

24/02/2014 – PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

escrito por Ana Miranda | 11 de junho de 2014

1. Finalidade

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. Abrangência

As recomendações deste protocolo aplicam-se aos hospitais e incluem todos os pacientes que recebem cuidado nestes estabelecimentos, abrangendo o período total de permanência do paciente.

3. Justificativa

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

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

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

Estudo em hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes

pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados ao chão.

A maior

parte dos eventos ocorreu na presença dos pais.

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44%

desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito.

A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que

acaba por aumentar o risco de nova queda.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os

custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões

na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal.

Além disso,

podem interferir na continuidade do cuidado. Dentre os pacientes que sofreram queda,

há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado

de longa permanência.

Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores

vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85

anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos

desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e

inadequação dos recursos humanos.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais

efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções. Avaliação do risco de queda; Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira, Agendamento dos cuidados de higiene pessoal; Revisão periódica da medicação; Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes, Educação dos pacientes e dos profissionais, Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas. Estudo realizado em hospital privado localizado na cidade de São Paulo apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 – 1,45 por 1.000 pacientes-dia-, que estava associada à implementação de um protocolo de gerenciamento de quedas.

4. Definição

4.1 Queda: 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.

5. Intervenções

5.1. Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o

agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

5.1.1. Fatores de risco para queda

a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.

b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.

c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas:

acidente vascular cerebral prévio;

hipotensão postural;

tontura;

convulsão;

síncope;

dor intensa;

baixo índice de massa corpórea;

anemia;

insônia;

incontinência ou urgência miccional;

incontinência ou urgência para evacuação;

artrite;

osteoporose;

alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).

d) Funcionalidade:

dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária,

necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;

fraqueza muscular e articulares;

amputação de membros inferiores; e

deformidades nos membros inferiores.

e) Comprometimento sensorial:

visão;

audição; ou

tato.

f) Equilíbrio corporal: marcha alterada.

g) Uso de medicamentos:

Benzodiazepínicos;

Antiarrítmicos;

anti-histamínicos;

antipsicóticos;

antidepressivos;

digoxina;
diuréticos;
laxativos;
relaxantes musculares;
vasodilatadores;
hipoglicemiantes orais;
insulina; e
Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

h) Obesidade severa.

i) História prévia de queda.

5.1.2. Paciente com alto risco de queda

a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem

ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.

b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades,

com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de

pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.

c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização

de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

5.1.3. Paciente com baixo risco de queda

a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda

de terceiros, com ou sem fatores de risco.

b) Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas

específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas

as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

As utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são: Morse^{12,13}

e St

Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)

Essas duas

escalas possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que

predispõem à queda e permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda.

Recentemente a escala Morse Fall Scale foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa*

. Salientamos que tanto a Morse Fall Scale (versão traduzida ou original),

quanto as demais escalas existentes não são de acesso livre, sendo necessária

autorização dos autores para sua utilização.

Importante: Este protocolo não adota nenhuma escala em particular e teve como foco

intervenções de prevenção norteadas pelo risco de queda do paciente.

5.2. Ações preventivas

5.2.1. Medidas Gerais

A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar

medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do

risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme

legislação vigente¹⁶, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação

adequados, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e

entulhos), o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos

pacientes.

Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das

acomodações e do mobiliário à faixa etária.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir

orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir

sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do

paciente no hospital. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

Gustavo AS ,Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA . Morse Fall Scale : Tradução e Adaptação para a Língua Portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso), 2013. No prelo

5.2.2. Medidas Específicas

A unidade de saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, devem definir

o(s) profissional(is) responsável(is) por avaliar o risco de queda e definir as ações de

caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco.

Medidas individualizadas

para prevenção de queda para cada paciente devem ser prescritas e implementadas.

Além disso, políticas e procedimentos devem ser estabelecidos e implementados pela

unidade para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o

risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as

medidas de prevenção implantadas.

Deve-se fazer a reavaliação do risco dos pacientes em caso de transferência de setor,

mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação

de outro fator de risco. Na presença ou no surgimento de risco de queda, este deve ser

comunicado aos pacientes e familiares e a toda equipe de cuidado. Por exemplo,

pacientes que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado.

No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e

atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos. A avaliação dos

casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores

contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de

cuidado mais seguro.

A tabela a seguir contém medidas específicas que devem ser utilizadas para prevenção de queda conforme o fator de risco apresentado pelo paciente.

Tabela 1 – Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes adultos hospitalizados)

Fator de risco Medidas

Idade

Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos estão

contempladas nos itens abaixo.

Histórico de Queda

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.

Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).

Necessidades

fisiológicas e higiene

peçoal

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.

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.

Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito

acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

Medicamentos

Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.

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).
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.

Uso de Equipamentos/

Dispositivos

Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de
uso.

Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de

equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à
mobilização deste paciente.

Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a
movimentação do paciente no leito ou a sua saída

Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do
leito

acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na
presença de acompanhante.

Mobilidade/Equilíbrio

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do
leito

acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na
presença de acompanhante.

Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização
de seus

óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.

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).

Cognitivo

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

Condições Especiais
(hipoglicemia,
hipotensão postural,
cardiopatias
descompensadas, entre
outras condições
clínicas)

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. 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.

Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

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

Tabela 2 – Fatores de risco para queda e medidas relacionadas (Pacientes pediátricos hospitalizados)

Fator de Risco	Medidas
Idade	Acomodação (adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico)
≤ 36 meses (3 anos):	deverem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o “Termo de recusa de tratamento”. A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com

a

avaliação do profissional responsável.

> 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.

Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)

≤ 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.

> 6 meses ≤ 36 meses:

o Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação.

o Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem).

> 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.

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).

Diagnóstico

Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.

Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda.

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.

Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente;

registrar

e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.

A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem).

Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas.

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.

Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.

Fatores

Cognitivos

Orientar responsável sobre o risco de queda relacionado ao "comportamento de risco" de acordo com a faixa etária da criança.

História

Pregressa/

Atividade

Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com

dano grave.

Cirurgia/

Sedação/

Anestesia

Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda

relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.

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.

Sair do leito acompanhado pela enfermagem.

Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e

rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato).

O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;

Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e

equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).

Medicações

Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.

Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na

prescrição de medicamentos associados ao risco de queda.

Não levantar do leito sozinho.

Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante

quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem

potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência,

hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos.

O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico

clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.

Adaptado de Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados

à Segurança do Paciente. 2012.

6. Procedimentos Operacionais

6.1. Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente (pacientes

internados, pacientes no serviço de emergência e pacientes externos);

6.2. Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e

entregar material educativo específico quando disponível;

6.3. Implementar medidas específicas para a prevenção de queda

conforme o(s)

risco(s) identificado(s) (Ver tabela 1 e 2);

6.4. Reavaliar o risco diariamente, e também sempre que houver transferências de

setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação;

ajustando as medidas preventivas implantadas;

6.5. Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar

toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do paciente todos os

procedimentos realizados;

6.6. Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;

6.7. Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento;

7. Estratégias de notificação de quedas e monitoramento de desempenho

A criação de um instrumento 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 organização, por meio da análise das 12

informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de

melhoria, se necessário.

7.1. Indicadores

Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.

Número de quedas com dano.

Número de quedas sem dano.

Índice de quedas $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) * 1000]$: este indicador pode

ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a

série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e

parâmetros de avaliação.

Fonte: Ministério da Saúde