PREVENÇÃO DE QUEDAS

1 OBJETIVO

Minimizar o evento de queda de todos os pacientes dentro do ambiente intra-hospitalar submetidos a cuidado multiprofissional e o dano dela decorrente, por meio da implantação de medidas que contemplem a estratificação de risco de queda durante a permanência no hospital.

2 REFERÊNCIAS NORMATIVAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo prevenção de quedas. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

3 GLOSSÁRIO

Queda - pode ser definida como "um evento não intencional" que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil.

IV – Intravenosa.

4 RESPONSABILIDADES

CARGOS	ATIVIDADE
Equipe de enfermagem	• Realiza a estratificação de risco para queda na admissão do paciente; • Aplicar as escalas de estratificação de risco para queda MORSE (adultos) ou HUMPTY DUMPTY (crianças); • Registrar o resultado da estratificação de risco; • Aplicar as medidas preventivas conforme o resultado do risco identificado; • Notificar o incidente ao Núcleo da Qualidade e Segurança.

5 AVALIAÇÃO DO RISCO PARA QUEDA

5.1 A Equipe de Enfermagem deve realizar a estratificação de risco para queda na admissão do paciente;

5.1.1 Em adultos, através da aplicação da escala de MORSE; (Anexo I)

5.1.2 Na pediatria, através da aplicação da escala de HUMPTY DUMPTY; (Anexo II)

5.2 Reavaliar o paciente;

5.2.1 Se houver alterações importantes nos fatores de risco (acréscimo de diagnóstico, prescrição de *dripping* ou alteração do estado mental).

5.2.2 Se o paciente sofrer queda;

5.2.3 Nos casos de transferência de setor.

6 APLICAÇÃO DA ESCALA DE MORSE

6.1 A Equipe de Enfermagem deve avaliar a história antecedente de queda (últimos três meses) do paciente;

6.1.1 Paciente com relato de queda durante a internação hospitalar ou história de queda fisiológica nos últimos três meses marcar 25 pontos;

6.1.2 Paciente sem história de quedas marcar 0 ponto;

6.2 Avaliar se há diagnóstico secundário;

6.2.1 Se existe mais de um diagnóstico médico marcar 15 pontos;

6.2.2 Se houver somente um diagnóstico marcar 0 pontos;

6.3 Avaliar se o paciente necessita de ajuda para deambular;

6.3.1 Nenhuma ajuda/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde (paciente caminha sem apoio, mesmo assistido por um enfermeiro, usa uma cadeira de rodas, ou está em repouso na cama ou não sai da cama) marcar 0 ponto;

6.3.2 Paciente usa muletas, bengala ou andador marcar 15 pontos;

6.3.3 Paciente deambula segurando nos móveis de apoio marcar 30 pontos;

6.4 Avaliar se o paciente utiliza medicação IV;

6.4.1 Paciente não usa dispositivo endovenoso (quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado e quando não estiver em uso) marcar 0 ponto;

6.4.2 Paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado) marcar 20 pontos;

6.5 Realizar avaliação da marcha;

6.5.1 Paciente com marcha considerada normal: 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) marcar 0 pontos;

6.5.2 Paciente com marcha considerada fraca: os passos são curtos e podem ser vacilantes, 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 sustentar ereto marcar 10 pontos;

6.5.3 Paciente com marcha considerada comprometida/ cambaleante: quando o paciente dá passos curtos e vacilantes, pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de apoiar-se 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 no mobiliário, em uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxilio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para segurar-se e não consegue caminhar sem essa ajuda marcar 20 pontos;

6.6 Realizar avaliação do estado mental;

6.6.1 O estado mental é medido através da verificação do próprio paciente sobre sua capacidade de deambulação. Perguntar ao paciente: "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" Deve-se verificar 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 pontuar 0 ponto;

6.6.2 Se ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifica-se que a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com a avaliação ou se a avaliação do paciente é incompatível com suas limitações pontuar 15 pontos;

6.6.3 Caso o paciente não tenha condições de responder (por sedação ou coma), mas encontra-se sem agitação pontuar 0 ponto;

6.6.4 Se o paciente não tem condições de responder (por sedação ou coma), mas está com agitação pontuar 15 pontos;

6.7 Somar a pontuação e avaliar o resultado;

6.7.1 **RISCO BAIXO**: 0 a 24 pontos;

6.7.2 **RISCO MODERADO:** 25 a 44 pontos;

6.7.3 **RISCO ELEVADO:** ≥ 45pontos;

6.8 Registrar o resultado da estratificação de risco no impresso de avaliação;

6.8.1 Na admissão registrar no formulário de admissão da enfermagem com estratificação do risco de quedas (Anexo III);

6.8.2 Semanalmente, nas enfermarias, registrar no formulário de avaliação de risco de quedas em adultos (Anexo IV);

6.8.3 Diariamente, nas Unidades de Terapia Intensiva e Transplante, registrar no formulário de avaliação de risco de quedas em adultos;

6.9 Aplicar medidas preventivas conforme o resultado do risco identificação pela escala de MORSE. (Quadro 1)

7 APLICAÇÃO DA ESCALA DE HUMPTY DUMPTY

7.1 A Equipe de Enfermagem deve verificar a idade da criança;

7.1.1 Menor de 3 anos marcar 4 pontos;

7.1.2 De 3 a 7 anos marcar 3 pontos;

7.1.3 Entre 7 a 13 anos marcar 2 pontos;

7.1.4 Mais de 13 anos marcar 1 ponto.

7.2 Verificar o gênero da criança**;**

7.2.1 Meninos marcar 2 pontos;

7.2.2 Meninas marcar 1 pontos;

7.3 Verificar o diagnóstico da criança;

7.3.1 Crianças com problemas diagnósticos neurológicos marcar 4 pontos;

7.3.2 Alteração na oxigenação (diagnósticos respiratórios, desidratação, anemia, anorexia, sincope/tontura) marcar 3 pontos;

7.3.3 Com diagnóstico psíquico/ desordem comportamental marcar 2 pontos;

7.3.4 Outros diagnósticos marcar 1 ponto (Cardiopatias, Síndrome de Down, entre outros);

7.4 Verificar os fatores ambientais;

7.4.1 História de queda ou criança de 1 a 3 anos em utiliza cama marcar 4 pontos;

7.4.2 Aquelas que utilizam dispositivo de auxilio para movimentação, crianças, bebê em berço/quarto com muitos equipamentos ou quarto com iluminação fraca, de 1 a 3 anos que utilizam berço marcar 3 pontos;

7.4.3 Maiores de 3 anos que utilizam cama marcar 2 pontos;

7.4.4 Criança que deambula marcar 1 ponto.

7.5 Verificar se a criança faz uso de medicamentos;

7.5.1 Crianças no uso múltiplo de: sedação (excluir os sedados na UTI), hipnóticos, barbitúricos, tranquilizantes, ansiolíticos, antipsicótico, antidepressivo, laxante/diurético, psicotrópicos marcar 3 pontos;

7.5.2 No uso de um desses medicamentos marcar 2 pontos;

7.5.3 Não fazem uso desses medicamentos ou não fazem uso de nenhum outro medicamento marcar 1 ponto.

7.6 Avaliar déficit cognitivo;

7.6.1 Não tem conhecimento das limitações marcar 3 pontos;

7.6.2 Esquece das limitações marcar 2 pontos;

7.6.3 Orientado de acordo com suas capacidades marcar 1 ponto.

7.7 Verificar se a criança foi submetida à Cirurgia/ Sedação/ Anestesia;

7.7.1 Crianças submetidas a um ou mais desses procedimentos no prazo de 24 horas marcar 3 pontos;

7.7.2 Aquelas submetidas no prazo de 48 horas marcar 2 pontos;

7.7.3 As crianças submetidas em um prazo maior que 48 horas ou nenhum marcar 1 ponto.

7.8 Somar a pontuação e avaliar o resultado;

7.8.1 **RISCO BAIXO**: 7 – 11 pontos;

7.8.2 **RISCO ELEVADO**: ≥ 12 pontos;

7.9 Registrar o resultado da estratificação de risco no impresso de avaliação;

7.9.1 Na admissão registrar no formulário de admissão da enfermagem com estratificação do risco de quedas pediátrico (Anexo V);

7.9.2 Diariamente, durante o serviço noturno, registrar no formulário de avaliação de risco de quedas em crianças (Anexo VI);

7.10 Aplicar medidas preventivas conforme o resultado do risco identificação pela escala de HUMPTY DUMPTY**,** Quadro 1;

QUADRO 1 - MEDIDAS PREVENTIVAS PARA RISCO DE QUEDA

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA RISCO DE QUEDA EM PACIENTES ADULTOS		
BAIXO RISCO DE QUEDA	**MODERADO RISCO DE QUEDA**	**ALTO RISCO DE QUEDA**
• A Equipe de Enfermagem deve manter a campainha ao alcance do paciente; • Manter os corredores livres de obstáculos; • Manter a cama na posição baixa com os pés do paciente alcançando o chão, quando na posição sentado com as pernas fora do leito, e com rodas travadas; • Disponibilizar patinho e comadre perto do leito para os pacientes; • Utilizar barra de apoio de frente para o vaso e no box no banheiro; • Atender com celeridade a campainha quando solicitado; • Orientar o paciente com limitações físicas temporárias ou permanentes e acompanhantes para não ficar sozinho no banheiro; • Verificar o uso de diuréticos, laxantes ou preparo para exames e procedimentos cirúrgicos; • Orientar o paciente e/ou família/acompanhante sobre os efeitos colaterais, interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas. • Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelhos auditivos durante a internação.	• A Equipe de Enfermagem deve realizar **TODAS AS MEDIDAS PARA BAIXO RISCO DE QUEDAS**; • Colocar pulseira padronizada na cor amarela como identificação para risco de queda e esclarecer o paciente/acompanhante o risco identificado. • Identificar o risco para queda na prescrição de enfermagem; • Comunicar o risco identificado durante a passagem de plantão. • Avaliar a independência e autonomia para deambulação e auxiliar quando necessário. • Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída (caso possa sair sozinho do leito), quando disponível. • 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. • Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos/dispositivos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente. • Orientar o paciente e/ou família/acompanhante sobre os efeitos colaterais, que podem apresentar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, que aumentam o risco de queda. • Manter o paciente confortável realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para leva-lo ao banheiro.	• A Equipe de Enfermagem deve realizar **TODAS AS MEDIDAS PARA BAIXO E MODERADO RISCO DE QUEDAS**; • Sensibilizar a família quanto à importância da presença do acompanhante (exceto setor de Terapia de Intensiva); • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado da equipe de enfermagem; • Manter as grades de proteção elevadas e, se necessário, utilizar protetores entre o vão das grades; • Em caso de necessidade de contenção de paciente do leito, aplicar o POP.ENF.016– CONTENÇÃO MECÂNICA.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA RISCO DE QUEDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS	
BAIXO RISCO DE QUEDA	**ALTO RISCO DE QUEDA**
• Manter, SEMPRE, as grades dos berços/camas elevadas na pediatria; • Colocar a criança em berço com as grades adequadas ao tamanho da mesma; • Orientar as mães para a criança dormir no berço. NUNCA NA CAMA OU, SE CASO, DORMIR NO COLO DA MÃE COLOCAR NO BERÇO! • Somente administrar os medicamentos prescritos com a criança no leito; • Não permitir que a criança corra no ambiente hospitalar; • Solicitar que as crianças utilizem sapatos adequados ou meias antiderrapantes; • Orientar o banho dos lactentes que será realizado em bacias em cima do leito ou nos trocadores do banheiro de acordo com o tamanho da criança; • Realizar o revezamento entre acompanhantes, da mesma enfermaria, na hora das refeições.	• Sensibilizar a família quanto à importância da presença do acompanhante, sempre ao lado da criança; • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por seu acompanhante ou enfermagem caso esteja sozinho; • Solicitar que as crianças utilizem sapatos adequados ou meias antiderrapantes ao deambular; • Orientar as mães a não deixar as crianças sentadas no leito com as pernas para fora da grade do berço; • Orientar as mães a não utilizarem cadeiras para sustentar as grades dos leitos. • Realizar o revezamento entre acompanhantes, da mesma enfermaria, na hora das refeições.

8 AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDAS

8.1 A Equipe de Enfermagem deve considerar como as quedas nas seguintes situações;

8.1.1 Quando encontramos o paciente no chão;

8.1.2 Quando o paciente apresentar desequilíbrio e for amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);

8.1.3 Quando o paciente escorrega de uma cadeira/poltrona/vaso sanitário para o chão.

8.1.4 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.).

8.2 Antes de erguer um paciente do solo, avalie o nível de consciência e se existem lesões graves;

8.3 Verificar se há sinais e sintomas de fraturas de membros;

8.4 Solicitar avaliação do médico plantonista;

8.5 Registrar no prontuário a conduta adotada;

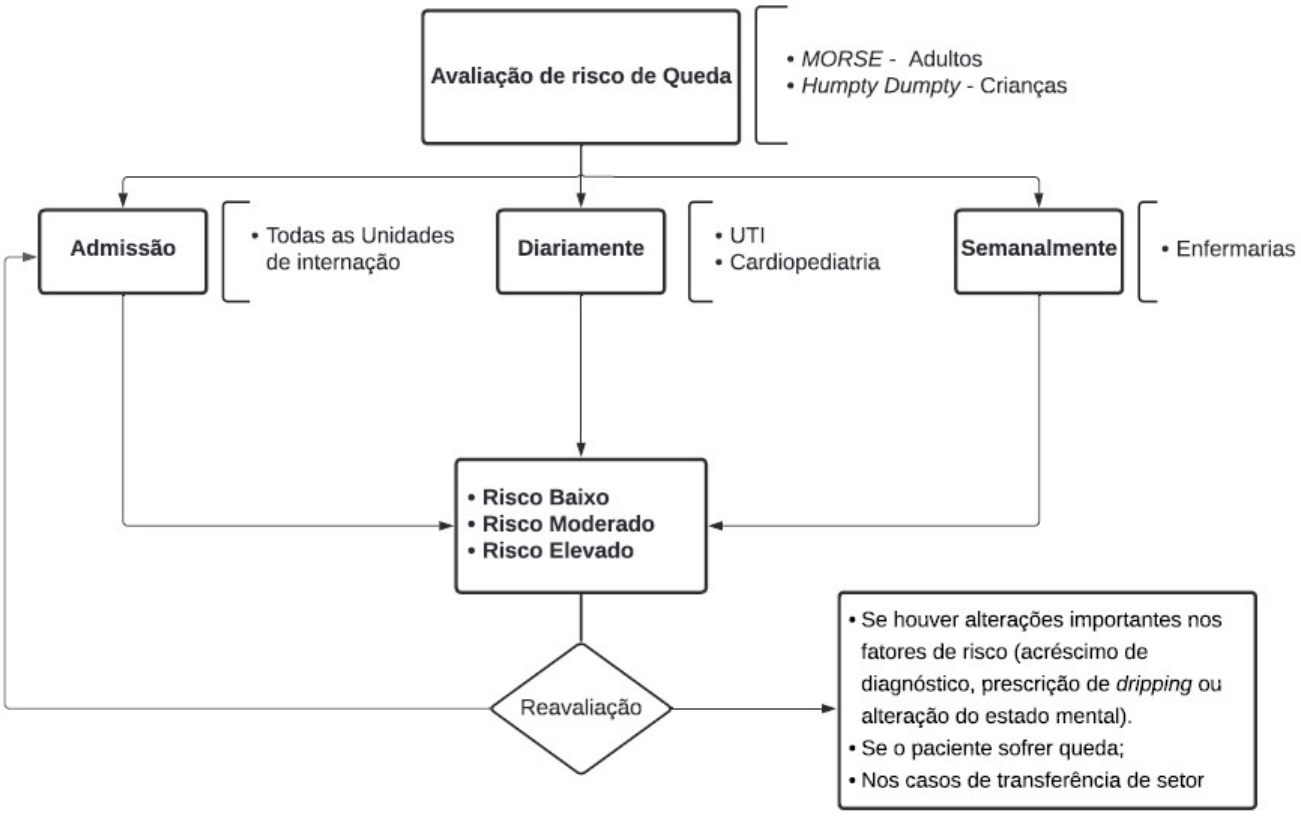
8.6 Registrar no prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda, com data e horário do evento, com informações do paciente ou qualquer testemunha;

8.7 Notificar o incidente ao Núcleo da Qualidade e Segurança.

9 INDICADORES

INDICADOR	DESCRIÇÃO	APURAÇÃO
Taxa de pacientes avaliados quanto ao risco de quedas na admissão nas enfermarias adulto e pediátrica. (Anexo VII)	$\frac{\text{nº de pacientes avaliados na admissão com risco de queda}}{\text{nº de pacientes internados nas enfermarias adulto e pediátrico}} \times 100$	Mensal
Taxa de pacientes avaliados quanto ao risco de quedas na admissão na unidade de terapia intensiva adulto e pediátrico. (Anexo VIII)	$\frac{\text{nº de pacientes avaliados na admissão com risco de queda}}{\text{nº de pacientes internados nas UTI adulto e pediátrico}} \times 100$	Mensal
Taxa de Incidência de queda. (Anexo IX)	$\frac{\text{nº de registro de queda mensais na unidade de internação}}{\text{n° de paciente/dia}} \times 1000$	Mensal

10 FLUXOGRAMA



11 RELAÇÃO DE ANEXOS

Anexo I - Escala de avaliação de risco de queda - MORSE;

Anexo II - Escala de avaliação de risco de queda - HUMPTY DUMPTY;

Anexo III - Formulário de admissão da enfermagem com estratificação do risco de quedas adulto;

Anexo IV - Formulário de avaliação de risco de quedas em adultos;

Anexo V - Formulário de admissão da enfermagem com estratificação do risco de quedas pediátrica;

Anexo VI - Formulário de avaliação de risco de quedas em crianças;

Anexo VII - Ficha do indicador de pacientes avaliados quanto ao risco de quedas na admissão nas enfermarias adulto e pediátrica;

Anexo VIII - Ficha do indicador de pacientes avaliados quanto ao risco de quedas na admissão na unidade de terapia intensiva adulto e pediátrico;

Anexo IX - Ficha do indicador de incidência de queda.

ANEXO I

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA – MORSE

ITEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL		VALOR
Histórico de quedas	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.	Não	0
	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.	Sim	25
Diagnóstico secundário	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.	Não	0
	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico	Sim	15
Auxílio na deambulação	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.	Nenhum/ Acamado /Auxiliado por profissional da Saúde	0
	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.	Muletas/Bengala/ Andador	15
	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.	Mobiliário/Parede	30
Terapia endovenosa/ Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado.	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.	Não	0
	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).	Sim	20
Marcha	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).	Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas.	0
	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 mantiver ereto.	Fraca	10
	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 fi ca 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 apoia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.	Comprometida/ Cambaleante	20
Estado mental	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.	Orientado/ Capaz	0
	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.	Superestima capacidade/ Esquece limitações	15

ANEXO II

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA - HUMPTY DUMPTY

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA - *HUMPTY- DUMPTY*

ITEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	VALOR
Idade	Menos de 3 anos	4
	3 a 6 anos	3
	7 a 12 anos	2
	Acima de 13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alterações da oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope / tonturas)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores Ambientais	História de queda/ bebê em cama	4
	Crianças com aparelhos auxiliares de marcha/ Bebê em berço/ Quarto com muito equipamento/ Quarto com iluminação fraca	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação Utilizada	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	1 dos medicamentos acima mencionados	2
	Outros medicamentos/ Nenhum	1
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas/ Nenhum	1

ANEXO III

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DA ENFERMAGEM COM ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

PROCESSO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO DE PACIENTES

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/_____ **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Feminino

Unidade: _____ **Leito:** _____

Data: ____/____/_____ **Hora:** _____ **Atendimento:** _____ **Prontuário:** _____

Motivo da Internação: ☐ Tratamento Clínico ☐ Tratamento cirúrgico

Procedência: ☐ Residência ☐ Ambulatório Outra Instituição: _____

Meio de chegada: ☐ Deambulando ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Alergias: ☐ Não ☐ Sim - ☐ Medicamentos ☐ Alimentos ☐ Materiais

EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA ADMISSÃO

Internação nos últimos 03 meses? ☐ Não ☐ Sim Local/período: _____

Swab nasal/retal: ☐ Não ☐ Sim

Colocação de pulseira de identificação: ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Vermelha

Risco de queda: ☐ Não ☐ Sim **Queda nos últimos meses?** ☐ Não ☐ Sim **Escore de Morse:** _____

Escala de Morse	Nível de Risco	Pontuação	Ação
	Baixo Risco	0 a 24	Medidas padronizadas de baixo risco de quedas
	Médio Risco	25 a 44	Medidas padronizadas de médio risco de quedas
	Alto Risco	> ou = a 45	Medidas padronizadas de alto risco de quedas

MEDICAÇÃO EM USO

Medicação em uso:	Dose / frequência

HISTÓRICO – HÁBITOS DE VIDA

Tabagismo: ☐ Não ☐ Sim – Quantos cigarros dia? _____ Há quanto tempo? _____

Tabagismo prévio? ☐ Não ☐ Sim – Há quanto tempo parou? _____

Etilismo: ☐ Não ☐ Sim – Qual a frequência e quantidade? _____

Uso de drogas ilícitas: ☐ Não ☐ Sim – Qual a frequência e quantidade? _____

DOENÇAS PRÉVIAS

☐ IAM	☐ Morte súbita na família	☐ HAS
☐ Febre reumática	☐ Diabetes	☐ AVC
☐ D vasc. Periférica	☐ Sedentarismos	☐ Doença valvar
☐ Dislipidemia	☐ Outros: _____	

PROCEDIMENTOS ANTERIORES

☐ Cat. Cardíaco	☐ Angioplastia	☐ RVM	☐ Ablação
☐ Implante M. passo	☐ Implante de DI		
☐ Plastia valvar	☐ Aórtica	☐ Mitral	☐ Tricúspide
☐ Troca valvar	☐ Aórtica	☐ Mitral	☐ Tricúspide

ORTESES E PRÓTESES

☐ Óculos	☐ Dentadura superior total
☐ Aparelho auditivo	☐ Dentadura superior parcial
☐ Muletas	☐ Dentadura inferior total
☐ Outros: _____	☐ Dentadura inferior parcial

CONDIÇÕES DA PELE

Tipo de alteração	Localização	Descrição
☐ Edema		
☐ Lesões		
☐ Hematoma		
☐ Eritema		
☐ Outros		

Risco de LPP: ☐ Não ☐ Sim **Escore de Braden:** _____

Escore de Braden		
16 – 23 = Baixo Risco	13 – 15 = Risco moderado	Abaixo de 12 = Risco Elevado

SINAIS VITAIS

Temperatura:	°C	**Pulso:**	bpm
Respiração:	irm	**Pressão arterial:**	mmHg
Peso:		**Altura:**	
Circunferência abdominal:		**Escala de dor:** 0 1 2 (Leve) 3 4 5 6 7 (Moderada) 8 9 10 (Intensa)	

NÍVEL DE ORIENTAÇÃO

☐ Tempo ☐ Lugar ☐ Pessoa ☐ Obnubilado ☐ Desorientado

AVALIAÇÃO DE SISTEMAS

Via alimentar: ☐ Oral ☐ CNE ☐ Outros

Dieta: ☐ Normal ☐ Pastosa ☐ Zero

Apetite: ☐ Normal ☐ Diminuído ☐ Aumentado

Gastrointestinal:

☐ Elim. Normal ☐ Elim. Diminuída ☐ Elim. Aumentada ☐ Sangue nas fezes

Frequência/aspecto:

☐ Normal ☐ Líquida ☐ Ressecado

Urinário:

☐ Espontâneo ☐ Incontinência ☐ Urgência

☐ Cat. Vesical de demora ☐ Cat. Vesical de alívio ☐ Outros: _____

Observações: _____

_____

Enfermeiro / Carimbo

Matrícula / Coren

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA - MORSE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		Prontuário:
Diagnóstico:	Data de Nascimento:	Sexo: ☐ F ☐ M
Data da internação:	Unidade de Internação: ☐UTCIC ☐UCO ☐UCIC ☐Coronariopatia (9° andar) ☐Orovalvar (8° andar) ☐TX (7° andar) ☐Cardiopatia Congênita do Adulto (7° andar)	

Mês:																														
Item /Data	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Histórico de quedas																															
Diagnóstico secundário																															
Auxílio na deambulação																															
Terapia endovenosa/ Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado.																															
Marcha																															
Estado mental																															
Total																															
Score de risco																															
Reavaliação																															

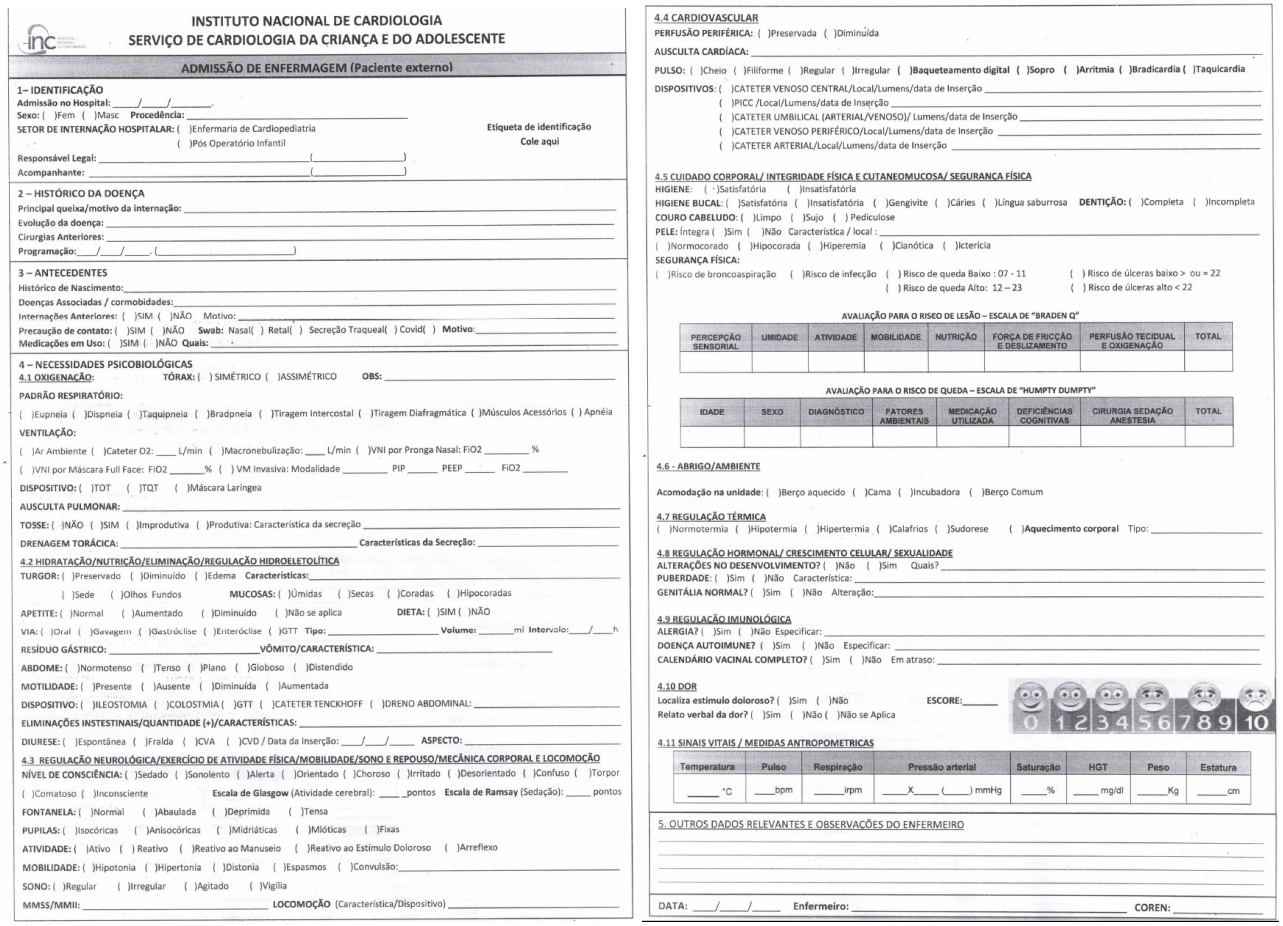
RISCO BAIXO (B): 0 A 24 Pontos;
RISCO MODERADO (M): 25 A 44 Pontos;
RISCO ELEVADO (E): ≥ 45pontos;

Reavaliar o paciente:

- Se houver alterações importantes nos fatores de risco (acréscimo de diagnóstico, prescrição de *dripping* ou alteração do estado mental).
- Se o paciente sofrer queda;
- Nos casos de transferência de setor.

ANEXO V

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO DA ENFERMAGEM COM ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS NA PEDIATRIA



INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

ADMISSÃO DE ENFERMAGEM (Paciente externo)

1– IDENTIFICAÇÃO
Admissão no Hospital: ____/____/_____.
Sexo: ( )Fem ( )Masc **Procedência:** _____
SETOR DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ( )Enfermaria de Cardiopediatria
( )Pós Operatório Infantil
Etiqueta de identificação Cole aqui
Responsável Legal: _____(_____)
Acompanhante: _____(_____)

2 – HISTÓRICO DA DOENÇA
Principal queixa/motivo da internação: _____
Evolução da doença: _____
Cirurgias Anteriores: _____
Programação: ____/____/____. (_____)

3 – ANTECEDENTES
Histórico de Nascimento: _____
Doenças Associadas / cormobidades: _____
Internações Anteriores: ( )SIM ( )NÃO Motivo: _____
Precaução de contato: ( )SIM ( )NÃO **Swab:** Nasal( ) Retal( ) Secreção Traqueal( ) Covid( ) **Motivo:** _____
Medicações em Uso: ( )SIM ( )NÃO **Quais:** _____

4 – NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS
4.1 OXIGENAÇÃO: **TÓRAX:** ( ) SIMÉTRICO ( )ASSIMÉTRICO **OBS:** _____
PADRÃO RESPIRATÓRIO:
( )Eupneia ( )Dispneia ( )Taquipneia ( )Bradpneia ( )Tiragem Intercostal ( )Tiragem Diafragmática ( )Músculos Acessórios ( ) Apnéia
VENTILAÇÃO:
( )Ar Ambiente ( )Cateter O2: ____ L/min ( )Macronebulização: ____ L/min ( )VNI por Pronga Nasal: FiO2 _____ %
( )VNI por Máscara Full Face: FiO2 _____% ( ) VM Invasiva: Modalidade _____ PIP _____ PEEP _____ FiO2 _____
DISPOSITIVO: ( )TOT ( )TQT ( )Máscara Laríngea
AUSCULTA PULMONAR: _____
TOSSE: ( )NÃO ( )SIM ( )Improdutiva ( )Produtiva: Característica da secreção _____
DRENAGEM TORÁCICA: _____ **Características da Secreção:** _____
4.2 HIDRATAÇÃO/NUTRIÇÃO/ELIMINAÇÃO/REGULAÇÃO HIDROELETOLÍTICA
TURGOR: ( )Preservado ( )Diminuído ( )Edema **Características:** _____
( )Sede ( )Olhos Fundos **MUCOSAS:** ( )Úmidas ( )Secas ( )Coradas ( )Hipocoradas
APETITE: ( )Normal ( )Aumentado ( )Diminuído ( )Não se aplica **DIETA:** ( )SIM ( )NÃO
VIA: ( )Oral ( )Gavagem ( )Gastróclise ( )Enteróclise ( )GTT **Tipo:** _____ **Volume:** _____ml **Intervalo:** ____/____h
RESÍDUO GÁSTRICO: _____ **VÔMITO/CARACTERÍSTICA:** _____
ABDOME: ( )Normotenso ( )Tenso ( )Plano ( )Globoso ( )Distendido
MOTILIDADE: ( )Presente ( )Ausente ( )Diminuída ( )Aumentada
DISPOSITIVO: ( )ILEOSTOMIA ( )COLOSTMIA ( )GTT ( )CATETER TENCKHOFF ( )DRENO ABDOMINAL: _____
ELIMINAÇÕES INSTESTINAIS/QUANTIDADE (+)/CARACTERÍSTICAS: _____
DIURESE: ( )Espontânea ( )Fralda ( )CVA ( )CVD / Data da Inserção: ____/____/____ **ASPECTO:** _____
4.3 REGULAÇÃO NEUROLÓGICA/EXERCÍCIO DE ATIVIDADE FÍSICA/MOBILIDADE/SONO E REPOUSO/MECÂNICA CORPORAL E LOCOMOÇÃO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( )Sedado ( )Sonolento ( )Alerta ( )Orientado ( )Choroso ( )Irritado ( )Desorientado ( )Confuso ( )Torpor
( )Comatoso ( )Inconsciente **Escala de Glasgow** (Atividade cerebral): ____ pontos **Escala de Ramsay** (Sedação): ____ pontos
FONTANELA: ( )Normal ( )Abaulada ( )Deprimida ( )Tensa
PUPILAS: ( )Isocóricas ( )Anisocóricas ( )Midriáticas ( )Mióticas ( )Fixas
ATIVIDADE: ( )Ativo ( ) Reativo ( )Reativo ao Manuseio ( )Reativo ao Estímulo Doloroso ( )Arreflexo
MOBILIDADE: ( )Hipotonia ( )Hipertonia ( )Distonia ( )Espasmos ( )Convulsão: _____
SONO: ( )Regular ( )Irregular ( )Agitado ( )Vigília
MMSS/MMII: _____ **LOCOMOÇÃO** (Característica/Dispositivo) _____

4.4 CARDIOVASCULAR
PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( )Preservada ( )Diminuída
AUSCULTA CARDÍACA: _____
PULSO: ( )Cheio ( )Filiforme ( )Regular ( )Irregular **( )Baqueteamento digital ( )Sopro ( )Arritmia ( )Bradicardia ( )Taquicardia**
DISPOSITIVOS: ( )CATETER VENOSO CENTRAL/Local/Lumens/data de Inserção _____
( )PICC /Local/Lumens/data de Inserção _____
( )CATETER UMBILICAL (ARTERIAL/VENOSO)/ Lumens/data de Inserção _____
( )CATETER VENOSO PERIFÉRICO/Local/Lumens/data de Inserção _____
( )CATETER ARTERIAL/Local/Lumens/data de Inserção _____

4.5 CUIDADO CORPORAL/ INTEGRIDADE FÍSICA E CUTANEOMUCOSA/ SEGURANÇA FÍSICA
HIGIENE: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória
HIGIENE BUCAL: ( )Satisfatória ( )Insatisfatória ( )Gengivite ( )Cáries ( )Língua saburrosa **DENTIÇÃO:** ( )Completa ( )Incompleta
COURO CABELUDO: ( )Limpo ( )Sujo ( ) Pediculose
PELE: Íntegra ( )Sim ( )Não Característica / local : _____
( )Normocorado ( )Hipocorada ( )Hiperemia ( )Cianótica ( )Icterícia
SEGURANÇA FÍSICA:
( )Risco de broncoaspiração ( )Risco de infecção ( ) Risco de queda Baixo : 07 - 11 ( ) Risco de úlceras baixo > ou = 22
( ) Risco de queda Alto: 12 – 23 ( ) Risco de úlceras alto < 22

AVALIAÇÃO PARA O RISCO DE LESÃO – ESCALA DE "BRADEN Q"

PERCEPÇÃO SENSORIAL	UMIDADE	ATIVIDADE	MOBILIDADE	NUTRIÇÃO	FORÇA DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO	PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	TOTAL

AVALIAÇÃO PARA O RISCO DE QUEDA – ESCALA DE "HUMPTY DUMPTY"

IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO	FATORES AMBIENTAIS	MEDICAÇÃO UTILIZADA	DEFICIÊNCIAS COGNITIVAS	CIRURGIA SEDAÇÃO ANESTESIA	TOTAL

4.6 - ABRIGO/AMBIENTE
Acomodação na unidade: ( )Berço aquecido ( )Cama ( )Incubadora ( )Berço Comum

4.7 REGULAÇÃO TÉRMICA
( )Normotermia ( )Hipotermia ( )Hipertermia ( )Calafrios ( )Sudorese **( )Aquecimento corporal** Tipo: _____

4.8 REGULAÇÃO HORMONAL/ CRESCIMENTO CELULAR/ SEXUALIDADE
ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO? ( )Não ( )Sim Quais? _____
PUBERDADE: ( )Sim ( )Não Característica: _____
GENITÁLIA NORMAL? ( )Sim ( )Não Alteração: _____

4.9 REGULAÇÃO IMUNOLÓGICA
ALERGIA? ( )Sim ( )Não Especificar: _____
DOENÇA AUTOIMUNE? ( )Sim ( )Não Especificar: _____
CALENDÁRIO VACINAL COMPLETO? ( )Sim ( )Não Em atraso: _____

4.10 DOR
Localiza estímulo doloroso? ( )Sim ( )Não **ESCORE:** _____
Relato verbal da dor? ( )Sim ( )Não ( )Não se Aplica

4.11 SINAIS VITAIS / MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Temperatura	Pulso	Respiração	Pressão arterial	Saturação	HGT	Peso	Estatura
_____ °C	____bpm	_____irpm	____X____ (____) mmHg	_____%	_____ mg/dl	_____Kg	_____cm

5. OUTROS DADOS RELEVANTES E OBSERVAÇÕES DO ENFERMEIRO

DATA: ____/____/_____ **Enfermeiro:** _____ **COREN:** _____

ANEXO VI

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS EM CRIANÇAS

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
AVALIAÇÃO DE RISCO PARA QUEDA - *HUMPTY- DUMPTY*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		Prontuário:
Diagnóstico:	Data de nascimento:	Sexo: ☐ F ☐ M
Data da internação:	Unidade de Internação: ☐POI ☐Cardiopediatria (4° andar)	

Mês:

Item /Data	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Idade																															
Sexo																															
Diagnóstico																															
Fatores Ambientais																															
Medicação Utilizada																															
Deficiências cognitivas																															
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia																															
Total																															
Score de Risco																															
Reavaliação																															

RISCO BAIXO (RB): 7 – 11 pontos;

RISCO ELEVADO (RE): ≥ 12 pontos;

Reavaliar o paciente:

- Se houver alterações importantes nos fatores de risco (acréscimo de diagnóstico, prescrição de *dripping* ou alteração do estado mental).
- Se o paciente sofrer queda;
- Nos casos de transferência de setor.

ANEXO VII

FICHA DO INDICADOR DE PACIENTES AVALIADOS QUANTO AO RISCO DE QUEDAS NA ADMISSÃO NAS ENFERMARIAS ADULTO E PEDIÁTRICA

Sigla	**ARQAE**
Nome	Avaliação de Risco de Queda na Admissão nas Enfermarias adulto e pediátrica.
Objeto de Mensuração	Mede a taxa de avaliação de risco de queda do paciente no ato da admissão através da utilização da escala de avaliação de risco para queda.
Domínio	Processo
Importância	Mitigar a ocorrência de queda de pacientes internados e o grau de dano, através da avaliação de risco no momento da admissão, a fim de garantir o cuidado multiprofissional e o ambiente seguro para a assistência.
Método de cálculo	nº de pacientes avaliados na admissão com risco de queda X 100 nº de pacientes internados nas enfermarias adulto e pediátrico
Unidade de medida	Percentual
Definição dos termos utilizados no indicador:	a) Nº de pacientes avaliados na admissão com risco de queda b) Nº de pacientes admitidos em unidades de internação clínica e cirúrgica (enfermarias adulto e pediátrico) por mês.
Interpretação	As 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. Implantação do Protocolo de prevenção de quedas com uso da Escala de Quedas de Morse. Avalia a implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco de queda do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.
Periodicidade	Mensal
Público alvo	Pacientes admitidos nas unidades de internação clínica e cirúrgica (enfermarias adulto e pediátrico)
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	1. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; 1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA-FIOCRUZ. Portaria MS nº 2.095 (24/09/2013) - ANEXO 01 Protocolo de Prevenção de Quedas. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_01_da_portaria_ms_n_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_prevencao_de_quedas.pdf 2. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. Rev. Observatório. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 3. CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem - 2ª edição 2012 PROGRAMA CQH COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. 4. PROQUALIS. Aprimorando as práticas de saúde. Ficha técnica do Indicador: Índice de quedas. Acesso em 23 mai. 2016. Disponível em http://proqualis.net/indicadores/%C3%ADndice-de-quedas 5. BARBOSA, P.; CARVALHO, L & CRUZ, S. Ícone de Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Editor: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.
Meta	
Ações esperadas para causar impacto no indicador	Medidas que contemplem a avaliação de risco de queda do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Treinamento da equipe multiprofissional sobre o POP de queda
Fonte de Dados	Ficha de admissão da enfermagem

ANEXO VIII

FICHA DO INDICADOR DE PACIENTES AVALIADOS QUANTO AO RISCO DE QUEDAS NA ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICO

Sigla	**ARQAUTI**
Nome	Avaliação de Risco de Queda na Admissão nas UTI adulto e pediátrica.
Objeto de Mensuração	Mede a taxa de avaliação de risco de queda do paciente no ato da admissão através da utilização da escala de avaliação de risco para queda.
Domínio	Processo
Importância	Mitigar a ocorrência de queda de pacientes internados e o grau de dano, através da avaliação de risco no momento da admissão, a fim de garantir o cuidado multiprofissional e o ambiente seguro para a assistência.
Método de cálculo	nº de pacientes avaliados na admissão com risco de queda X 100 nº de pacientes internados nas UTI adulto e pediátrico
Unidade de medida	Percentual
Definição dos termos utilizados no indicador:	a) Nº de pacientes avaliados na admissão com risco de queda b) Nº de pacientes admitidos em unidades de internação de terapia intensiva (UTI adulto e pediátrico) por mês.
Interpretação	As 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. Implantação do Protocolo de prevenção de quedas com uso da Escala de Quedas de Morse. Avalia a implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco de queda do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.
Periodicidade	Mensal
Público alvo	Pacientes admitidos nas unidades de internação de terapia intensiva (UTI adulto e pediátrico)
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	2. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; 6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA-FIOCRUZ. Portaria MS nº 2.095 (24/09/2013) - ANEXO 01 Protocolo de Prevenção de Quedas. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_01_da_portaria_ms_n_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_prevencao_de_quedas.pdf 7. ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. Rev. Observatório. 7 ed. ANAHP: São Paulo, 2015. 8. CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem - 2ª edição 2012 PROGRAMA CQH COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. 9. PROQUALIS. Aprimorando as práticas de saúde. Ficha técnica do Indicador: Índice de quedas. Acesso em 23 mai. 2016. Disponível em http://proqualis.net/indicadores/%C3%ADndice-de-quedas 10. BARBOSA, P.; CARVALHO, L & CRUZ, S. Ícone de Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Editor: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.
Meta	
Ações esperadas para causar impacto no indicador	Medidas que contemplem a avaliação de risco de queda do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Treinamento da equipe multiprofissional sobre o POP de queda
Fonte de Dados	Ficha de admissão da enfermagem

ANEXO IX

FICHA DO INDICADOR DE INCIDÊNCIA DE QUEDA

Sigla	**TIQ**
Nome	Taxa de Incidência de queda
Conceituação	Percentual de ocorrências de quedas mensais na Instituição
Domínio	Resultado
Importância	Monitora a taxa de queda de pacientes internados ou atendidos em unidades assistenciais. A incidência de queda está relacionada a fraturas e traumatismos no ambiente hospitalar
Método de cálculo	nº de registro de queda mensais na unidade de internação X1000 n° de paciente/dia
Definição dos termos utilizados no indicador	• n° pacientes com registro de queda; • n° de pacientes – dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. Dado a ser obtido junto à Coordenação de Planejamento
Interpretação	Quantificar o número de quedas na Instituição As 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. Implantação do Protocolo de prevenção de quedas com uso da Escala de Quedas de Morse.
Periodicidade de envio dos dados	Mensal
Público alvo	Pacientes internados no INC.
Parâmetros, dados estatísticos e recomendações	1. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p: il. 2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA-FIOCRUZ. Portaria MS nº 2.095 (24/09/2013) - ANEXO 01 Protocolo de Prevenção de Quedas. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em <file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo_01_da_portaria_ms_n_2.095_(24.09.2013)_%E2%80%93_protocolo_de_prevencao_de_quedas.pdf 3. Associação Nacional de Hospitais Privados. Rev. Observatório. 7 ed. ANAHP. 4. CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem - 2ª edição 2012 PROGRAMA CQH COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. 5. PROQUALIS. Aprimorando as práticas de saúde. Ficha técnica do Indicador: Índice de quedas. Acesso em 23 mai. 2016. Disponível em http://proqualis.net/indicadores/%C3%ADndice-de-quedas 6. BARBOSA, P.; CARVALHO, L & CRUZ, S. Ícone de Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. Editor: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.
Meta	
Ações esperadas para causar impacto no indicador	• Aplicar o protocolo de quedas institucional em todas as enfermarias a partir da disseminação do protocolo e treinamento da equipe, estimular o auto cuidado. • Quantificar os casos de quedas institucionais para propor plano de melhoria.
Fonte de Dados	