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito 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.</p> <p>Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.</p>
Fatores Cognitivos	<p>Orientar responsável sobre o risco de queda relacionado ao “comportamento de risco” de acordo com a faixa etária da criança.</p>
História Pgressa/ Atividade	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pgressa com dano grave.</p>

Fator de Risco	Medidas Preventivas
<p>Cirurgia/ Sedação/ Anestesia</p>	<p>Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.</p> <p>Orientar o paciente e/ou familiar/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama).</p> <p>Sair do leito acompanhado pela enfermagem.</p> <p>Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).</p> <p>O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por ex., logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.</p>
<p>Medicações</p>	<p>Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).</p> <p>Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.</p> <p>Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda.</p> <p>Não levantar do leito sozinho.</p> <p>Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos.</p> <p>O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.</p>

Fonte: Protocolo Prevenção de Quedas

A prevenção de quedas de pacientes deve ser uma preocupação de toda equipe de saúde. Pelo contato diário e contínuo com o paciente, tem sido atribuída à equipe de enfermagem a avaliação dos pacientes (adultos e crianças), identificando o risco de queda desde o momento da admissão hospitalar até a alta, implementando as medidas preventivas de forma individualizada e orientando o paciente e acompanhante.

8. Indicadores



A adoção de um indicador de quedas de pacientes, por parte da instituição, é um procedimento recomendável para o cuidado seguro. A avaliação do indicador incidência de quedas é imprescindível nas instituições hospitalares, pois possibilita ao enfermeiro tomar decisões acerca de melhorias na qualidade dos cuidados de saúde e na segurança do paciente.

Para a implantação dos indicadores de quedas, é necessário, primeiramente, que haja a **notificação do evento**. Desse modo, as instituições de saúde precisam dispor de um instrumento que contemple as informações necessárias para a notificação. A equipe de saúde, por sua vez, deve ser orientada quanto a utilização e importância do instrumento para que a ocorrência da queda seja realmente documentada.



Uma comunicação clara e transparente e o abandono de práticas punitivas frente à ocorrência do evento adverso são estratégias que contribuem para maior adesão ao sistema de notificações.

Além disso, não basta apenas mensurar os indicadores é de suma importância a utilização dos resultados dos indicadores de quedas, ou seja, analisar os números, compará-los, compartilhar com os profissionais que formam a equipe. Essas ações proporcionam maior envolvimento dos sujeitos

do cuidado na busca por melhorias e também dão subsídios aos gestores para a readequação de processos, pois os indicadores “monitoram a qualidade dos serviços, possibilitando a melhoria do cuidado oferecido”.²⁴



Sugere-se que as instituições hospitalares possuam os seguintes indicadores de queda:

- ✓ Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão hospitalar;
- ✓ Número de quedas com dano (com lesão);
- ✓ Número de quedas sem danos (sem lesão);
- ✓ Índice de quedas: o qual é aferido a partir da seguinte fórmula:
- ✓ $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) \times 1000]$

É necessário um acompanhamento mensal dos indicadores e também uma meta estabelecida previamente, a qual irá delimitar se os números encontrados estão dentro do aceitável ou não.

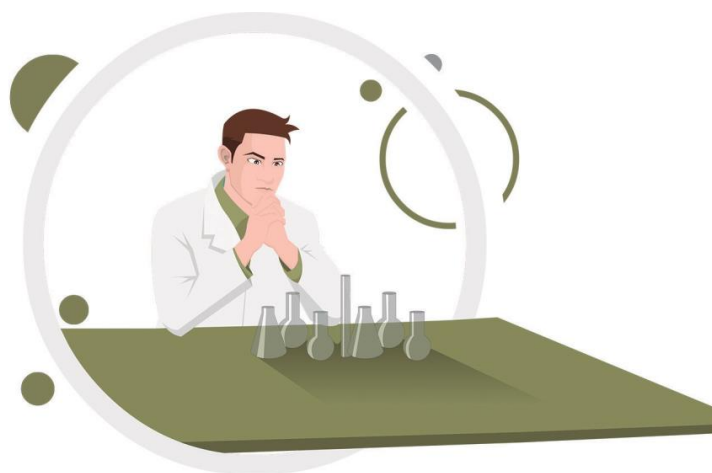


A experiência de um hospital universitário de grande porte na construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial no serviço de enfermagem, sendo um deles a incidência de quedas do leito, estipulou a meta mensal a ser atingida neste indicador de $\leq 2:1000$ paciente dia/mês.

Outro estudo, realizado em hospital terciário, evidenciou a incidência de 0,30 quedas por 1000 pacientes/dia. A maior frequência de quedas foi verificada no período noturno (63,7%) e nos primeiros cinco dias da admissão (61,7%).

²⁴ Moura GMS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhaes AMM, Suziki LM. Construção e Implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. Rev.Gaucha.Enferm, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23623>>. Acesso em 22 de março de 2014. p. 136.

9. Vigilância e monitoramento



A avaliação do risco de queda deve ser realizada no momento da admissão do paciente no hospital e diariamente até a alta hospitalar. Para uma avaliação adequada é necessário o emprego de escalas que atendam ao perfil do paciente e instituição, conforme citado no item seis. Cabe a instituição de saúde definir quem serão os profissionais responsáveis por esta avaliação.

A referida avaliação deve ser aplicada aos pacientes internados, pacientes que estão no serviço de emergência e pacientes externos. Após, programam-se as medidas gerais e específicas de prevenção conforme cada caso, inserindo neste momento, o paciente e o acompanhante no processo através de ações educativas.

O risco para quedas deve ser avaliado, não apenas no momento de admissão do paciente, mas sempre que ocorrerem situações como mudanças de setores, modificação do quadro clínico do paciente e evento de queda durante a hospitalização. Cabe ao profissional responsável, analisar a necessidade de nova avaliação de risco, bem como, modificar as medidas preventivas.

Para que as ações preventivas tragam resultados satisfatórios é de suma importância o conhecimento sobre o risco de queda do paciente, por todos os profissionais da equipe de saúde. Um dos mecanismos utilizados nos hospitais são as pulseiras de identificação, onde o paciente em risco recebe uma pulseira de determinada cor que identifica o seu risco. Igualmente, é imprescindível o registro no prontuário do paciente.

A queda pode trazer consequências graves ao paciente. Dessa forma, no momento da avaliação de risco deverão ser observados os aspectos que, eventualmente, poderão agravar a queda caso ela venha a ocorrer, como nos casos de pacientes com osteoporose onde há maior risco de fraturas.

Além disso, existem as consequências para a equipe de saúde que atende ao paciente e também para o hospital. Os profissionais podem ser acometidos psicologicamente por se culparem pela queda do paciente, principalmente quando as consequências da queda são graves. A instituição tem sua imagem denegrida mediante a ocorrência de um episódio deste.



Os **boletins de ocorrências de quedas** são instrumentos de notificação de queda que servem de subsídio para a formulação de indicadores e gerenciamento de ações. Eles devem ser instrumentos manuais ou informatizados de fácil preenchimento e que contenham as informações necessárias. Os profissionais de saúde devem ser instruídos sobre o significado deste instrumento e a importância de seu preenchimento, já que é necessário que as quedas sejam notificadas para existir um acompanhamento adequado.

A instituição hospitalar deve estabelecer em protocolo quais serão os períodos para análise dos boletins de ocorrências de quedas: semanais, quinzenais ou mensais. O monitoramento constante do preenchimento dos boletins é estimulado para averiguar se os profissionais de saúde estão, de fato, realizando a notificação do evento e se o preenchimento está correto. Para a elaboração dos indicadores sugere-se análise mensal dos boletins de notificação.



Para incentivar a notificação dos eventos adversos pelos profissionais de saúde, incluindo as quedas, é preciso que paralelamente se promova uma cultura de não punição, ou seja, fazer com que a equipe compreenda que ações educativas serão tomadas frente ao evento e não ações punitivas.

Essa questão é denominada pela ANVISA através da RDC 36/2013 como “Cultura de Segurança” conceituada pelo “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”.

É preconizado que o monitoramento dos incidentes e eventos adversos nos hospitais seja realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), cuja formação tem caráter obrigatório dentro dos hospitais, sejam públicos ou privados, e constituído por profissionais da própria instituição, tendo um responsável.



No contexto do PNSP, **incidente** é definido como “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” e *evento adverso* “incidente que resulta em dano para o paciente”.²⁵



A notificação dos eventos adversos ocorridos no hospital deve ser realizada mensalmente pelo NSP até o décimo quinto dia útil do mês subsequente ao mês da vigilância, sendo realizada através de meios eletrônicos disponibilizados pela ANVISA. Entretanto, na ocorrência de óbito ocasionado por um evento adverso, a notificação deve ser realizada em até 72 horas a partir do ocorrido.



A notificação de um evento adverso não é uma ação exclusiva do serviço de saúde. O paciente, o familiar e o próprio profissional podem registrar a ocorrência desses eventos através do formulário denominado “Notificação de eventos adversos associados à assistência à saúde” disponível no site da ANVISA.

²⁵ Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em 23 de março de 2014.



10. Regulamentação



A Portaria nº 529 de 01º de abril de 2013 do Ministério da Saúde “Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)”, o qual possui como objetivo geral “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

A regulamentação das ações para segurança do paciente em serviços de saúde foi concretizada a partir da Resolução – RDC 36, de 25 de julho de 2013, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério da Saúde. Diante desta publicação, tornou-se obrigatória a estruturação de mecanismos que promovam a segurança dos pacientes por parte dos serviços de saúde.

O objetivo principal da RDC 36/2013 é instituir ações para a promoção e segurança do paciente e conseqüentemente a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Todos os serviços de saúde estão submetidos a esta resolução, tanto os públicos quanto os privados, excluindo-se os consultórios individualizados, laboratórios clínicos, serviços móveis e de atenção domiciliar.

Uma das ações obrigatórias citadas pela RDC 36/2013 é a criação do **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)** dentro das instituições de saúde, composto por profissionais da própria instituição. Compete ao NSP desenvolver e articular as ações de segurança do paciente, principalmente a elaboração, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP).

O PSP, por sua vez, deverá contemplar estratégias e ações de gestão de risco buscando:

- ✓ Identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos no serviço de saúde;
- ✓ Integrar todos os processos de gerenciamento de riscos realizados pelo serviço de saúde;
- ✓ Implementar os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- ✓ Identificar corretamente os pacientes;
- ✓ Promover a higiene das mãos;
- ✓ Proporcionar segurança cirúrgica, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, como também segurança no uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- ✓ Manter segurança no uso de equipamentos e materiais, registro adequado de órteses e próteses quando na realização deste procedimento;
- ✓ Prevenir as quedas dos pacientes e Lesões de pressão;
- ✓ Prevenir e controlar eventos adversos em serviços de saúde, incluindo infecções relacionadas à assistência à saúde;
- ✓ Promover a segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral, comunicação efetiva entre os profissionais do serviço de saúde e entre os serviços de saúde;
- ✓ Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- ✓ Promover um ambiente seguro.
- ✓ A portaria 1.377 de 09 de julho de 2013 aprovou três Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das Mãos e Lesão de Pressão e a portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013 aprovou mais três Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: O Protocolo de Prevenção de Quedas, o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Sendo assim, todos os seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do PNSP estão aprovados e já podem ser implementados pelas instituições de saúde.

11.

Referências Bibliográfica

1. Almeida LP, Brites MF, Takizawa MGMH. Quedas em idosos: fatores de risco. RBCEH, Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 384-391, set./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/1543/pdf>>. Acesso em 12 de março de 2014.
2. Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Revista de Enfermagem Referência III Série. n.2.Dez 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a17> >. Acesso em: 11 de março de 2014.
3. Bolton, LB, Aydin, CE, Donaldson, N, Brown, DS, Sandhu M, Aronow HU. Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre-and postregulation [Internet]. Policy, Politics & Nursing Practice, p. 8-238, 2007. Disponível em: <<http://ppn.sagepub.com/content/8/4/238>>. Acesso em: 16 mar. 2011.
4. em: 16 mar. 2011.
5. Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das Quedas do Leito sofridas por pacientes internados em um Hospital Universitário. Rev. Gaucha de Enfermagem. v.32,n.4 (2011). Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18753/14441>>. Acesso em 12 de março de 2014.
6. Duarte, MCFNC. Caracterização e Impacte das Quedas de Doentes, como Indicador de Qualidade, num Hospital E.P.E [Dissertação]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2011. Disponível em: < <http://run.unl.pt/bitstream/10362/6846/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Magda%20Duarte.pdf> >. Acesso em 20 de março de 2014.
7. Dunton N, Gajewski B, Taunton RL, Moore J. Nurse staffing and patient falls on acute care hospital units. Nursing Outlook, v. 52, n. 1, p. 53-9, jan./fev. 2004.
8. Hospital Samaritano. Orientação para Prevenção de Queda. Folder informativo. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://proqualis.net/quedas/>>. Acesso em 17 de março de 2014.
9. Hospital Samaritano. Protocolo de Prevenção de Quedas. São Paulo, 2009. Disponível em: < <http://proqualis.net/quedas/>>. Acesso em 18 de março de 2014.

10. Luzia, MF. Análise do Diagnóstico de Enfermagem Risco de Quedas em Pacientes Adultos Hospitalizados. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72278/000882879.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 de março de 2014.
11. Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. Rev.Eletr.Enf [internet].2009; 11 (1):32-8. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a04.htm >. Acesso em 13 de março de 2014.
12. Magalhães, A.M.M. Carga de trabalho de enfermagem e segurança de pacientes em um hospital universitário. 2012. 136 f. Tese- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
13. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providencias. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em 23 de março de 2014.
14. Ministério da Saúde (BR), ANVISA, Fiocruz. Anexo 1: Protocolo Prevenção de Quedas. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>>. Acesso em: 11 de março de 2014.
15. Ministério da Saúde (BR), DATASUS. Informações de Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas – por local de internação –Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def>>. Acesso em: 12 de março de 2014.
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.377 de 09 de julho de 2013. Aprova Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: <http://www.aeciherj.org.br/docs/portaria-1377-2013.pdf>. Acesso em 23 de março de 2014.

17. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em 23 de março de 2014.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 23 de março de 2014.
19. Morse, J. Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program. 2 ed. New York, Springer Publishing Company, 2009. Disponível em: http://www.springerpub.com/samples/9780826103895_chapter.pdf Acesso em 17 abr. 2014.
20. Moura GMS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhaes AMM, Suziki LM. Construção e Implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. Rev. Gaucha.Enferm, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23623>>. Acesso em 22 de março de 2014.
21. Moura GMSS, Magalhães AMM. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. In: Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, p. 65-78, 2013.
22. Nanda Internacional. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.
23. Oliveira ARS, Costa AGS, Souza VEC, Moreira RP, Araújo TL, Lopes MVO, Galvão MTG. Condutas para a Prevenção de Quedas de Pacientes com Acidente Vascular Encefálico. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1): 107-13. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a18.pdf>>. Acesso em 12 de março de 2014.
24. Organização Mundial de Saúde (OMS). Seguridad del paciente. Disponível em:< <http://www.who.int/patientsafety/es/>>. Acesso em 10 de março de 2014.

25. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev. Esc. Enferm. USP. Vol.44. no.1. São Paulo, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 de março de 2014.
26. Pinho TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Smith AAF, Bezerra VP. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. Rev. esc. enferm. USP vol.46.no.2. São Paulo, 2012. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40951/44464>>. Acesso em: 13 de março de 2014.
27. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente/Polo RS. REBRAENSP/ Polo RS. Estratégias para a segurança do paciente. Manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.
28. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (BR). Queda em Idosos: Prevenção. Projeto Diretrizes. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/diretrizes/queda-idosos.pdf>>. Acesso em 11 de março de 2014.
29. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(3):569-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000300569&script=sci_arttext. Acesso em 14 de março de 2014.
30. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre, Artmed, 2010.



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
DEPARTAMENTO PARA
Américas



UnB



SUS
Sistema
Único
de Saúde



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL