



Cartilha de  
**Boas Práticas  
Assistenciais**

**Unimed** 

Cartilha de

# Boas Práticas Assistenciais

**Unimed** 

### **Realização**

Orlando Fittipaldi Junior - Diretor de Gestão de Saúde  
Sheila Mittelstaedt - Gerente de Gestão de Saúde

### **Coordenação Geral**

Martha Rejane Silva Augusto

### **Elaboração**

Subcomitê de Qualidade Assistencial da Unimed do Brasil

### **Unimeds Colaboradoras**

Unimed Campo Grande  
Unimed Limeira  
Unimed Resende  
Unimed Volta Redonda

### **Apoio**

Bruno de Andrade Costa - Unimed do Brasil  
Fernanda Teixeira Matos - Unimed do Brasil  
Martha Rejane Silva Augusto - Unimed do Brasil  
Sergio Leandro Aquilas Rodrigues - Unimed do Brasil

### **Agradecimentos**

Carolina Baptista Ribeiro  
Cintia Sassahara dos Santos  
Daniela da Costa Barreto  
Denis Pereira Junior  
Elaine Cristina Cenerino  
Fabiana Machado de Azevedo Abdalla  
Jaqueline Teles Daros  
Maria Aparecida da Silva Teixeira  
Maria de Fatima Campos  
Noriman Carvalho Brandão Netto  
Priscila Ladeira  
Tatiane Nogueira Rodrigues

## **Boas práticas assistenciais: a segurança do paciente como nossa prioridade**

Assistência à saúde é um dos mais importantes serviços que qualquer organização pode oferecer. Lidamos, todos os dias, com vidas. Por isso, adotarmos o Jeito de Cuidar Unimed em todos os pontos de contato, em cada procedimento, simples ou complexo, é mais do que desejoso. É primordial.

As páginas a seguir tratam de um aspecto que tem lugar muito especial nas atividades do Sistema Unimed: boas práticas assistenciais. São recomendações que proporcionam que nosso paciente esteja seguro e receba um tratamento efetivo, correto e, tão importante quanto, humanizado.

Peço a todos que acompanhem com atenção essas diretrizes. Que as sigam e que façam esse cuidado ser percebido pelo paciente e seus familiares. Eles confiam em nós. Fazemos jus a essa confiança!



**Orlando Fittipaldi Junior**  
Diretor de Gestão de Saúde  
da Unimed do Brasil



# Prevenção do Risco de Queda





## 1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema constantemente discutido em instituições hospitalares, fundamentado pelo relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, publicado em 1999. Nesse estudo americano, foi verificado que uma grande quantidade de pacientes hospitalizados sofre algum tipo de evento adverso que poderia ter sido evitado, causando mortes e sequelas irreversíveis e demonstrando que erros acontecem e são frequentes durante a prestação de assistência<sup>1</sup>.

Dada a repercussão mundial desta publicação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar a segurança do paciente nos serviços de saúde, definindo em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*)<sup>2</sup>.

Em 2013, foi publicado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por meio da Portaria nº 529/13, do Ministério da Saúde, e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, que estabelece ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde. Ambos dispositivos suscitaram a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Essa iniciativa reforça para as instituições de saúde, profissionais e comunidade a importância de abordar e promover a segurança do paciente, visando colaborar para a qualificação dos cuidados<sup>1</sup>.

A equipe de enfermagem é o principal agente de ligação entre o sistema de saúde e o paciente, deve direcionar seu valor e poder para o cuidado e não para correção de sistemas falhos de prestação de assistência.

Até mesmo nas mais estruturadas instituições de saúde, pacientes e familiares são expostos a riscos constantes de erros e eventos adversos que poderiam ser evitados.

O evento adverso mais relatado e constante no ambiente hospitalar é a queda. Trata-se de uma ocorrência complexa e quando ocorre no ambiente hospitalar pode se tornar ainda mais grave, pois acomete uma pessoa com a saúde debilitada. Além dos danos causados ao paciente, a queda eleva geralmente o tempo de internação, a dependência física e, conseqüentemente, os custos assistenciais<sup>3</sup>.

## 2. DEFINIÇÃO

**Evento adverso:** incidente que resulta em dano à saúde.

**Queda:** é o evento em que a pessoa “inadvertidamente cai ao solo, chão ou níveis inferiores, excluindo mudança intencional da posição para repouso na mobília, paredes ou outros objetos”<sup>1</sup>.



## 3. OBJETIVOS

### 3.1. Objetivo Geral

Reduzir/eliminar a ocorrência de queda dos pacientes e o decorrente dano por meio do desenvolvimento de medidas que contemplem a avaliação de risco individualizada, a garantia ao cuidado multiprofissional e o ambiente seguro, educando o paciente, os familiares e os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado (anexo 9).

### 3.2. Objetivos Específicos

- Avaliar os pacientes através de equipe multiprofissional quanto à exposição ao risco de quedas
- Implementar medidas preventivas universais
- Elaborar plano de cuidados e intervenções individualizadas e multiprofissionais ao paciente diagnosticado com risco de quedas
- Adesão de todos os membros da equipe assistencial às estratégias de prevenção do risco de quedas
- Avaliar a partir dos eventos ocorridos os possíveis fatores incidentes em cada caso
- Proporcionar ambiente seguro ao paciente, acompanhante e profissionais de saúde

## 4. PROTOCOLOS

Para atingir os objetivos, torna-se necessário a adoção de medidas e descrição de protocolos, conforme exposto a seguir:

### 4.1. Protocolo Assistencial

- Avaliar no momento da admissão: nível de confiança, independência e de consciência do paciente para deambulação quanto à idade, agitação ou confusão, distúrbio neurológico, uso de sedativos, déficit sensitivo e dificuldade de marcha (anexo 1)
- Aplicar a escala de avaliação de riscos para queda adotada na instituição nas primeiras 24 horas após a admissão do paciente
- Sugere-se aplicar a escala de Morse para adultos (anexo 2), a de Humpty-Dumpty Adaptada para crianças (anexo 3), a de Johns Hopkins (JH-FRAT) (anexo 4) e a de grau de dependência de Fisioterapia (anexo 5)



- Realizar a identificação do paciente com risco com pulseira padronizada pela instituição ou sinalização beira leito, contendo a indicação do risco de queda (anexo 6)
- Reavaliar o paciente a cada 24h, caso apresente risco para queda (uma reavaliação será indicada se este apresentar mudança do quadro clínico, conforme avaliação médica/enfermagem)
- Orientar paciente e/ou acompanhante e entregar termo de consentimento informado e esclarecido. Coletar assinatura, entregar primeira via ao acompanhante e arquivar segunda via no prontuário (anexo 7)
- Durante a internação, aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), passando pelas seguintes etapas: Histórico de Enfermagem (coleta de dados), Diagnóstico de Enfermagem, Plano de Cuidados (planejamento), Implementação dos Cuidados
- Reavaliar o risco, diante das transferências de setor, mudança de quadro clínico e episódio de queda durante a internação, ajustando as medidas até então adotadas (tabela 1)
- Na ocorrência de queda, o enfermeiro presta assistência imediata e realiza ações corretivas, envolvendo equipe multiprofissional quando necessário, para solução do problema ou contenção da ocorrência
- Elaborar documento específico para “Registro de Eventos” (anexo 8). Na ocorrência de queda o mesmo deve ser preenchido e encaminhado ao Núcleo de Segurança do Paciente na primeira hora útil seguinte ao evento



Seguem abaixo intervenções a serem orientadas/realizadas, conforme o fator contribuinte para pacientes adultos/pediátricos:

**Tabela 1**

Fator contribuinte	Intervenções (adultos)
<b>Idade</b>	Promover um ambiente com piso antiderrapante, livre de obstáculos e objetos no chão; instalar barras de apoio nas paredes e nos banheiros; garantir o uso de calçado adequado pelo paciente e acompanhá-lo sempre que necessário ao sair do leito.
<b>Histórico de queda</b>	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível; avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente; avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.
<b>Necessidades fisiológicas e higiene pessoal</b>	Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro; levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado.
<b>Medicações</b>	<p>Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente.</p> <p>Verificar o uso de diuréticos ou laxantes e/ou em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.</p> <p>Solicitar avaliação do farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis, efeitos colaterais e quadro clínico do paciente); consultar lista de medicamentos que aumentam o risco de queda.</p> <p>Avaliar a necessidade de uso de grade no leito/maca; orientar o paciente e/ou família/acompanhante sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, que aumentam o risco de queda; realizar revisão da prescrição medicamentosa.</p>



Fator contribuinte	Intervenções pediátricas
<b>Idade</b>	<p><b>Acomodações</b></p> <p>Adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico – (RN's berço aquecido ou incubadora conforme a idade gestacional).</p> <p><b>≤ 36 meses (3 anos):</b> devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima ou camas com grades protegidas e elevadas na altura máxima.</p> <p><b>&gt; 36 meses:</b> devem ser acomodadas em cama com grades elevadas.</p>
	<p><b>Transporte</b></p> <p>Adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico.</p> <p><b>≤ 6 meses:</b> devem ser transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas ou em berço aquecido, incubadora ou berço cuba.</p> <p><b>&gt; 6 meses ≤ 36 meses:</b> Em maca – deitada próximo ao responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação ou acomodado na maca e acompanhado pelo responsável. Em cadeira de rodas no colo do responsável.</p> <p><b>&gt; 36 meses:</b> em maca (deitado ou não com o responsável) ou em cadeira de rodas no colo do responsável, dependendo da avaliação clínica da enfermagem.</p> <p>Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).</p>
<b>Sexo</b>	<p>Sem intervenções específicas para este fator de risco quando pontuado.</p>

*continua na próxima página*



<b>Diagnóstico</b>	<p>Orientar família/paciente 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>não levantar do leito sozinho (de acordo com a idade e condições clínicas);</p> <p>avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para a família/responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular;</p> <p>acompanhar sempre a criança na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor);</p> <p>avaliar o uso de grade;</p> <p>avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas;</p> <p>orientar o paciente e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevantar 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 quando necessário (conforme fator de risco identificado).</p>
<b>Fatores cognitivos</b>	<p>Orientar a família e/ou responsável sobre o risco de queda relacionado ao “comportamento de risco”, de acordo com a faixa etária da criança.</p>
<b>História pregressa</b>	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Não levantar do leito sozinho quando há histórico de queda pregressa com dano grave.</p>

## 4.2. Protocolo Administrativo

Após ocorrência do evento, é indicado iniciar a investigação por meio do Núcleo de Segurança do Paciente, assim que houver conhecimento deste. Para tanto, a orientação é cumprir as seguintes etapas:

- 1º - análise do preenchimento do documento de notificação do evento
- 2º - consolidar as informações disponíveis



- 3º - realizar conclusões preliminares a partir das informações da notificação e análise do prontuário
- 4º - apresentar as conclusões preliminares e hipóteses formuladas às coordenações setoriais envolvidas
- 5º - definir e coletar informações necessárias para testar as hipóteses levantadas, junto às coordenações
- 6º - reformular hipóteses preliminares caso não sejam confirmadas, definindo a adoção de medidas de prevenção e controle durante o processo, desde a admissão até a alta
- 7º - apresentar conclusões às gerências envolvidas no processo, bem como as medidas adotadas para tratativa e preventiva do evento
- 8º - facilitar a capacitação das equipes de trabalho, visando à redução/eliminação do evento identificado
- 9º - em se tratando de evento adverso e sentinela, notificar a vigilância sanitária por meio do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa).

#### **Compilar dados para gerar e analisar indicadores:**

- Incidência de queda por paciente
- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.

## **5. CONCLUSÃO**

Depreende-se que ao implementar medidas preventivas de quedas, aliando a sistematização da assistência de enfermagem à gestão de riscos assistenciais no ambiente hospitalar, a enfermagem pode garantir uma assistência de qualidade, visando a segurança do paciente.

É imprescindível a implantação da cultura de segurança nas instituições de saúde, onde sejam discutidos, alertados e sensibilizados os profissionais quanto à importância da temática segurança do paciente e os prejuízos que os eventos adversos podem ocasionar na recuperação do paciente, em especial, os incidentes por quedas.

A partir desse envolvimento, inúmeros benefícios são agregados à instituição, ao paciente, aos acompanhantes e aos profissionais, tornando o ambiente favorável à implantação de medidas preventivas eficientes para quedas e a notificação do evento.



## REFERÊNCIAS

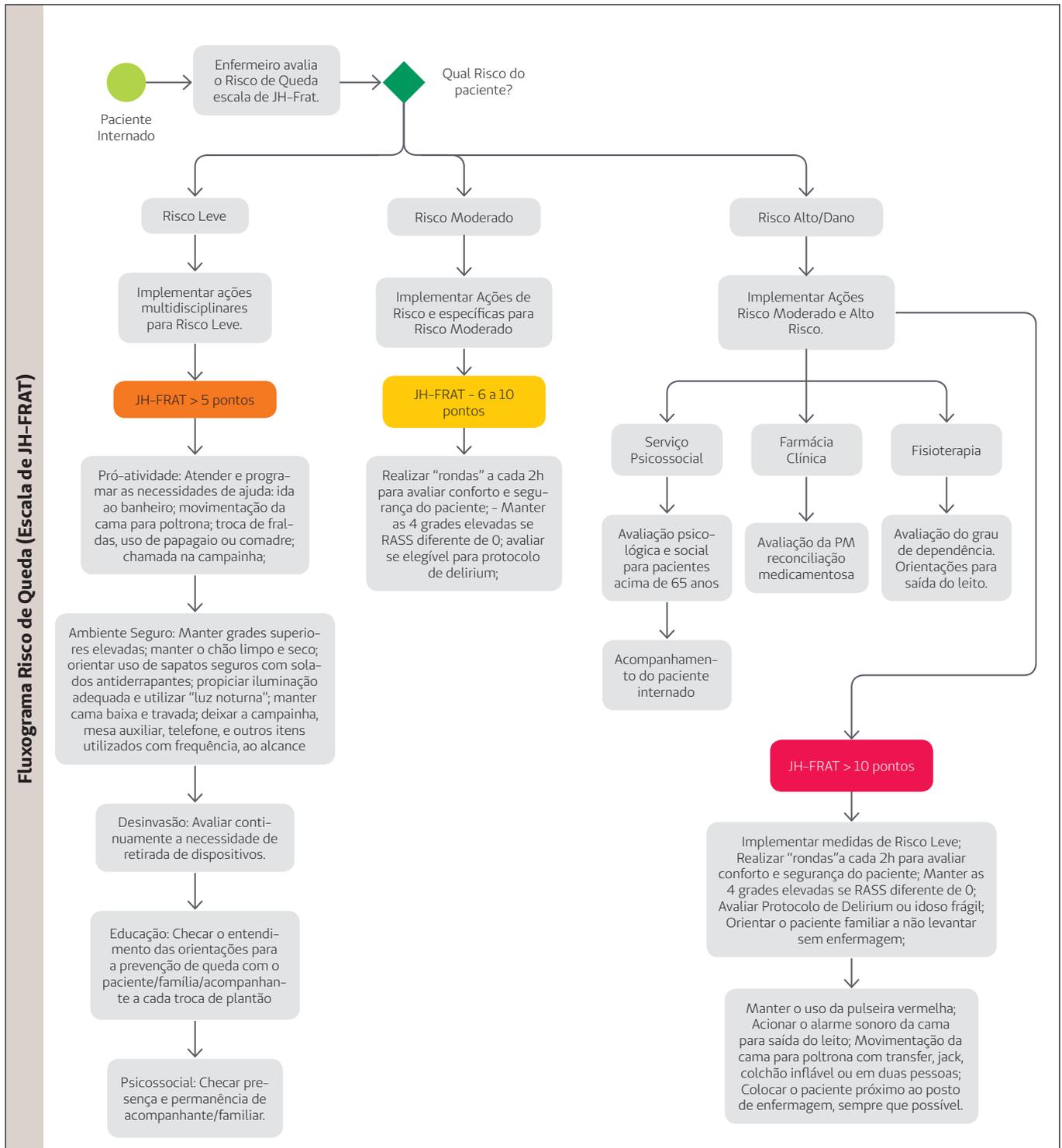
1. Pasa TS. Avaliação do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. Santa Maria; 2014.
2. Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz Vera, Sasso GTMD, Maliska ICA, Marck PB. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. 2010.
3. Almeida RAR, Abreu CCF, Mendes AMOC. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. 2010.
4. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med 2010; 26(4):645-92.
5. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. JAMA 2010; 304(17):1912-8
3. Cooper CL, Nolt JD. Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. J Nurs Care Qual 2007; 22(2):107-12.
6. Hospital Israelita Albert Einstein - HIAE (São Paulo). Protocolos, Guias e Manuais voltados à Segurança do Paciente. 2012.
7. Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: [www.ihl.org](http://www.ihl.org). Acesso em: 04 abr. 2013.
8. Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Santesso PL, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm [periódico na internet]. 2012;46(1):67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf> [Acessado em 10/04/2013]
9. Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. JAMA 2010; 304(17):1912-8.
10. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med 2013; 158:390-6.
11. Sociedade Hospital Samaritano. Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo (S); 2013.
12. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. Queda em Idosos: Prevenção. 2008.
13. Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization). Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety- Final Technical Report 2009.



14. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Can J Aging* 1989;8:366-7.
15. Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. 3H: Morse Fall Scale for Identifying Fall Risk Factors. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/research/ltc/fallpxtoolkit/fallpxtool3h.htm> [Acessado em 2/08/2013]
16. Oliver D, Britton M, Seed P, et al Development and evaluation of evidence based risk 14 assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997;315(7115):1049-53
17. Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. 3G: STRATIFY Scale for Identifying Fall Risk Factors Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/research/ltc/fallpxtoolkit/fallpxtool3g.htm> [Acessado em 2/08/2013]
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mar. 2002.*
19. Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ. Preventing In-Facility Falls. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. *March 2013* (19):178-200.
20. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Ann Intern Med* 2013; 158(5\_Part\_2):365-8.
21. Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4 ed. 2011.
22. Protocolo Assistencial Multidisciplinar Prevenção e Tratamento de Risco de Queda. Proqualis. Ano 2015. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo-assistencial-multidisciplinar-prevencao-e-tratamento-de-queda.pdf> [Acessado em 30/04/2018]



## ANEXO 1 - MODELO DE FLUXO DE AVALIAÇÃO





## ANEXO 2 - MODELO DE ESCALA DE MORSE

	<b>QUEDA</b>	Página: 1/1
	<b>ESCALA DE MORSE</b>	

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nº Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_\_\_

Nº	CATEGORIA	ESCORE
1	<b>Histórico de queda recente</b>	
	NÃO SIM	0 25
2	<b>Diagnóstico secundário</b>	
	NÃO SIM	0 15
3	<b>Auxílio para deambular</b>	
	Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional da saúde/ Cadeira de rodas	0
	Muleta/ Bengala/ Andador Mobiliário/ parede	15 30
4	<b>Terapia endovenosa/ Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado</b>	
	NÃO SIM	0 20
5	<b>Marcha</b>	
	Normal/ Sem deambulação/ Acamado	0
	Fraca Comprometida, cambaleante	10 20
6	<b>Estado mental</b>	
	Orientado, consciente quanto a sua capacidade e limitações Superestima capacidade, esquece de suas limitações	0 15
<b>TOTAL</b>		

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



## ANEXO 3 - MODELO DE ESCALA DE HUMPTY-DUMPTY

		QUEDA		Data: _____	
		ESCALA DE HUMPTY-DUMPTY ADAPTADA – Paciente pediátrico		Página: _____	
Nome: _____				Idade: _____	
N° Atendimento: _____		Leito: _____		Data da Avaliação: _____	
<b>a) Idade</b> <input type="checkbox"/> < 03 anos <input type="checkbox"/> 3 a 6 anos <input type="checkbox"/> 7 a 12 anos <input type="checkbox"/> > 13 anos	Pontos 4 3 2 1	<b>d) Fatores cognitivos</b> <input type="checkbox"/> não entende as suas limitações <input type="checkbox"/> esquece as suas limitações <input type="checkbox"/> entende as suas limitações	Pontos 3 2 1	<b>f) Submetidos à cirurgia, sedação, anestesia</b> <input type="checkbox"/> há 24 horas <input type="checkbox"/> há 48 horas <input type="checkbox"/> mais de 48 horas/ nenhum	Pontos 3 2 1
<b>b) Sexo</b> <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Pontos 2 1	<b>e) História progressa/ atividade</b> <input type="checkbox"/> história de queda ou criança de 1 mês a 3 anos acomodadas em cama <input type="checkbox"/> paciente em uso de dispositivos de assistência** <input type="checkbox"/> paciente acamado <input type="checkbox"/> paciente que pode se locomover entre os ambientes sem limitações	Pontos 4 3 2 1	<b>e) História progressa/ atividade</b> <input type="checkbox"/> história de queda ou criança de hipnóticos, barbitúricos, fenotiazidas, antidepressivos, laxantes/ diuréticos, narcóticos <input type="checkbox"/> uma das medicações da lista acima <input type="checkbox"/> outras medicações/ nenhum	Pontos 3 2 1
<b>c) Diagnóstico</b> <input type="checkbox"/> diagnóstico neurológico <input type="checkbox"/> alteração de oxigenação* <input type="checkbox"/> transtorno psiquiátrico com alteração comportamental <input type="checkbox"/> outros diagnósticos	Pontos 4 3 2 1	* doenças respiratórias, desidratação, anemia, anorexia, síncope/ tonturas entre outra. ** dispositivos de assistência: em cadeira de rodas, uso de andador, suporte de soro entre outros.			
Total de pontos: _____		Risco de queda: score $\geq 7$ a $< 12$ pontos		Alto risco de queda: com score $\geq 12$ pontos	



## ANEXO 4 - MODELO DE ESCALA DE JOHNSON HOPKINS - JH-FRAT

<b>Selecione uma das situações a seguir, se aplicável.</b>	
<p><b>Caso alguma delas esteja presente, desconsidere o restante da escala e assinale a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente com história de duas ou mais quedas nos seis meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante o período de internação.</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos. (por exemplo, risco de sangramento, fragilidade óssea, procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com protocolo.</p>	
<b>Complete a sequência e calcule a pontuação de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada, será 0.</b>	<b>Pontos</b>
<p><b>Idade</b></p> <p><input type="checkbox"/> 60-69 (1 ponto)</p> <p><input type="checkbox"/> 70-79 (2 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> 80 anos e mais (3 pontos)</p>	
<p><b>Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Uma queda nos seis meses anteriores à admissão (5 pontos)</p>	
<p><b>Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Incontinência (2 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Urgência/aumento da frequência e incontinência (4 pontos)</p>	
<p><b>Uso de medicamentos de alto risco de quedas: opióides, anticonvulsivantes, anti-hipertensivos, diuréticos, hipnóticos, laxantes, sedativos e psicotrópicos (selecione apenas uma opção)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Em uso de um medicamento de alto risco de queda (3 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Em uso de dois ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)</p>	
<p><b>Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (por exemplo, sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros) (selecione apenas uma opção)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Um equipamento (1 ponto)</p> <p><input type="checkbox"/> Dois equipamentos (2 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Três ou mais equipamentos (3 pontos)</p>	
<p><b>Mobilidade (escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Marcha instável (2 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)</p>	
<p><b>Cognição (escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)</p> <p><input type="checkbox"/> Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)</p>	
<b>Somatória dos pontos</b>	
<p><b>Baixo risco:</b> escore de 0-5 pontos</p> <p><b>Risco moderado:</b> escore de 6 a 13 pontos</p> <p><b>Alto risco:</b> escore maior do que 13 pontos</p>	



## ANEXO 5 - MODELO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO GRAU DE DEPENDÊNCIA FISIOTERAPIA

DIMENSÃO	PONTUAÇÃO
Risco de dano grave	1 ( <input type="checkbox"/> ) Não 2 ( <input type="checkbox"/> ) Sim
Deambulação	1 ( <input type="checkbox"/> ) Independente 2 ( <input type="checkbox"/> ) Com auxílio 3 ( <input type="checkbox"/> ) Com uso de dispositivo 4 ( <input type="checkbox"/> ) Não deambula
Nível de consciência	1 ( <input type="checkbox"/> ) Consciente 2 ( <input type="checkbox"/> ) Confuso 3 ( <input type="checkbox"/> ) Oscila
Levantar da cama ou cadeira	1 ( <input type="checkbox"/> ) Independente 2 ( <input type="checkbox"/> ) Com auxílio 3 ( <input type="checkbox"/> ) Não realiza

SOMATÓRIO	RECOMENDAÇÕES
Até 5 pontos	Calçado adequado e exercícios proprioceptivos
6 a 8 pontos	Calçado adequado, exercícios proprioceptivos, treino de marcha e sentar na poltrona
9 a 12 pontos	Calçado adequado, exercícios proprioceptivos de baixo impacto, treino de marcha e sentar na poltrona com acompanhante



## ANEXO 6 - MODELOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Setor: _____	Leito/Box: _____
Nome completo: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	Data da admissão: ____/____/____
Médico assistente/especialidade: _____	
AVALIAÇÃO DE RISCO	
Alergia: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____	
Queda ( ) Não ( ) Sim	
Data da avaliação de risco (Escala de Morse): ____/____/____ ____/____/____	
Úlceras por pressão - (Gerenciamento beira leito) ( ) Não ( ) Sim	
Data da avaliação de risco (Escala de Braden): ____/____/____ ____/____/____	
Acompanhamento da psicologia ( ) Não ( ) Sim	
Equipe Responsável: _____	

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de Entrada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

---

Riscos	Precauções
Queda <input type="checkbox"/>	<b>Contato</b> <input type="checkbox"/>
Flebite <input type="checkbox"/>	<b>Gotículas</b> <input type="checkbox"/>
Broncoaspiração <input type="checkbox"/>	<b>Aerossóis</b> <input type="checkbox"/>
Úlcera por pressão <input type="checkbox"/>	
Delírio <input type="checkbox"/>	
Extubação <input type="checkbox"/>	

**Alergia:** \_\_\_\_\_





## ANEXO 7 - MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO - RISCOS ASSISTENCIAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO RISCO ASSISTENCIAIS			
NOME DO PACIENTE:	Nº do Atendimento		
<p>Durante o processo de admissão no serviço de saúde, o paciente acima foi submetido à avaliação de riscos assistenciais, que pode estar exposto no período de internação hospitalar. <b>1.O objetivo é de identificar os possíveis riscos relacionados à assistência, de acordo com os fatores de riscos classificados durante a avaliação. Estes encontram-se abaixo assinalados por um X. 2. A partir dessa avaliação será traçado um Plano Terapêutico para a prevenção dos riscos, de forma individual.</b></p>			
<b>( ) RISCO DE QUEDA</b>			
PREVENÇÃO	 Deixe a campainha ao alcance do paciente.	 Acompanhe o paciente quando sair da cama, inclusive no banheiro ou chame a enfermagem.	 Não deixe o paciente sozinho.
	 Não manipule o paciente sozinho, solicite a presença da enfermagem.	 Mantenha a área de circulação do paciente livre de obstáculo e seus pertencentes o mais próximo.	 Caso o paciente se encontre contido (amarrado) no leito, NÃO o solte. Este procedimento é para <b>SEGURANÇA</b> do paciente.
	 Utilize a luz de cabeceira durante a noite.	 Mantenha as grades de proteção da cama sempre elevadas.	 Oriente ao paciente a utilizar as barras de segurança no banheiro.



## ANEXO 8 - MODELO DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS

Paciente: _____
Nº Atendimento: _____ Leito: _____
<b>( ) Procedimentos Assistenciais</b>
<b>Extubação acidental:</b> ( ) Fixação inadequada ( ) Excesso de secreção ( ) Durante troca da fixação ( ) Técnica de aspiração inadequada ( ) Retirada pelo paciente ( ) Movimentação do paciente
<b>Falha na extubação:</b> ( ) Reintubação e/ou retorno à ventilação mecânica dentro das 48 horas após extubação programada.
<b>Perda Acidental - CVC ( ) / PICC ( ) / AVP ( ):</b> ( ) Fixação inadequada ( ) Técnica preparo inadequada ( ) Salinização/ Heparinização inadequada ( ) Sinais flogísticos ( ) Curativo sujo e molhado ( ) Técnica administração de medicamentos inadequada ( ) Imobilização inadequada de membros
<b>Perda de SVD ( ) / SNG ( ) / SNE ( ) / Gastrostomia ( ):</b> ( ) Técnica contaminada e inadequada ( ) Sonda de calibre inadequado ( ) Fixação inadequada ( ) Permanência prolongada ( ) Obstrução ( ) Tracionamento
<b>Lesão de aleta nasal:</b> ( ) VNI ( ) Pronga
<b>Úlcera de pressão:</b> ( ) Impossibilidade de mudança de decúbito ( ) Estado clínico do paciente ( ) Não cumprimento do programa de mudança de decúbito
<b>Aspiração pulmonar:</b> ( ) Retirada pelo paciente da SNG/ SNE ( ) Administração de dieta por acompanhante ( ) Fixação inadequada da SNG/ SNE ( ) Não verificação de volume residual gástrico ( ) Posicionamento do paciente durante a administração da dieta
<b>Queda:</b> ( ) Grades abaixadas ( ) Ausência de acompanhantes ( ) Banho desacompanhado ( ) Ausência de campainha ( ) Posicionamento inadequado ( ) Movimentação inadequada ( ) Durante o transporte ( ) Paciente confuso, desorientado e/ou agitado ( ) Ausência de contenção
<b>( ) Farmacovigilância</b>
<b>Eventos farmacológicos:</b> ( ) Medicação não administrado. ( ) Medicamento administrado sem prescrição. ( ) Contaminação do medicamento. ( ) Medicamento preparado e não administrado. ( ) Administração de dose errada. ( ) Sinais flogísticos em local de administração. ( ) Troca de medicamentos. ( ) Administração em paciente errado. ( ) Falta e/ou atraso na entrega. ( ) Infiltração de soluções no tecido intersticial. ( ) Administração de medicação pela via incorreta.
<b>( ) Tecnovigilância</b>
<b>Danos relacionados a equipamentos:</b> _____ Data do evento: ____/____/____ Data da notificação: ____/____/____
<b>( ) Hemovigilância</b>
<b>Eventos relacionados à hemocomponentes:</b> ( ) Hemocomponente não administrado ( ) Perda do hemocomponente ( ) Administração em paciente errado ( ) Acondicionamento inadequado ( ) Reação transfusional ( ) Incompatibilidade de sangue em transfusão de urgência sem prova cruzada ( ) Falta de materiais
<b>( ) Outros</b>
<b>Comunicar ao enfermeiro responsável</b>
<b>Assinatura e carimbo:</b>



## ANEXO 9 - MODELOS DE PLACAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS





Alameda Santos, 1827 - 15º andar - Cerqueira César  
01419-909 - São Paulo - SP - Tel.: (11) 3265-4000  
[www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br)