



**Governo do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade**

PROCEDIMENTO OPERACIONAL - HCFAMEMA

Nº do Processo: 144.00013106/2024-51

Assunto: Protocolo de Prevenção de Quedas

PREVENÇÃO DE QUEDA

CÓDIGO: HCF-NGSRP-PO-4

REVISÃO: 0

1. OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo a prevenir e reduzir a ocorrência de queda de pacientes nas Unidades Assistenciais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HCFAMEMA) e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. APLICAÇÃO

O protocolo deverá ser aplicado em todas as unidades de produção do cuidado de saúde HCFAMEMA (unidades de internação, salas de emergência, centro cirúrgico, ambulatórios) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, abrangendo o período total de permanência do paciente (clientes adultos, pediátricos e neonatais internados e/ou que estão em atendimento HCFAMEMA, bem como acompanhantes e visitante dos mesmos).

3. RESPONSABILIDADE

Equipe de Enfermagem;
Equipe de Fisioterapia;
Equipe Médica;
Núcleo de Gestão de Segurança e Risco do Paciente.

4. ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
EQM - Escala de Quedas de Morse;

EUA - Estados Unidos da América;
HCFAMEMA - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília;
NGSRP - Núcleo Gestão de Segurança e Risco do Paciente;
OMS - Organização Mundial da Saúde;
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem.

5. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS/FERRAMENTAS

Materiais:

Não se aplica.

Equipamentos:

Computadores;
Impressora.

Ferramentas:

Escala de Quedas de Morse;
FAMEMA SISTEMAS;
Formulário de notificação de Não Conformidade;
Site Institucional.

6. CONCEITOS E FUNÇÕES

6.1 QUEDA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013) define queda como:

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

6.2 RISCO DE QUEDA NO ÂMBITO HOSPITALAR

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

Um estudo em um hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados ao chão. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais. Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 60% 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.

Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Dentre algumas complicações pode-se citar: contusões ou fraturas, lesões cortantes, hematomas/sangramentos, dor e traumatismos. Além disso, a queda pode desencadear ansiedade, depressão e medo de cair de novo e até mesmo pode levar a óbito.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos deixados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos.

Sabe-se que as quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, geram ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e repercussões de ordem legal.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas, fazem parte dessas intervenções:

- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes;
- Avaliação do risco de queda;
- Educação dos pacientes e dos profissionais;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito;
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.
- Revisão periódica da medicação;

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

A avaliação do risco de queda deverá ser feita no momento da admissão ou atendimento do paciente; a avaliação deverá ser revisada periodicamente e, sempre que houver alteração do quadro do paciente ou quando submetido à anestesia ou sedação até a alta do paciente.

Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

7.2 FATORES DE RISCO PARA A QUEDA

- 1. Demográfico:** crianças < 5 anos e idosos > 65 anos;
- 2. Psico-cognitivos:** declínio cognitivo, depressão, ansiedade;
- 3. Condições de saúde e presença de doenças crônicas:** acidente vascular cerebral prévio, hipotensão postural, tontura, convulsão, síncope, dor intensa, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, incontinência ou urgência para evacuação, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia); **Funcionalidade:** dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular e articular, amputação de membros inferiores, e deformidades nos membros inferiores;
- 4. Comprometimento sensorial:** visão, audição ou tato;
- 5. Equilíbrio corporal:** marcha alterada;
- 6. Uso de medicamentos:** Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos);
- 7. Obesidade severa;**
- 8. História prévia de queda.**

7.3 PACIENTE COM ALTO RISCO DE QUEDA

Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco;

Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de

risco, anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas; Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

7.4 PACIENTE COM BAIXO RISCO DE QUEDA

Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco; Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

8. AVALIAÇÃO DO GRAU DO RISCO DE QUEDA DE PACIENTES ADULTOS

Existem diversas escalas úteis na avaliação do risco de queda de um paciente. Porém a Morse Fall Scale é a que mais tem relatos na literatura. Mundialmente utilizada, a escala permite efetivamente identificar o risco de quedas em adultos hospitalizados. Também, foi traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa, sendo um instrumento simples e rápido, utilizando-se de apenas seis perguntas.

Perguntas da escala de avaliação de risco de Morse:

1. História de quedas nesta internação, urgência/ ou nos últimos 3 (três) meses?
2. Diagnóstico (s) secundário (s)?
3. Auxílio para caminhar?
4. Terapia endovenosa?
5. Postura no andar (marcha)?
6. Estado mental?

Para cada pergunta é atribuído uma pontuação (pré-definida, conforme **ANEXO 1**), após somar os pontos é definido o grau de grau de queda de cada paciente.

CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Sem Risco	0 – 24 pontos
Baixo Risco	25 – 50 pontos
Alto Risco	Maior/igual 51 pontos

Fator de Exclusão na Utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM): Clientes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora. A queda é um tipo de autocuidado, logo pressupõe ação. Assim, a um cliente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a EQM.

9. AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DE QUEDA DE CRIANÇAS

A avaliação do risco de queda de crianças será realizada por meio da aplicação da Ficha de Avaliação para Risco de Queda em Crianças no Ambiente Hospitalar - Escala HumptyDumpty adaptada para pediatria (**ANEXO 2**). Do momento da admissão do paciente até sua alta, sendo revisada constantemente, sempre que houver alteração das condições do paciente.

9.1 FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM CRIANÇAS

Os fatores que predispõem as quedas na criança são os mesmos que predispõem no adulto (citados em 8.1 deste documento).

9.2 UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE HUMPTY-DUMPTY ADAPTADA

São avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, diagnóstico, fatores ambientais, medicações usadas, deficiências cognitivas, cirurgia/sedação/anestesia.

Na Escala HumptyDumpty adaptada, são atribuídos pontos a parâmetros pré-definidos e o somatório desses pontos definirão o risco de queda.

Critérios de avaliação: a soma das pontuações atribuídas a cada um dos 7 (sete) parâmetros (mínima 7 e máxima

22) definirá o grau de risco de queda da criança, de acordo com a Escala HumptyDumpty. A criança será classificada com alto risco de queda ou baixo risco de queda.

CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Baixo Risco	7 – 11 pontos
Alto Risco	12 a 22 pontos

9.3 IDENTIFICANDO O PACIENTE COM RISCO DE QUEDA

O paciente no momento da admissão na unidade de produção do cuidado deverá ser avaliado pelo enfermeiro quanto ao risco de queda aplicando os instrumentos próprios (Escala de Morse para adultos ou Escala de HumptyDumpty para crianças) até a alta, sendo revisada constantemente, sempre que houver alterações das condições do paciente, conforme a rotina da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O risco de queda deverá ficar sinalizado na placa de Identificação do Paciente (beira leito) e atualizada sempre que necessário.

10. PLANEJANDO A ASSISTÊNCIA DO CUIDADO

Após a avaliação do risco de queda e identificação do paciente com risco de queda, deverá ser planejada a assistência do cuidado pela equipe multidisciplinar, desde cuidados de higiene pessoal e revisão de medicações, à limpeza e organização do ambiente, visando melhor qualidade da assistência e minimização dos riscos.

10.1 AÇÕES PREVENTIVAS

10.1.1 MEDIDAS GERAIS

A unidade de produção do cuidado deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Tais medidas incluem:

- Criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequada, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos e materiais);
- Orientação e supervisão do uso de vestuário e calçados adequados;
- Movimentação segura dos pacientes;
- Manter a cama travada e as grades superiores da cama elevadas;
- Manter o chão limpo e seco;
- Adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária, aos pacientes pediátricos;
- Atender e programar sempre que possível às necessidades de ajuda, como: trocas de fralda, idas ao banheiro, auxílio na movimentação, deixar ao alcance do paciente objetos usados com frequência;
- Orientações aos pacientes e familiares sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência;
- Recomendar que o paciente nunca seja deixado sozinho e que o acompanhante comunique à enfermagem sempre que precisar se ausentar ou precisar de auxílio para movimentar o paciente;

Atenção: Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital.

10.1.2 MEDIDAS ESPECÍFICAS

A equipe da unidade de produção do cuidado deverá avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco. Medidas individualizadas para prevenção de queda aos pacientes devem ser prescritas individualmente e implementadas, além de assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda, bem como sobre as medidas de prevenção. A reavaliação do risco dos pacientes deverá acontecer em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco.

11. MONITORAMENTO E INDICADORES

Todos os pacientes em atendimento, internados e/ou ambulatoriais devem ser devidamente avaliados quanto aos riscos de queda na entrada da instituição.

11.1 NOTIFICAÇÃO DE QUEDA DE PACIENTES

Para monitorar as ocorrências de queda de pacientes no HCFAMEMA será utilizada a notificação de quedas de pacientes, disponível como Notificação de Não Conformidade de forma física nos setores ou de forma online pelo Google FORMS, disponível no site do HCFAMEMA. Também é utilizada a Avaliação realizada no FAMEMA SISTEMAS, a mesma deverá ser realizada na admissão do paciente. Os dados alimentados pelo NGSRP, posteriormente serão analisados e avaliados para a criação de um plano de ação.

A ocorrência da queda também deve ser registrada no prontuário físico do paciente e/ ou prontuário eletrônico FAMEMA SISTEMAS.

Atenção: Caso o acompanhante ou visitante sofra queda dentro da instituição também deverá realizar notificação de queda e encaminhá-lo para atendimento, podendo ser no local da queda (por exemplo, ambulatório) ou no Pronto Socorro. Esta notificação deve seguir a mesma rotina da notificação de queda do paciente, encaminhadas diretamente ao NSP ou ao Núcleo de Enfermagem das demais Unidades Técnicas, constando a avaliação do enfermeiro e do médico. Nos casos de recusa de atendimento médico o fato deverá ser registrado notificação.

11.2 INDICADORES

O NGSRP irá analisar e divulgar os indicadores gerados pelas notificações de queda, além de desenvolver ações preventivas juntamente com as unidades de produção do cuidado sempre que se fizer necessário.

Elencamos abaixo os principais indicadores a serem levantados:

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;
- Número de quedas com dano;
- Número de quedas sem danos;
- Índice de quedas [(nº de eventos / nº de paciente-dia) x1000]: este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

12. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

12.1 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente até o momento da alta, e sempre que houver alteração do quadro (pacientes internados, pacientes no serviço de emergência);

Preencher Escala de Morse, (ANEXO 1) ou Escala de HumptyDumpty para crianças menores de 13 anos (ANEXO 2), disponível no FAMEMA SISTEMAS.

Assinalar na Identificação do Paciente (beira Leito) o risco de queda.

Realizar prescrição de enfermagem relacionado ao risco de queda.

Reavaliar o risco periodicamente ou quando houver alteração do quadro clínico ou queda, e também sempre que houver transferências de setor; ajustando as medidas preventivas implantadas;

Avaliar pacientes que sofreram queda, investigar o evento e notificar na Notificação de Não Conformidade, encaminhar de forma física ao NGSRP ou preencher no FORMS.

12.2 EQUIPE DE ENFERMAGEM

Orientar paciente e acompanhante sobre efeitos colaterais e interações medicamentosas que podem potencializar sintomas (vertigem, tontura, sonolência, mal-estar geral) e ocasionar quedas.

Orientar o acompanhante quanto à importância da sua presença, e o seu papel no cuidado do paciente.

12.3 EQUIPE MÉDICA

Orientar paciente e acompanhante sobre efeitos colaterais e interações medicamentosas que podem potencializar sintomas (vertigem, tontura, sonolência, mal-estar geral) e ocasionar quedas.

Sinalizar a equipe sempre que avaliar risco de queda.

Prestar atendimento ao paciente que sofreu queda e realizar registro no formulário de notificação de queda e em prontuário.

12.4 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Avaliar a independência e autonomia para deambulação e necessidade de utilização de dispositivos de marcha

Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais.

Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito quando acompanhado por um profissional da equipe de cuidado.

Orientar o paciente a levantar progressivamente (elevar cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos antes de sair da cama) a fim de evitar hipotensão postural, sempre acompanhado por profissional da equipe de cuidado.

Orientar o uso de calçados antiderrapantes.

Anotar em prontuário todos os procedimentos realizados.

Supervisionar periodicamente o conforto e segurança do paciente.

Não deixar o ambiente totalmente escuro.

Manter o ambiente limpo e organizado evitando objetos pelo chão, que poderiam dificultar a acessibilidade.

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

Avaliação do nível de dependência após instalação de dispositivos ou equipamentos.

Em caso de queda:

1. Acomodar o paciente no leito ou em maca (atentando as lesões);
2. Solicitar avaliação médica e de enfermagem ao paciente vítima de queda;
3. Registrar informações sobre a ocorrência de quedas;
4. Na anotação ou evolução, descrever que ele foi orientado quanto aos riscos e prevenção de queda;
5. Realizar Notificação de Não Conformidade e encaminhar ao NGSRP;

13. ORIENTAÇÕES GERAIS

Não se aplica.

14. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de prevenção de quedas. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fiocruz, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de prevenção de quedas. Brasília: ANVISA; Fiocruz, 2013. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

DYKES, P. C. et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. JAMA, v. 304, n. 17, p. 1912-B, 2010.

OLIVER, D.; HEALEY, F.; HAINES, T. P. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med, v. 26, n. 4, p. 645-692, 2010.

COOPER, C. L.; NOLT, I. D. Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. J Nurs Care Qual, v. 22, n. 2, p. 107-112, 2007.

HOSPITAL ISRAELITTA ALBERT EINSTEIN - HIAE. Protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente. São Paulo, 2012.

BOUSHON, B. et al. How-to guide: reducing patient injuries from falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2012. Disponível em: <www.ihl.org>. Acesso em: 04 abr. 2013.

MIAKE-LYE, I. M. et al. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med, v. 158, p. 390-396, 2013.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/F8dTT7qv4RGsMsmn9kzPHcL/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em 14/08/2018. Acesso em: 14 ago. 2018.

URBANETTO, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP, v. 47, n. 6, p. 569-575, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/47DLRTfZvzWVv459NLk9r4D/abstract/?lang=pt&format=html>.

ROUSE, M. D. et al. Implementation of the Humpty Dumpty Falls Scale: a quality-improvement project. J Emerg Nurs, v. 40, n. 2, p. 181-186, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2012.11.001>.

PREVENÇÃO DE QUEDAS – Núcleo de Segurança do Paciente. Campina Grande: EBSEPH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. 15 p.

15. ANEXOS

15.1 ANEXO 1 - AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDA/ADULTO – ESCALA DE MORSE

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Formulário HCFAMEMA		
AValiação de Risco de Queda / Adulto – Escala de Morse		
Código: HCF-NSRP-FOR-03	Revisão: 03	Página: 1 de 1
Nome:	Registro:	
Unidade/Setor:	Leito:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Data da avaliação:	
ESCALA DE MORSE <i>(para pacientes acima de 14 anos)</i>		
Morse Fall Scale – Versão original	Morse Fall Scale – Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
History of falling	Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
Secondary diagnosis	Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
Ambulatory aid	Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
Intravenous Therapy/Heparin lock	Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
Gait	Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
Mental status	Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15
Pontuação Total:		
Classificação do Grau de Risco:		
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Enfermeiro Responsável (assinatura e carimbo)		

CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Sem Risco	0 - 24 pontos
Baixo Risco	25 - 50 pontos
Alto Risco	Maior/igual 51 pontos

15.2 ANEXO 1 - AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDA/INFANTIL – ESCALA DE HUMPTY-DUMPTY

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Formulário HCFAMEMA		
AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA / INFANTIL – ESCALA DE HUMPTY-DUMPTY ADAPT		
Código: HCF-NSRP-FOR-04	Revisão: 02	Página: 1 de 1
Nome:	Registro:	
Unidade/Setor:	Leito:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Data da avaliação:	
ESCALA DE HUMPTY-DUMPTY ADAPTADA (para pacientes até 13 anos)		
PARÂMETROS	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Idade	Menos de 3 anos	4
	Entre 3 e 6 anos	3
	Entre 7 e 12 anos	2
	13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alteração na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de queda anterior	4
	Criança faz uso de aparelho auxiliar de marcha, berço ou cama com muitos equipamentos, quarto com pouca iluminação	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação usada	Faz uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	3
	Faz uso de 1 dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	2
	Faz uso de outros medicamentos ou não usa	1
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia/sedação/anestesia	Há 24h	3
	Há 48h	2
	Há mais de 48 horas ou nenhum	1
TOTAL		
CLASSIFICAÇÃO DO RISCO		
<p>_____</p> <p>Enfermeiro Responsável (assinatura e carimbo)</p>		
CLASSIFICAÇÃO		PONTUAÇÃO
Baixo Risco		7 a 11 pontos
Alto Risco		12 a 22 pontos

16. CONTROLE DE QUALIDADE

16.1 HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº DA REVISÃO	DATA	ITEM	ALTERAÇÃO
0	23/09/2024	-	Elaboração

17. ELABORAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Núcleo de Gestão de Segurança e Risco do Paciente	Letícia Camargo Teles

18. CONFERÊNCIA

DEPARTAMENTO	NOME
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade	Amanda Sabatine dos Santos

19. APROVAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Gerência Enfermagem	Aline Andrade



Documento assinado eletronicamente por **Aline Andrade da Silva, Diretor Técnico de Saúde II**, em 24/10/2024, às 12:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Sabatine dos Santos, Diretor Técnico I**, em 24/10/2024, às 13:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0043951279** e o código CRC **6B2DE47F**.