

## 1. HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

## 2. SUMÁRIO

### 3. SIGLAS

### 4. CONFLITO DE INTERESSE

### 5. FINALIDADE

### 6. JUSTIFICATIVA

### 7. OBJETIVOS

### 8. ABRANGÊNCIA

### 9. INTERVENÇÃO

#### 9.1. Aplicar escalas de risco de queda aos pacientes

##### 9.1.1. Escala de risco de queda de Morse (Pacientes adultos) e Escala de Risco de Quedas “Humpty Dumpty” adaptada (Pacientes pediátricos)

##### 9.1.2. Escala de Risco de Queda Neonatal e Alojamento Conjunto

#### 9.2 Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador

#### 9.3. Adotar as medidas de prevenção de acordo a classificação para risco de queda

## 10. PROCEDIMENTO OPERACIONAL

### 10.1 Pacientes Internados

#### 10.1.1. Definições Institucionais

#### 10.2 Pacientes externos

#### 10.3. Transferências de Pacientes

## 11. RESPONSABILIDADES

## 12. ESTRATÉGIAS PARA DIVULGAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO

## 13. REFERÊNCIAS

## 14. APÊNDICE

## 15. ANEXOS

## 3. SIGLAS

Não há.

#### **4. CONFLITO DE INTERESSE**

Não há.

#### **5. FINALIDADE**

Este protocolo consiste em garantir a redução ao mínimo possível dos eventos adversos associados a queda através de implementação de medidas de prevenção e intervenção em caso de incidentes por quedas. 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 de assistência. (RUBENSTEIN et al., 2001).

A queda é definida como um deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade<sup>1</sup>. Esse evento é constituído por elementos causais classificados como intrínsecos, ou de ordem interna, e extrínsecos, ou de caráter externo (BRASIL, 2013).

São consideradas como quedas as seguintes situações:

- Quando encontramos o paciente no chão;
- Quando o paciente é amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);
- Quando o paciente escorrega de uma cadeira/ poltrona/ vaso sanitário para o chão.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a queda é um dos problemas mais importantes e comuns relatados entre os idosos e aumenta progressivamente com o avanço da idade em ambos os sexos (BECK et al., 2011).

#### **6. JUSTIFICATIVA**

Esse protocolo se justifica, pois, a queda de pacientes em ambientes hospitalares é o incidente mais reportado, sendo motivo de grande preocupação das instituições de saúde, pelos custos de intervenções adicionais, aumento do tempo de internação e processo jurídico entre pacientes e familiares e as instituições de saúde. As consequências da queda vão desde ansiedade, perda de confiança, lesões e dores crônicas, perda da independência e até a morte do doente (HEALEY e SCOBIE, 2007).

Há uma estimativa que em 2002 morreram, em todo mundo, 391.000 pessoas devido a quedas. Sendo que este número faz das quedas a segunda maior causa de morte por acidentes involuntários, após os acidentes de aviação (ABREU, 2012).

Segundo Oliver et al. (2004), estudos apontaram que houve 2,9 – 13 quedas por 1000 dias de internação/leito. Dados estatísticos mostraram também que 2- 15% dos pacientes apresentam quedas e afirmaram que um quarto delas resultaram em lesões físicas (ALMEIDA, 2010).

Outro dado obtido da análise de 80 boletins de ocorrência sobre quedas de pacientes internados em um hospital terciário, constatou que 55% se referiam à queda do leito e 38,8% da própria altura (INOUE et al, 2011).

A partir dos dados expostos é notória a importância que a temática depreende, sendo de suma importância que este protocolo seja colocado em prática nas instituições hospitalares. Os dados apresentados necessitam de atualização, mas é através do trabalho acerca deste evento que será possível mitigar subnotificações a fim de ter um panorama real da situação deste evento nesta instituição e no mundo.

#### **7. OBJETIVO**

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.

#### **8. ABRANGÊNCIA**

As recomendações desse protocolo aplicam-se às unidades de assistência do Hospital Universitário Antônio Pedro e incluem todos os pacientes que nela se encontram, abrangendo o período total de

permanência do mesmo.

## **9. INTERVENÇÃO**

O protocolo de prevenção de quedas inclui as seguintes intervenções:

### **9.1. Aplicar escalas de risco de queda aos pacientes**

#### **9.1.1. Escala de risco de queda de Morse - Pacientes adultos (ANEXO A) e Escala de Risco de Quedas “Humpty Dumpty” adaptada - Pacientes pediátricos (ANEXO B)**

Todos os pacientes deverão ser avaliados para o risco de queda no momento da admissão, diariamente e sempre que houver alteração clínica (rebaixamento do nível de consciência, alteração da marcha, suporte ventilatório) pelo enfermeiro do setor.

#### **9.1.2. Escala de Risco de Queda Neonatal e Alojamento Conjunto**

Considerando que não foram encontradas na literatura instrumentos que avaliem o risco de queda em recém-nascidos, foram elencados os principais fatores de risco de quedas nas unidades neonatais e alojamento conjunto para esta avaliação.

Aplicação:

#### **Alojamento Conjunto e Canguru**

1. Na admissão do paciente (nas primeiras 24 horas de internação);
2. A cada 48 horas
3. Alteração de quadro clínico do paciente;
4. Ocorrência de queda (reavaliar)

#### **Neonatologia**

1. Na admissão do paciente (nas primeiras 24 horas de internação);
2. A cada 72 horas
3. Alteração de quadro clínico do paciente;
4. Ocorrência de queda (reavaliar)

### **9.2 Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador**

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de prevenção de quedas, é necessário que sejam explicados os propósitos da sinalização no leito e da adoção de medidas relacionada à prevenção, assim como o seu papel neste contexto hospitalar.

### **9.3. Adotar as medidas de prevenção de acordo a classificação para risco de queda**

Após a classificação individual para risco de queda, as medidas de prevenção deverão ser implementadas por toda equipe multidisciplinar sob supervisão do enfermeiro de acordo com o Fluxograma de Ações Preventivas para Queda (Apêndice 2).

## **10. PROCEDIMENTO OPERACIONAL**

### **10.1. Pacientes Internados:**

1. Todos os pacientes deverão ser avaliados para o risco de queda utilizando a Escala destinada para sua faixa etária (itens 9.1.1 e 9.1.2) no momento da admissão, diariamente e sempre que houver mudança no quadro clínico e deverá ser registrado no plano terapêutico de cada paciente pelo enfermeiro do setor;
2. Carimbar e assinar em local específico, de acordo com a semana que está ocorrendo a avaliação ou reavaliação do Risco de Queda
3. Após avaliação, se detectado risco de queda, o enfermeiro realiza o diagnóstico de enfermagem, prescreve as medidas preventivas padronizadas (Apêndice 2) e outras de caráter individualizado a serem implementadas;

**OBS:** Nos casos em que o paciente for classificado como risco de queda alto, a medida preventiva nº 10 do Fluxograma (Apêndice 2) sobre uso de contenção mecânica deverá estar de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº427 de 8 de maio de 2012 (Anexo D).

4. Pacientes e/ou familiares deverão ser orientados pelo enfermeiro, sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas identificadas individualmente;
5. O enfermeiro deverá entregar o *folder* de Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar na primeira avaliação e colocar-se a disposição para o esclarecimento de qualquer

dúvida que posteriormente venha a surgir.

6. Pacientes e/ou familiares devem assinar o termo de ciência do Risco de Quedas, em local específico, de acordo com a semana que está ocorrendo a avaliação ou reavaliação, declarando ciência do grau do risco de queda, da necessidade do cumprimento das medidas preventivas e do recebimento do folder de Orientação para Prevenção de Queda em Ambiente Hospitalar no momento da 1ª Avaliação.

#### **10.1.1. Definições Institucionais**

- Sinalizar no leito do paciente com a placa de Identificação de Risco de Queda (Anexo E) para alertar toda a equipe multidisciplinar sobre a restrição de deambulação desacompanhado, alertando a necessidade de acompanhamento de um familiar ou profissional da enfermagem.
- Para a pediatria, neonatologia e RN do alojamento conjunto, a placa é indicativo de atenção e orientação constante aos acompanhantes e profissionais de saúde, para o cumprimento das medidas preventivas ao paciente de forma rigorosa.

#### **10.2. Pacientes externos**

Os pacientes externos que deverão receber as medidas preventivas para Risco de queda serão os setores de Exame e Diagnóstico em que o paciente tenha necessidade de permanecer em jejum por longo período e/ou receba anestésicos para sua realização (Hemodinâmica, Setor de imagem e Endoscopia).

**Todos esses pacientes serão classificados como Alto Risco de Quedas.**

1. Receber o paciente de acordo com a rotina do setor;
2. Orientar clientes e/ou familiares sobre a necessidade do cumprimento das medidas preventivas para risco de queda;
3. Colocar na unidade do paciente a placa de Identificação de Risco para Queda para alertar toda a equipe multidisciplinar (nos casos em que os pacientes permaneçam na unidade para recuperação anestésica ou sob observação por um curto período);
4. Entregar, na admissão do paciente, o *folder* de orientação de Prevenção de Queda e realizar orientação ao paciente e acompanhante;

#### **10.3. Transferências de Pacientes**

1. No encaminhamento externo ou interno identificar os impressos, através de carimbo de alerta de pacientes com Médio/Alto Risco para Queda;
2. Os pacientes deverão ser reavaliados na transferência interna pelo enfermeiro que o admitir na nova clínica;
3. O paciente deverá receber as medidas preventivas para alto risco de queda quando estiver em preparo para qualquer exame que comprometa a hemodinâmica do paciente (pré-cirúrgico com administração de pré-anestésico, colonoscopia, pacientes que se encontrem em jejum prolongado ou diabéticos com necessidade de jejum pra exame...).

### **11. RESPONSABILIDADES:**

#### **11.1. Equipe Multiprofissional:**

- Implementar as medidas de prevenção para queda de acordo com protocolo institucional.
- Implementar as medidas de prevenção para queda de acordo com o protocolo de prevenção de quedas, o qual deverá ficar em anexo no prontuário do paciente.
- Registrar em prontuário quaisquer orientações e adoção de medidas preventivas de acordo com protocolo

#### **11.2. Equipe de Enfermagem**

- Revalidar as orientações a cada plantão e checar a compreensão do paciente e acompanhante;
- Prescrever cuidados e medidas para prevenção de quedas de acordo com Risco do paciente em plano terapêutico.
- Monitorar se as medidas preventivas estão sendo realizadas corretamente.
- Realizar a anotação de enfermagem, avaliar as condições clínicas e neurológicas do paciente, bem como as medidas implementadas para a prevenção da queda.

## **12. ESTRATÉGIAS DE MONITORAMENTO E INDICADORES**

### **12.1. Notificação dos casos de queda**

Todos os incidentes envolvendo queda de paciente devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para investigação. A implementação das recomendações geradas pelas investigações será monitorada pelo próprio NSP.

### **12.2. Indicador**

(nº de quedas/nº de pacientes-dia)\*1000

## **13. REFERÊNCIAS**

ABREU, C.; MENDES, A.; MONTEIRO, J.; SANTOS, F. R. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet], vol. 20, n. 3, 7 telas. maio-jun. 2012. Acessado em: 07/12/2017 as 09:00. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a23v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a23v20n3.pdf)

ALMEIDA, R. A. R.; ABREU, C. C. F.; MENDE, A. M. O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Revista de Enfermagem Referência, III Série, n. 2, pp.163-172. 2010.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria N° 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. 2013

BECK, A.P. al. Fatores associados às quedas entre idosos praticantes de atividades físicas. Texto contexto - enferm. [online]. 2011, vol.20, n.2, pp.280-286. 2011.

HEALEY, F., SCOBIE, S. Slips, trips and falls in hospital: The third report from Patient Safety Observatory. London, England: National Patient Safety Agency. 2007 In: COSTA-DIAS, M J M, FERREIRA, P L. Escalas de avaliação de risco de quedas. Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 2 - mai./jun. 2014

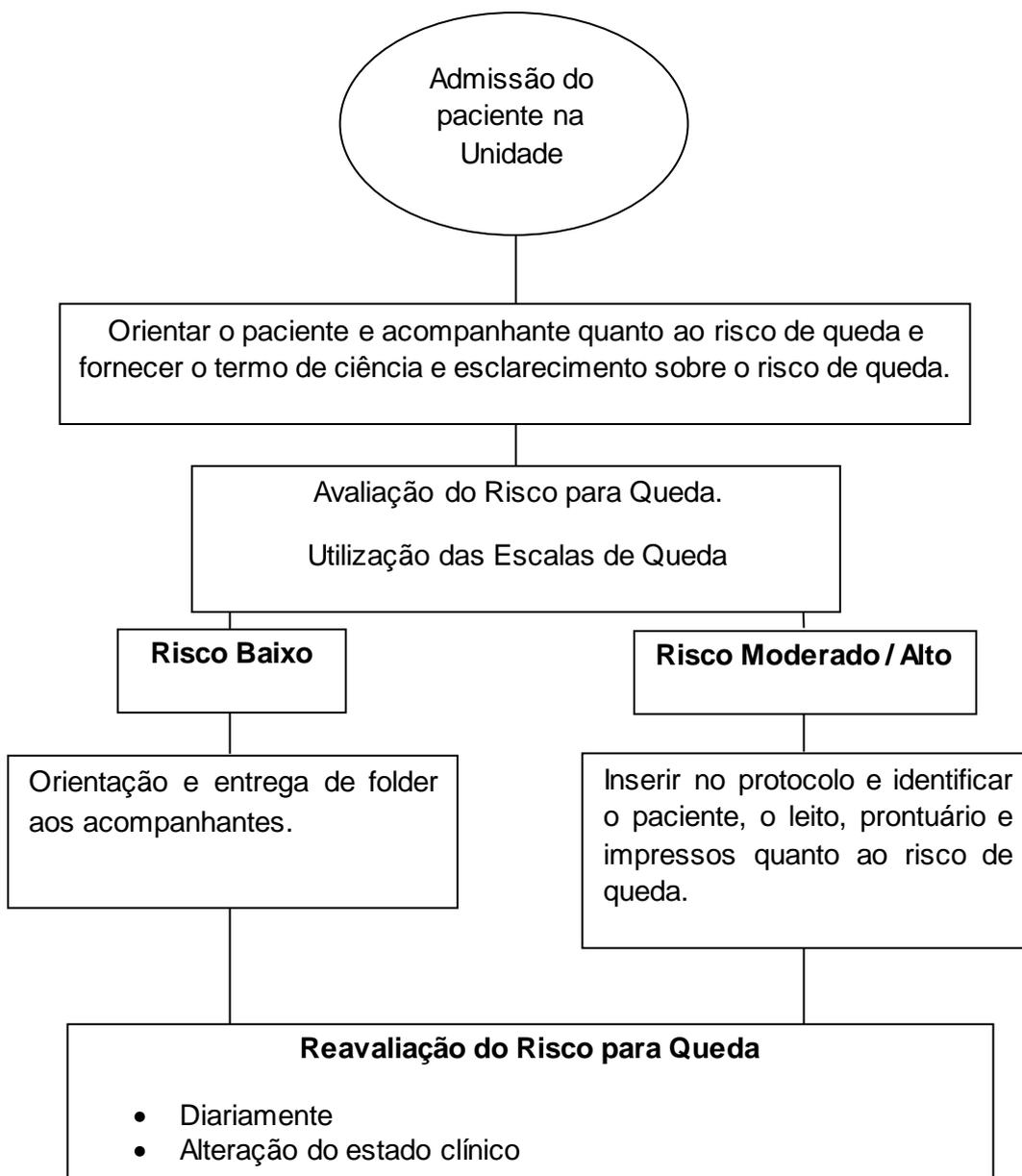
INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.; MELO, W. A.; MURASSAKI, A. C. Y.; HAYAKAWA, L. Y. Risco de queda da cama - O desafio da enfermagem para a segurança do paciente. Invest Educ Enferm.; vol. 29, n. 3, pp. 459-466. 2011

RUBENSTEIN, L.Z., POWERS, C., MACLEAN, C.H. Quality Indicators for the Management and Prevention of Falls and Mobility Problems in Vulnerable Elders. Ann Intern Med; vol. 135, pp.686-693. 2001

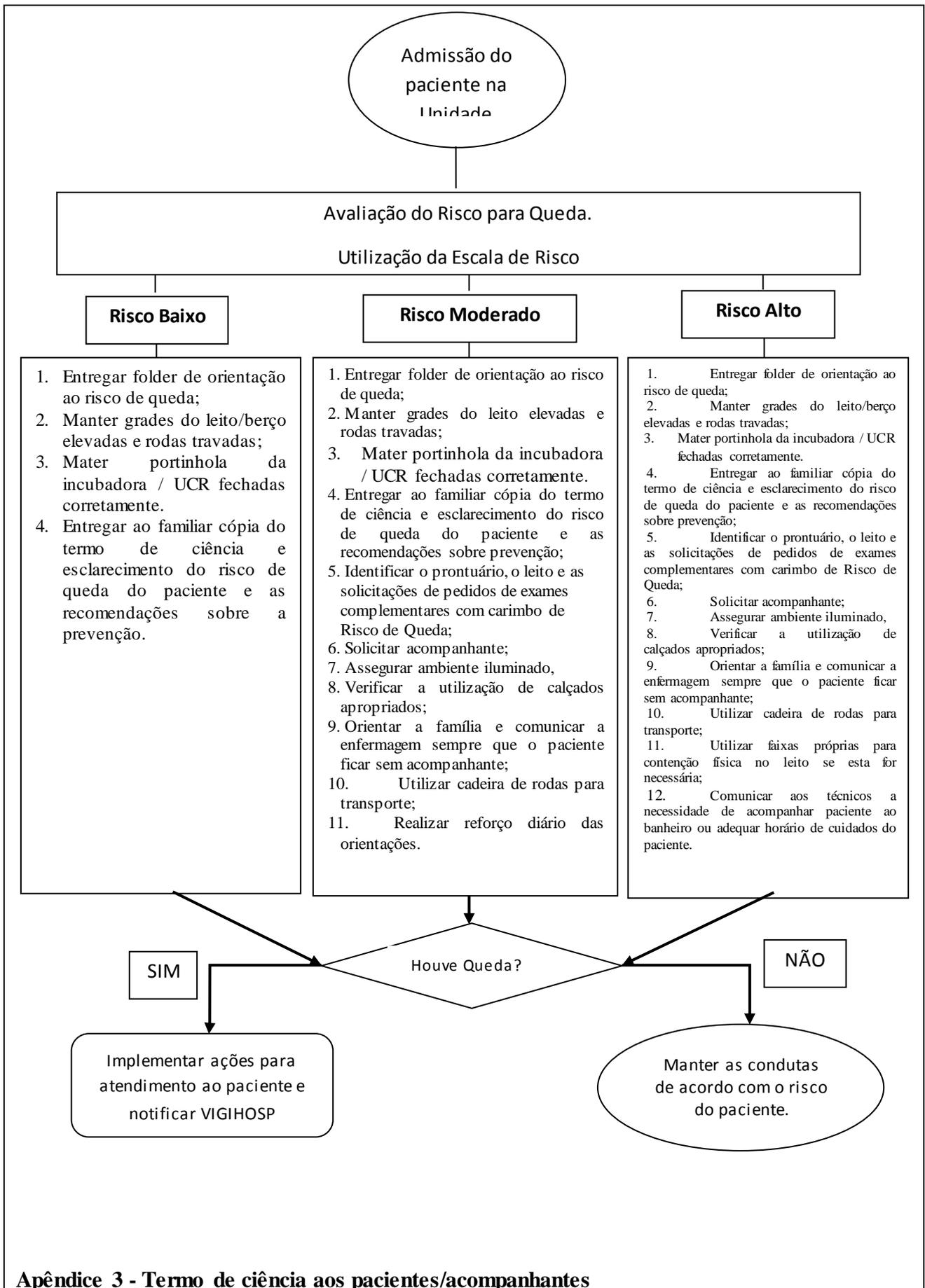
OLIVER, D., DALY, F., MARTIN, F.C., MCMURDO, M.E. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing. Vol. 33, n. 2, pp.122-30. 2004

## **14. APÊNDICE**

## Apêndice 1 - FLUXOGRAMA PREVENÇÃO DE QUEDAS



## Apêndice 2 - FLUXOGRAMA COM AS AÇÕES PREVENTIVAS PARA QUEDAS



**Apêndice 3 - Termo de ciência aos pacientes/acompanhantes**

**RECOMENDAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS  
EM AMBIENTE HOSPITALAR - PEDIÁTRICO**

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

Clínica: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_ Idade: \_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Risco de Queda:** ( ) BAIXO ( ) ALTO

As quedas fazem parte do processo de desenvolvimento normal de uma criança: aprender a andar, subir, correr, saltar e explorar o ambiente. Quando uma criança está internada, o perigo de cair é maior. Existem vários fatores que aumentam esse risco:

- Criança com menos de 3 anos de idade
- Estar doente e em um ambiente desconhecido
- Algumas medicações (para dor, para convulsão)
- Estar com dificuldade respiratória, cansaço e febre
- Ter sofrido lesão traumática
- Alterações sensoriais: visão turva, problemas de audição e de comunicação

**Aos Pais**

- Quando a criança estiver no bebê conforto, mantê-la no berço;
- Devem permanecer sempre junto da criança, o ambiente é desconhecido e tem perigos que ela não identifica;
- Devem avisar o enfermeiro sempre que sai da enfermaria e seu filho ficar sozinho;
- Sempre deixar as grades do berço/cama levantadas;
- Certificar que a grade do berço está presa;
- Manter a criança segura quando no colo;
- Manter o caminho livre dentro da enfermaria;
- Ficar atento com piso molhado quando este estiver sendo higienizado e nos banheiros;
- Informar o enfermeiro qualquer mudança de comportamento da criança;
- Não dormir com a criança na cadeira do acompanhante.

O risco de cair pode aumentar em diferentes momentos, durante a internação do seu filho. Acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos, e a sua colaboração é muito importante.

As crianças com risco elevado de queda terão o leito sinalizado com a figura abaixo.

**Com a colaboração de todos os acidentes podem ser evitados.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

**RECOMENDAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS****EM AMBIENTE HOSPITALAR - ADULTOS**

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Risco de Queda:** ( ) BAIXO ( ) MÉDIO ( ) ALTO

Queda é um acidente que pode vir a ocorrer e quando um paciente está internado este risco é maior. Existem vários fatores que aumentam esse risco:

- Idosos
- Estar doente e em um ambiente desconhecido
- Algumas medicações (para dor, para convulsão, para diabetes, para hipertensão arterial)
- Estar com dificuldade respiratória, cansaço, tontura e febre
- Ter sofrido lesão traumática
- Alterações sensoriais: visão turva, problemas de audição e de comunicação
- Problemas para se locomover
- Agitação e desorientação

**Aos Acompanhantes**

- Quando o paciente estiver em maca, manter a grade sempre levantada;
- Devem permanecer sempre junto do seu paciente principalmente quando este estiver desorientado, for idoso e precisar de auxílio para caminhar;
- Devem avisar o enfermeiro sempre que deixar seu paciente sozinho;
- Sempre deixar as grades da cama levantadas;
- Ficar atento com piso molhado quando este estiver sendo higienizado e nos banheiros;
- Informar o enfermeiro qualquer mudança de comportamento do paciente;
- Não retirar o paciente do leito sem autorização da equipe de saúde.

**O risco de cair pode aumentar em diferentes momentos durante a internação. Acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos, e a sua colaboração é importante.**

**Os pacientes com risco elevado de queda terão o leito sinalizado.**

**Com a colaboração de todos os acidentes podem ser evitados.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura acompanhante\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_ Idade: \_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Risco de Queda: ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Elevado

Queda é um acidente importante que pode ocorrer durante a internação. Para evitar que seu bebê tenha queda durante a permanência no setor contamos com o seu auxílio.

**UTI Neonatal:**

- Só retirar a criança da incubadora ou berço com auxílio de um profissional;
- Pedir auxílio de um profissional para recolocar a criança na incubadora/berço;
- Fechar a portinhola da incubadora corretamente sempre que não estiver manuseando o bebê;

**Alojamento Conjunto/Canguru:**

- Devem permanecer sempre junto da criança, e quando se ausentar, colocá-la no berço.
- Devem avisar o enfermeiro sempre que sair da enfermaria e seu filho ficar sozinho;
- Manter a criança segura quando no colo;
- Manter o caminho livre dentro da enfermaria;
- Ficar atento com piso molhado quando este estiver sendo higienizado e nos banheiros;
- Não dormir com a criança na cadeira do acompanhante nem na cama.

**O risco de cair pode aumentar em diferentes momentos, durante a internação do seu filho. Acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos, e a sua colaboração é importante.**

**Com a colaboração de todos os acidentes podem ser evitados.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura acompanhante\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

## 15. ANEXOS

### ANEXO A - ESCALA DE RISCO DE QUEDA DE MORSE (PACIENTES ADULTOS)

<b>1. Histórico de quedas</b>		
<i>Não</i>	Paciente sem história de quedas nos últimos três meses	<b>0</b>
<i>Sim</i>	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.	<b>25</b>
<b>2. Diagnóstico Secundário</b>		
<i>Não</i>	Apenas um diagnóstico médico.	<b>0</b>
<i>Sim</i>	Mais de um diagnóstico médico	<b>15</b>
<b>3. Auxílio na deambulação</b>		
<i>Nenhum/acamado/ Auxiliado por Profissional da saúde</i>	Paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.	<b>0</b>
<i>Muletas/bengala/ Andador</i>	Paciente utiliza muletas, bengala ou andador.	<b>15</b>
<i>Mobiliário/parede</i>	Paciente movimenta-se apoiando-se no mobiliário/paredes	<b>30</b>
<b>4. Paciente utiliza dispositivo endovenoso</b>		
<i>Não</i>	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.	<b>0</b>
<i>Sim</i>	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).	<b>20</b>
<b>5. Marcha</b>		
<i>Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas</i>	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).	<b>0</b>
<i>Fraca</i>	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.	<b>10</b>
<i>Comprometida/ cambaleante</i>	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 realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou móvel, ele o faz com força até que as	<b>20</b>

	articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas	
<b>6. Estado Mental</b>		
<i>Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação</i>	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	<b>0</b>
<i>Superestima capacidade/ esquece limitações</i>	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.	<b>15</b>
<b>TOTAL</b>		

<b>AVALIAÇÃO</b>	
Risco baixo	0 – 24
Risco médio	25 – 44
Risco alto	≥ 45

**ANEXO B - ESCALA DE RISCO DE QUEDAS “HUMPTY DUMPTY” ADAPTADA (PACIENTES PEDIÁTRICOS)**

<b>1. Idade</b>		
<i>Menos de 3 anos</i>		<b>4</b>
<i>Entre 3 e 6 anos</i>		<b>3</b>
<i>Entre 7 e 12 anos</i>		<b>2</b>
<i>Mais de 13 anos</i>		<b>1</b>
<b>2. Sexo</b>		
<i>Masculino</i>		<b>2</b>
<i>Feminino</i>		<b>1</b>
<b>3. Diagnóstico</b>		
<i>Neurológico</i>	Crises convulsivas, ataxia, delírio, paresia, parestesia, plegias, neuropatas com agitação motora.	<b>4</b>
<i>Alteração da oxigenação</i>	Diagnósticos respiratórios, desidratação, anorexia, anemia, síncope, tonturas.	<b>3</b>
<i>Transtornos psíquicos</i>	Autismo, Hiperativos, deficiência intelectual, Síndrome de Down	<b>2</b>
<i>Outros diagnósticos</i>	Nenhum dos acima mencionados	<b>1</b>
<b>4. Fatores ambientais</b>		
<i>História de Quedas/ Bebê em cama</i>	Crianças que já tenham história de queda em ambiente hospitalar ou que permaneçam em leito não adequado a idade	<b>4</b>
<i>Criança com aparelhos auxiliares de marcha/ Bebê em berço</i>	Crianças que necessitem de andador, prótese ou órteses para deambular e bebês internados em berço	<b>3</b>
<i>Criança acamada</i>	Criança restrita ao leito	<b>2</b>
<i>Criança que deambula</i>		<b>1</b>
<b>5. Medicações usadas</b>		
<i>Uso de 2 ou mais</i>	Medicamentos sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos.	<b>3</b>
<i>Uso de 1</i>	Dos medicamentos acima mencionados	<b>2</b>
<i>Outro medicamento</i>		<b>1</b>
<b>6. Deficiência Cognitiva</b>		
<i>Não consciente das suas limitações</i>		<b>3</b>
<i>Esquece suas limitações</i>		<b>2</b>
<i>Orientado de acordo com as suas capacidades</i>		<b>1</b>
<b>7. Cirurgia/ Sedação/ Anestesia</b>		
<i>Há 24 horas</i>	Pós operatório imediato	<b>3</b>
<i>Há 48 horas</i>		<b>2</b>
<i>Há mais de 48 h/</i>	Pós operatório tardio	<b>1</b>

<i>Nenhum</i>		
<b>TOTAL</b>		

<b>Avaliação</b>	
Leve	7 a 11
Elevado	12 a 23

**ANEXO C - ESCALA DE RISCO DE QUEDAS NEONATAL E ALOJAMENTO CONJUNTO**

<b>FATORES DE RISCO</b>	<b>PRESENTE</b>
Mãe com fatores de risco para queda*	
Amamentação realizada no leito com grades baixa	
Amamentação, posição canguru, e/ ou contato pele a pele	
Rn mantido no leito da mãe	
Realização de procedimento fora do leito do RN's	
Necessidade de transferência intra/inter hospitalar	
RN apresentando agitação motora	

<b>Avaliação</b>	
Leve	1 fator de risco
Moderado	2 fatores de risco
Elevado	3 ou mais fatores

\*Mães que tenham risco moderado e alto pela escala de Morse, pós cesarianas, usuárias de medicações que propiciam vertigem e usuária de drogas.

**ENTIDADES DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS PROFISSÕES LIBERAIS**

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**

**RESOLUÇÃO Nº 427, DE 8 DE MAIO DE 2012**

Normatiza os procedimentos da Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.

O Conselho Federal de Enfermagem - Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e,

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, segundo o qual "ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante";

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, em seu art. 11, inciso I, alínea "m", que dispõe ser privativo do Enfermeiro "cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica, e capacidade de tomar decisões imediatas";

CONSIDERANDO o art. 11, inciso II, alínea "f", da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, segundo o qual é atribuição do Enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, "prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem";

CONSIDERANDO os artigos 12 e seguintes da Seção I - Das Relações com a Pessoa, Família e Coletividade, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

CONSIDERANDO a missão, os valores e a visão do Cofen e tudo o mais que consta dos autos do PAD nº 424/2009, resolve:

Art. 1º Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados.

Art. 2º A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

Parágrafo único. Em nenhum caso, a contenção mecânica de paciente será prolongada além do período estritamente necessário para o fim previsto no caput deste artigo.

Art. 3º É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Art. 4º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente.

§ 1º Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora.

§ 2º Maior rigor no monitoramento deve ser observado em pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clínico, e em idosos, crianças e adolescentes.

Art. 5º Todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões para o emprego e sua duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente.

Art. 6º Os procedimentos previstos nesta norma devem obedecer ao disposto na Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MARCIA CRISTINA KREMPEL



<b>ELABORAÇÃO</b>	<b>REVISÃO</b>	<b>APROVAÇÃO</b>
<b>Nome:</b> Ana Paula Amorim Moreira <b>Cargo:</b> Coordenadora do NSP <b>Data:</b> 10/04/2019 <b>Ass:</b>	<b>Nome:</b> <b>Cargo:</b> <b>Data:</b> <b>Ass:</b>	<b>Nome:</b> <b>Cargo:</b> <b>Data:</b> <b>Ass:</b>

<b>Status: ATIVO</b>	<b>N° de Cópias:</b>
<b>Data de Implementação:</b>	<b>Destino:</b>
<i>Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotográfico e gravação, ou qualquer outro, sem a permissão expressa da Alta Governança do Hospital (LEI n° 9.610/98).</i>	