

Prevenção de Queda

Estabelecido em: 23/07/2014

Responsáveis / Unidade

Eduardo Alves do Prado – Fisioterapeuta | CSSFA
Erika de Oliveira Santos Vieira – Enfermeira | DIRASS
Fernanda Bitarães de Aguiar – Enfermeira | DIRASS
Vanuza Fortes Ribeiro – Médica | CCPC – DIRASS

Colaboradores

Daniela Neto Ferreira – Enfermeira | CCPC – DIRASS

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A queda é um evento frequente e limitante, considerado um marcador de fragilidade e declínio na saúde ou até preditor de morte.¹

Para este protocolo utilizaremos a definição de queda apresentada pelo Ministério da Saúde no PROQUALIS ²: "Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço, etc.), incluindo vaso sanitário."

As quedas respondem por 20% a 30% dos ferimentos leves, e são causa subjacente de 10% a 15% de todas as consultas de idosos aos serviços de emergência, além de representar mais de 50% das hospitalizações relacionadas a ferimentos ocorridas entre as pessoas com mais de 65 anos de idade. Entre 28 e 35% das pessoas com mais de 65 anos sofrem pelo menos uma queda ao ano. A proporção aumenta com a fragilidade do idoso.^{3,7}

A criação de um protocolo de notificação de quedas, avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho é uma oportunidade de aprendizagem para a equipe assistencial, por meio da análise de informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria se necessário.

Quando a consequência da queda é a fratura, os locais de maior acometimento são: punho, fêmur proximal (fratura de colo do fêmur), quadril, úmero distal e coluna. A fratura de colo do fêmur é a que causa maior dependência de suas ABVD (tarefas de autocuidado, como por exemplo: vestir-se, comer, tomar banho, arrumar-se, fazer sua higiene facial e corporal, transferências e locomoção) e AIVD (tarefa de vida prática: fazer compras, pagar suas contas, manter compromissos sociais, usar meios de transporte, cozinhar, cuidar da própria saúde e manter a própria integridade e segurança).

Ter independência funcional e autonomia é algo que todos nós valorizamos ao longo da vida. E, na velhice não é diferente. Mas aqueles que caem mais de uma vez tem cerca de três vezes mais chance de cair novamente ^{3,7}. As quedas geram significativas limitações físicas e psicológicas aos idosos, que podem resultar em síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que levarão a restrições ainda maiores nas atividades diárias. Embora varie muito, até 40% de mortes podem ser consequência de quedas em idosos, e em cada grupo etário, em geral, a mortalidade entre os homens é maior que entre as mulheres e se eleva exponencialmente com a idade.³

A América Latina é a região que mais rapidamente envelhece hoje no mundo - o que implica em desafios importantes na implantação de políticas públicas que possibilitem a longevidade com melhor qualidade de vida.⁴

Os riscos de queda, no entanto, elevam-se durante as internações quando os pacientes estão medicados, fragilizados e em ambiente que não lhes é familiar. O risco de quedas é particularmente importante entre os pacientes idosos (10%), em reabilitação(3,4%) e

neurológicos(5%). Pacientes com câncer também apresentam índices elevados para risco de quedas.

Quanto às crianças, as quedas não intencionais são também a principal causa de atendimento em urgências até a idade de 14 anos.

Além dos danos ao paciente é importante considerar que a queda aumenta o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerando ansiedade também na equipe de saúde, além de produzir repercussões negativas na credibilidade da instituição e de ordem legal.²

As quedas são, portanto, eventos adversos frequentes, de causalidade múltipla, relacionados a diversas etiologias e fatores ligados tanto ao paciente quanto ao meio ambiente e questões sociais. Logo, a prevenção de quedas é um grande desafio para as equipes assistenciais: identificar e agir sobre os fatores de risco modificáveis, equacionar o tratamento dos fatores etiológicos e comorbidades presentes e orientar as medidas preventivas individuais.

Evitar o evento de queda é considerado, hoje, uma conduta de boa prática tanto em hospitais quanto em instituições de longa permanência, sendo considerado um dos indicadores de qualidade assistencial.¹

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Reduzir ou eliminar a ocorrência de queda dos pacientes e o dano delas decorrente, através do desenvolvimento de medidas que contemplem a avaliação de risco individualizada, a garantia ao cuidado multiprofissional e ao ambiente seguro, promoção da educação do paciente, familiares e profissionais.

Objetivos Específicos

1. Avaliação multiprofissional dos pacientes quanto ao risco de quedas;
2. Implementar medidas preventivas universais;
3. Elaborar plano de cuidados e intervenções individualizadas e multiprofissionais ao paciente diagnosticado com risco de quedas;
4. Aderência às estratégias de prevenção do risco de quedas de todos os membros da equipe assistencial;
5. Avaliar a partir dos eventos ocorridos os possíveis fatores incidentes em cada caso.

SIGLAS

AVE: Acidente Vascular Encefálico

ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

SNC: Sistema Nervoso Central

PE: Processo de Enfermagem

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

1. Termo de Esclarecimento sobre Risco de Quedas para Adultos e Crianças (**APÊNDICE I E II**);
2. Impresso Escala de Quedas de MORSE^{9,10} (**ANEXO I**);
3. Impresso Comunicação de Evento Adverso: Queda (**APÊNDICE III**);
4. Impresso Get up and go test (**Apêndice IV**) ;
5. Material para restrição no leito;
6. Protetores de grades, faixa de proteção para macas, camas, cadeiras, brinquedos e poltronas, etc.;
7. Etiquetas/ carimbos de identificação de Risco de Queda;
8. Placa de identificação de Risco de Queda para o leito do paciente;
9. Equipe multiprofissional de saúde;
10. Arquiteto.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

As quedas são eventos multifatoriais. Então, sua prevenção deve iniciar pelo reconhecimento e correção daqueles fatores que são alteráveis e que fazem parte de medidas preventivas universais, que devem ser implementadas mesmo na ausência de risco. Tais medidas se referem ao ambiente seguro que precisa estar concluído mesmo antes da chegada do paciente e indiferente ao grau de risco apresentado por este, tais como, pisos não escorregadios, altura adequada de mobiliário, rampas, corrimões, etc.

As quedas em indivíduos mais velhos são mais frequentes não devido a uma única causa, mas ocorrem quando uma ameaça para os mecanismos homeostáticos normais que mantem a estabilidade postural é sobreposta aos declínios relacionados com a idade subjacentes no equilíbrio, na estabilidade da marcha e função cardiovascular.⁶ Essa ameaça pode envolver uma doença aguda (por exemplo, febre, desidratação, arritmia), um novo medicamento, um estresse ambiental (por exemplo, entorno desconhecido), ou uma superfície de caminhada insegura. A pessoa mais velha é incapaz de compensar a tensão adicional.

O impacto do desafio do controle postural varia de acordo com o comportamento de risco do paciente e a oportunidade de queda. Logo, indivíduos que estão completamente imóveis não apresentam risco de queda apesar da presença de múltiplos fatores predisponentes, enquanto que aqueles vigorosos podem se colocar em situações de risco; e os fragilizados, dependentes de próteses, podem não ser capazes de compensar um desequilíbrio frente a ameaças relativamente menores à estabilidade postural.

Fatores relacionados ao meio ambiente:

- Pisos escorregadios e com desníveis;
- Escadas, ausência de rampas;
- Objetos deixados em corredores;
- Iluminação insuficiente;
- Ausência de guarda-corpo, corrimão, grades de proteção nas camas;
- Mobiliário com alturas inadequadas ou mal preservado, excesso de móveis no ambiente;
- Ausência de barras protetoras nos banheiros,

- Não estabelecimento de limite de idade para uso dos carrinhos da brinquedoteca, ausência de proteção nestes brinquedos;
- Manter a área de circulação livre de móveis e utensílios,
- Presença de animais de estimação passeando dentro dos domicílio (Internações domiciliares e residências terapêuticas).

Fatores predisponentes relacionados ao paciente:

- História pregressa de quedas;
- Idade acima de 60 anos e abaixo de 14;
- Sexo feminino;
- Alterações cognitivas;
- Prejuízo do equilíbrio, da marcha, fraqueza muscular de membros inferiores e uso de próteses, andadores, muletas, bengalas;
- Uso de drogas que atuam sobre o sistema nervoso central (psicotrópicos, álcool) anti-hipertensivos, beta bloqueadores;
- Urgência urinária ou intestinal (ex.: uso de diuréticos e laxantes);
- Distúrbios neurológicos (história de AVE);
- Hipotensão ortostática;
- Tonteira;
- Anemia;
- Osteoporose;
- Distúrbios sensoriais: visão, audição e propriocepção;
- Distúrbios neurológicos;
- Distúrbios cardiovasculares;
- Doença de Parkinson, demências, diabetes, osteoartrites, doenças musculares degenerativas;
- Calçados e roupas inadequadas (uso de meia com chinelos, roupas compridas demais, calçados sem proteção antiderrapante, etc).

Os programas que incluem educação do paciente e acompanhantes, otimização de medicamentos, eliminação de fatores de risco do meio ambiente, atendimento aos fatores ligados à marcha e equilíbrio, apresentam melhores resultados.⁶

Entretanto, diversas são as ações que devem ser desenvolvidas pela enfermagem para avaliar, orientar e prevenir as quedas.

Prevenção executada pela equipe de enfermagem:

Pacientes internados:

- Nas primeiras 24 horas após a internação, o enfermeiro deve avaliar o risco utilizando a Escala de Morse (**ANEXO I**), apresentar o protocolo, orientar o paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e medidas preventivas a serem adotadas e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização, se apresentar risco elevado ou muito elevado;
- Reavaliação semanal, ou sempre que houver alterações do quadro clínico ou queda;

- Informar-se com os familiares sobre dificuldades nas atividades de vida diária (AVD) e inatividade;
- Solicitar assinatura de conhecimento das orientações fornecidas (Termo de Esclarecimento sobre o Risco de Quedas para Adultos / Crianças (**APÊNDICE I OU I**));
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante, nos casos de risco elevado ou muito elevado(onde o acompanhamento é permitido);
- Solicitar avaliação da fisioterapia para os pacientes com elevado risco de queda ou muito elevado(quando disponível);
- Manter a campanha, se disponível, ao alcance do paciente;
- Manter luz de vigília acesa:
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas ou no chão se for o mais seguro;
- Verificar de acordo com o risco do paciente a necessidade de manter as grades de proteção elevadas e utilização de protetores entre o vão das grades;
- Utilizar faixas próprias para contenção física no leito, se esta for necessária – (Ver P C 033– Contenção Física);
- Identificar o prontuário, o leito e as solicitações de pedidos de exames complementares com etiqueta/carimbo de Risco de Queda;
- Registrar em prontuário todas as intervenções realizadas;
- Encaminhar o paciente, se necessário, para acompanhamento fisioterapêutico, no setor de reabilitação, para tratamento objetivando a melhora da marcha, do equilíbrio e ganho de força muscular, para os pacientes com prognóstico satisfatório;
- Nos casos de risco elevado ou muito elevado comunicar aos técnicos de enfermagem a necessidade de acompanhar o paciente ao banheiro ou adequar horários de cuidados do paciente;
- Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, laxantes, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos, etc (avaliar possibilidade de manter em quarto próximo ao posto de enfermagem);
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Manter vigilância e agilidade no atendimento às campanhas;
- Na alta orientar quanto ao risco e cuidados necessários.

Pacientes Externos:

- A avaliação de risco para quedas em pacientes externos deverá ser realizada através dos seguintes fatores predisponentes: crianças ≤ 5 anos; idosos ≥ 65 anos sem acompanhantes; dificuldade de marcha, déficit sensorial (visão, audição e tato); distúrbios neurológicos (crise convulsiva, ataxia, delírio, demência, paresia, parestesia e plegia); alteração do nível de consciência, uso de medicação que altera o Sistema Nervoso Central (sedação, opióides e

outros), distúrbios cardiovasculares (síncope, arritmias, hipotensão, etc) e doenças degenerativas musculares;

- Receber o cliente de acordo com a rotina do setor;
- Avaliar e identificar pacientes com risco de queda;
- Colocar na prescrição ou solicitação de exames ou procedimentos com o alerta para pacientes com risco de queda (utilização de adesivo/ carimbo específico);
- Orientar paciente e/ou familiares sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas para risco de queda;
- Colocar no leito do paciente a placa de identificação de Risco para Quedas para alertar toda a equipe multidisciplinar;
- No encaminhamento externo ou interno identificar os impressos, através de carimbo/adesivo de alerta de pacientes com Alto Risco para Quedas;
- No caso de crianças o símbolo da placa de identificação de Risco para Quedas indica a necessidade de acompanhante. Para pacientes adultos, o símbolo da placa de identificação de Risco para Quedas, indica restrição de deambulação desacompanhado, alertando sobre a necessidade de acompanhamento de um familiar ou profissional da enfermagem.

Participação da equipe multidisciplinar

Os pacientes que necessitam da utilização de medicamentos que agravam o risco de quedas tais como, benzodiazepínicos, antidepressivos, opióides, anti-hipertensivos, laxantes, diuréticos devem ter o caso discutido pela equipe multiprofissional (médico assistente, farmacêutico, fisioterapeuta, enfermeiro, etc) a fim de discutir medidas preventivas.

O farmacêutico orienta sobre substituições e associações medicamentosas mais seguras que minimizem os riscos de efeitos colaterais.

Os pacientes que apresentam distúrbios neurológicos, motores, uso de próteses ou distúrbios sensoriais devem ser avaliados pela fisioterapia/ terapia ocupacional que indicará conduta.

Os aspectos ligados à independência física e à mobilidade são de grande interesse na área da fisioterapia e terapia ocupacional, assim os teste que avaliam características da mobilidade são muito utilizados e experimentados nessa área prática clínica e na pesquisa científica.

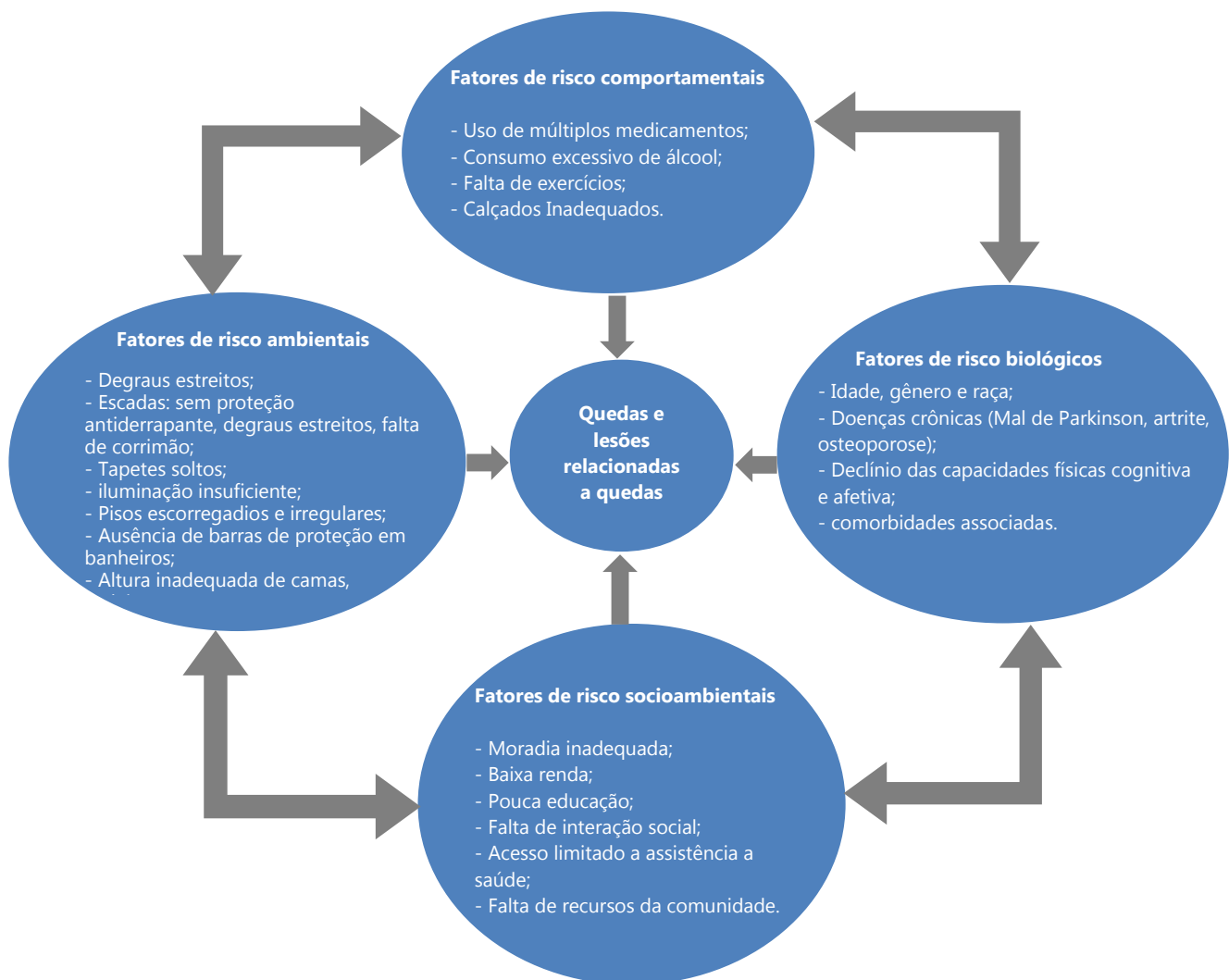
Para que essa avaliação seja otimizada, será utilizado o GET UP AND GO TEST ⁵. Neste teste é solicitado para o paciente os seguintes movimentos: levantar-se de uma cadeira, deambular 3 metros, retornar e assentar novamente. A proposta de teste é avaliar o equilíbrio assentado, sua transferência de assentado para a posição de pé, estabilidade na deambulação e mudanças no curso da marcha sem utilizar movimentos ou estratégias compensatórios. Analisamos o desempenho do paciente em cada uma das tarefas comparando com indivíduos sem alterações.

Pacientes adultos independentes sem alterações no equilíbrio realizam o teste em 10 segundos ou menos; pacientes com independência em transferências básicas realizam em 20 segundos ou

menos; pacientes que realizam o teste em 30 segundos ou mais são dependentes em várias ABVD e AIVD.

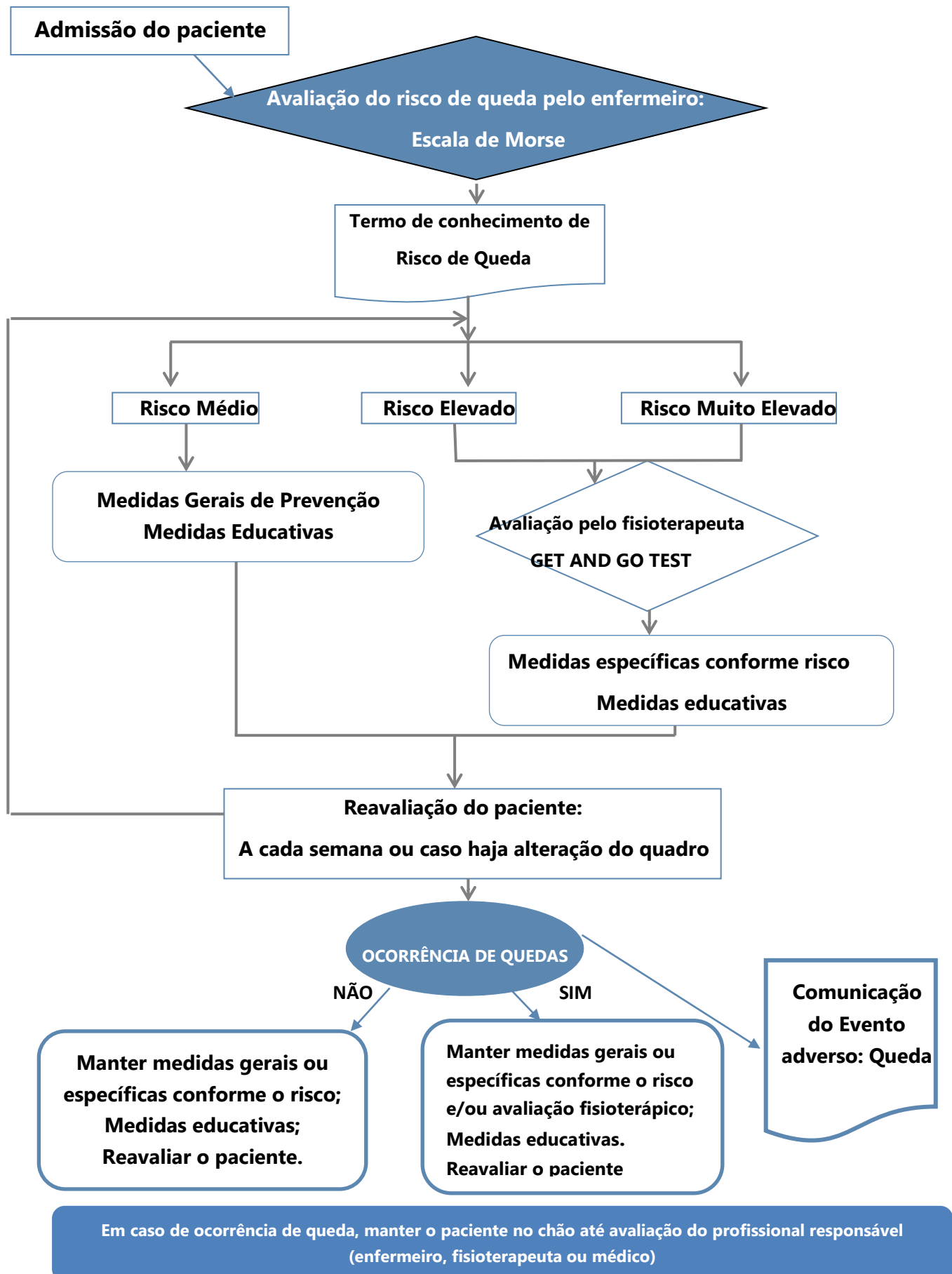
No Complexo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso os resultados da avaliação do Get Up and Go Test, somados aos resultados obtidos na avaliação do PC 024 Cuidado ao idoso e reabilitação, nortearão a conduta de acompanhamento.

Fluxograma 1: Modelos de fatores de risco para quedas na velhice



Fonte: Baseado no Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice, versão traduzida, 2010.

Fluxograma 2: Avaliação e conduta diante do risco de quedas



Todos os incidentes envolvendo a ocorrência de queda do paciente devem ser monitorados e notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pela instituição. Deve ser utilizado um sistema de notificação de quedas e avaliação de suas causas, com os seguintes indicadores:

- Deverá ser avaliado se há sinais de fratura, hemorragia ou outras lesões antes de ser levado para o leito. Avaliação pode ser realizada pelo enfermeiro, fisioterapeuta ou médico que orientará os procedimentos a serem desenvolvidos;
- Na ausência do médico responsável pelo paciente, o enfermeiro solicita a avaliação do médico do Pronto Atendimento ou em casos de crianças solicita o médico da Unidade Neonatal;
- Registrar no prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda e conduta médica;
- Preencher o impresso de Comunicação de Evento Adverso: Queda ([Anexo IV](#));
- Encaminhar a Ficha de Ocorrência de Queda para a Supervisão de Enfermagem e deverá enviá-lo, para o Núcleo de Segurança do Paciente da unidade.

ITENS DE CONTROLE

1. Índice de quedas: número absoluto de eventos / número absoluto de pacientes-dia X 100. (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 de avaliação).
2. Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão: número de pacientes avaliados / número de pacientes admitidos.
3. Número absoluto de quedas com dano.

Referências

- 1 Hemorio. Protocolos de Enfermagem: identificação de risco de prevenção de quedas. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2010.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa/Fiocruz. Anexo 01: Protocolo prevenção de quedas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 3 Kiel D P; Schmader K E ;Sokol H N.Falls: Prevention in community-dwelling older persons – in : Up to date- http://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-community-dwelling-older-persons?source=search_result&search=preven%C3%A7%C3%A3o+de+quedas&selectedTitle=1~150
- 4 Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. Secretaria de Estado da Saúde São Paulo. Versão traduzida. 2010. Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice.
- 5 Mathias, S; Nayak, U.S.L, Isaacs, B. Balance in the elderly patient: The “Get-up and Go” test. Arch Phys Med Rehabil, 67:387-89, 1986.
- 6 Falls: assessment and prevention of falls in older people. NICE clinical guideline 161. guidance.nice.org.uk/cg161. Issued: June
- 7 Berry S; Kiel D P Falls Schmader K E and Sokol H N : Prevention in nursing care facilities and the hospital setting- imediatamente de quedas & selected, Title2, 150
- 8 Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES. Risk factors for injurious falls: a prospective study. J.
- 9 Study of the predictive values of the Morse falls score. 2013 Jul; 42 (4): 462-8. doi: 10.1093/ageing/aft049. Epub2013, May 12.
- 10 Baek S, Piao J, Jin Y, Lee SM. Validity of the Morse Fall Scale implemented in an electronic medical record system. J ClinNurs. 2013 Sep 21.
- 11 Janice M. Morse, Robert M. Morse, Suzanne J. Tylko. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Ver Esc Enferm USP 2013; 47 (3): 569-75
- 12 Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing. 2004 Mar; 33 (2): 122-30.
- 13 J AmGeriatr Soc. 2013 Apr;61(4):483-94. doi: 10.1111/jgs.12169. Epub 2013 Mar 25.
- 14 Hempel S, Newberry S, Wang Z, Booth M, Shanman R, Johnsen B, Shier V, Saliba D, Spector WD, Ganz DA. Hospital fall prevention: a systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness. J Am Geriatr Soc. 2013 Apr; 61(4):483-94. doi: 10.1111/jgs.12169. Epub 2013 Mar 25.
- 15 Chow SK, Lai CK, Wong TK, Suen LK, Kong SK, Chan CK, Wong IY. Evaluation of the Morse Fall Scale: applicability in Chinese hospital populations. Int J Nurs Stud. 2007 May; 44 (4): 556-65. Epub 2006 Feb 7...
- 16 Sung YH, Cho MS, Kwon IG, Jung YY, Song MR, Kim K, Won S. Evaluation of falls by inpatients in an acute care hospital in Korea using the Morse Fall Scale. Int J NursPract
- 17 2013 Sep 30. doi: 10.1111/ijn.12192
- 18 Choi M, Hector M. Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2012 Feb; 13 (2): 188.e13-21. doi: 10.1016/j.jamda.2011.04.022. Epub 2011 Jun 15.
- 19 Oliver D, Hopper A, Seed P. Do hospital fall prevention programs work? A systematic

review. J Am Geriatr Soc. 2000 Dec; 48 (12): 1679-89.

-
- 20 Healey F, Haines TP. A pragmatic study of the predictive values of the Morse falls score. Age Ageing. 2013 Jul;42(4):462-8. doi: 10.1093/ageing/aft049. Epub 2013 May 12. Revista Brasileira de Cineantropometria Desempenho Humano.
-
- 21 Figueiredo KMOB de, Lima KC, Guerra RO. Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. Rev. Bras.Cineantropom. Desempenho Hum. 2007; 9 (4): 408-413
-
- 22 Rubenstein LZ, Josephson KR. Falls and their prevention in elderly people: what does the evidence show? Med Clin North Am. 2006 90 (5):807.
-
- 23 Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. JAMA. 1995 273(17):1348
-
- 24 Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. BMJ 2011; 342:d329. Acessível em: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d329.full?eaf...>
-
- 25 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009
-
- 26 Neri, Anita L. Cuidar de Idoso no Contexto da Família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2001.
-
- 27 Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med. 1988 319 (26): 1701
-
- 28 Urbaneto, Janete de Souza et al . Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 3, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300569&lng=en&nrm=iso> access on 18 July 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300007>
-
- 29 Nickens H. Intrinsic factors in falling among the elderly. Arch Intern Med. 1985 145 (6): 1089

APÊNDICE I

TERMO DE ESCLARECIMENTO SOBRE RISCO DE QUEDAS PARA ADULTOS

As quedas são eventos frequentes entre pacientes acima de 60 anos e crianças. Estes eventos são fatores importantes de agravamento da saúde do paciente, provocando fraturas, hemorragias, internações e até levando ao óbito em alguns casos.

Ocorrem com mais frequência entre aquelas pessoas que apresentam limitações e necessitam de ajuda para realização de atividades do dia a dia como andar, vestir-se ou tomar banho.

O uso de próteses (muletas, bengalas, andadores) não apresenta proteção contra quedas. O uso de medicamentos que causam sedação ou tonteiras agrava em muito o risco de quedas (anti-hipertensivos, calmantes, antidepressivos, alguns medicamentos para dor, laxantes e diuréticos que levam a aumento de frequência e urgência de ir ao banheiro, etc.).

Após avaliação do risco de quedas do (a) Sr.(a).....,

estamos orientando a manter as grades da cama sempre elevadas, supervisão/auxílio para levantar-se, ir ao banheiro e durante o banho. Se o paciente apresentar risco elevado ou muito elevado, a enfermagem será responsável por estes procedimentos e deve ser comunicada sempre que o paciente for permanecer sem acompanhante.

O quarto não deverá permanecer totalmente escuro, atentar para objetos deixados nas passagens, para o travamento de camas e cadeiras de rodas ao sentar ou levantar-se, manter a campainha e objetos pessoais ao alcance do paciente.

Usar calçados antiderrapantes e não utilizar roupas que arrastem no chão.

Solicitar ajuda da enfermagem sempre que tiver necessidade de ajuda ou dúvidas.

Data: ____/____/____

Enfermeiro (assinatura e carimbo): _____

Nome do acompanhante: _____

Grau de parentesco: _____

Assinatura do acompanhante: _____

APÊNDICE II

TERMO DE ESCLARECIMENTO SOBRE RISCO DE QUEDAS PARA CRIANÇAS

As quedas são eventos importantes responsáveis por lesões e agravamento do quadro de saúde da criança. As crianças necessitam estar constantemente acompanhadas e sob vigilância atenta. Lembramos que os berços e camas hospitalares são mais altos que os de casa e, em consequência, as quedas podem causar ferimentos mais graves.

Durante a internação, a criança está enfraquecida, sob efeito de medicação e, portanto, o risco é maior. Alguns medicamentos podem causar tonteira, náusea, sonolência, vertigens. A equipe assistencial orientará sobre os medicamentos, os possíveis efeitos colaterais e cuidados necessários.

Solicitamos que crianças abaixo de 3 anos permaneçam em seus berços com as **grades mantidas na altura máxima**. As crianças acima de três anos serão acomodadas em camas com as grades elevadas.

Durante a troca de fraldas os cuidados precisam ser redobrados. Manter uma das grades do berço elevada e não deixar a criança sozinha neste momento por nenhuma razão.

A criança só deverá levantar-se do leito sob acompanhamento de responsável ou enfermagem. Orientar o responsável a levantar a criança do leito progressivamente (elevar 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.

As crianças até três anos devem ser transportadas no colo do responsável ou da enfermagem, se em condições, ou no leito, sob observação, do responsável e/ou da enfermagem se estiver sob sedação, ou período pós-anestésico. Lembramos que o jejum pode causar fraqueza e tonteira aumentando o risco de queda.

Chamamos atenção para o uso de calçados que não derrapam e roupas que não esbarrem no chão. Atenção para não deixar objetos e líquidos(chame a manutenção para limpeza) no chão que possam causar tombos.

A família será informada de qualquer mudança que altere os riscos de queda.

A equipe de enfermagem está pronta a responder qualquer dúvida e fornecer orientações.

Data: ____/____/____

Enfermeiro (assinatura e carimbo): _____

Nome do acompanhante: _____

Grau de parentesco: _____

Assinatura do acompanhante: _____

ANEXO I**ESCALA DE QUEDAS DE MORSE**

Nome: _____ Idade: _____ Le

ito: _____ Sexo: F () M ()

Nº	CATEGORIA	ESCORE
1	Histórico de queda recente	
	NÃO	0
	SIM	25
2	Diagnóstico secundário	
	NÃO	0
	SIM	15
3	Auxílio para deambular	
	Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional da Saúde	0
	Muleta/Bengala/ Andador	15
	Mobiliário/parede	30
4	Terapia endovenosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
	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
TOTAL		

Escore	Risco
< 41	Risco médio
41-51	Risco elevado
> 51	Risco muito elevado

Definições operacionais de cada item da Morse Fall Scale, traduzida e adaptada para a língua portuguesa do Brasil - Porto Alegre, 2011 (Janete Urbanetto, 2013)²⁸

Item	Definição Operacional
1. Histórico de quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.
Sim	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.
2. Diagnóstico secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	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 .
Muletas/Bengala/Andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador .
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes .
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso . Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	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) .
Fraca	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.
Comprometida/Cambaleante	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. 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 .
6. Estado mental	
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	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.
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.

APÊNDICE III

COMUNICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO: QUEDA

Nome:	Idade:	Sexo: F () M ()
Leito:	Internação:	

Datas	1ª queda	2ª queda	3ª queda	4ª queda
Risco de queda identificado na admissão				
Horário da queda				
Local da queda				
Como ocorreu a queda				
Paciente só ou acompanhado				
Fatores predisponentes				
Morbidade presente				
Medicações em uso				
Registro da avaliação / conduta médica após a queda				
Consequências da queda				
Causas da queda				
Qualidade dos registros de enfermagem				
Prorrogação da alta				

APÊNDICE IV

TESTE GET-UP-AND-GO (GUG)

Equipamentos necessários:

Cadeira de escritório com encosto reto e apoio de braços, fita métrica, cone, calçado seguro e confortável para o paciente.

Teste GET UP AND GO – Avaliação da marcha	
Sente o paciente numa cadeira de assento alto, espaldar reto e apoio de braço	
Dê as seguintes instruções:	
1.	Levante-se (se possível sem apoiar-se nos braços da cadeira)
2.	Fique em pé momentaneamente
3.	Caminhe para frente por 3 metros (cerca de 10 passos)
4.	Volte-se e retorne para sua cadeira
5.	Vire-se e torne a assentar-se
Fatores a observar	
Equilíbrio sentado	
Transferência de sentado para de pé	
Passo e estabilidade para caminhar	
Capacidade para retornar sem escalonamento	

Avaliador: Permitir que o paciente treine para familiarizar-se primeiro. Por segurança, o avaliador deve estar próximo do paciente, respeitando sua marcha.

TEMPO: 1 a 2 minutos

ESCORES DE QUALIDADE MODIFICADOS	
Sem risco de queda	Movimentos coordenados sem necessidade de ajuda para andar
Baixo risco de queda	Movimentos coordenados, mas demanda ajuste, andar lento ou base de apoio ampliada.
Risco moderado de queda	Movimentos incoordenados, irregular ou com escalonamentos, andar hesitante, excessivamente rápido
Alto risco de queda	Necessita supervisão, anomalias claras problemas para levantar-se ou sentar-se
Risco muito alto de queda	Necessita suporte ou assistência para levantar-se, sentar-se deambular

Referência:1

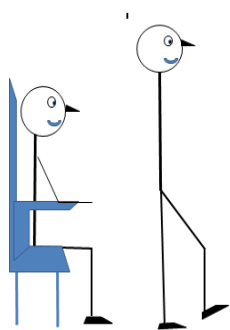
- Mathias S, Nayak USL, Isaacs B. Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. Arch Phys Med Rehabil. 1986;67:387-389.

TESTE GET UP AND GO		
Nome:		
Idade:	Sexo	Avaliador:
Unidade:		Enfermaria:

Data	Auxilio utilizado para marcha	Dificuldades identificadas

**1º Sentar em cadeira de
espaldar alto e apoio de
braço**

2º Levantar-

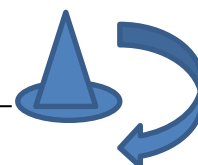


3º Caminhar



3 metros

**4º Contornar o cone e
voltar**



**5º Voltar-se e sentar
novamente**



PLACA DE RISCO DE QUEDAS PARA UTILIZAÇÃO NO LEITO / LOCAIS DE RISCO