RIO GRANDE DA SERRA

riograndedaserra.sp.gov.br

DIÁRIO OFICIAL
DO MUNICÍPIO

Quarta-feira, 22 de abril de 2026 | Ano V | Edição nº 845A

Publicação Oficial do Município de Rio Grande da Serra, conforme Lei Municipal 2.803, de 10 de novembro de 2022



RIO GRANDE DA SERRA

Poder Executivo 3
Licitações e Contratos 3
Aditivos / Aditamentos / Supressões 3
Comunicados 4

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.
Publicação Oficial do Município de Rio Grande da Serra, conforme Lei Municipal 2.803, de 10 de novembro de 2022

PODER EXECUTIVO

Licitações e Contratos

Aditivos / Aditamentos / Supressões

ALTERAÇÃO DE FISCAL DO CONTRATO N° 10/2024
PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 1074/2023
CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO GRANDE DA SERRA
CONTRATADA: DAVI ALVES DE OLIVEIRA LTDA
FISCAL DO CONTRATO: Michele Aparecida de Sousa Carneiro
OBJETO: ALTERAÇÃO DE FISCAL do CONTRATO firmado entre as partes, em 13/03/2024.

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS PESADOS, ENGLOBANDO O FORNECIMENTO DE MÃO-DE-OBRA E MANUTENÇÃO PREVENTIVA/CORRETIVA, ALÉM DO PROVIMENTO DE MATERIAIS DE CONSUMO NECESSÁRIOS AO COMPLETO DESEMPENHO DOS TRABALHOS DE LIMPEZAS NAS VIAS, FOSSAS, RIOS, CÓRREGOS E LOGRADOUROS PÚBLICOS, DESASSOREAMENTO DE GALERIAS DE ÁGUAS PLUVIAIS, ASSOREAMENTO DE CÓRREGOS, ENTRE OUTROS SERVIÇOS.

Data da solicitação: 15/04/2026
Jefferson Crispim de Souza – Secretário Municipal de Serviços Urbanos

.....

Comunicados



RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 **2770-0200** | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

Prefeitura Municipal de RIO GRANDE DA SERRA

Secretaria da Saúde

Ricardo Akira Ono Auriani

Prefeito Municipal

Vilma Marcelino Silva

Vice Prefeita Municipal

Secretaria da Saúde

Felipe Vieira de Sá dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

Telma Moraes Pires
Secretária Adjunta

Enfª Marli Pereira Campos
Coordenador de Atenção Básica

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!

11 **2770-0200** | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

ELABORADO:

MARLI PEREIRA CAMPOS - GESTOR ATENÇÃO BÁSICA
DRIELLY RODRIGUES FAUSTINO SANTOS – GESTOR UPA
ALESSANDRO DOS SANTOS POSSIDÔNIO SILVA – GESTOR UPA
CLARICE CIRILO DOS SANTOS BUENO – GESTOR – CAPS
MARIA SOUZA SANTOS GUARINON – COORDENADOR VIGILÂNCIA SANITÁRIA
PEDRO PAZ MONTEIRO – MÉDICO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FÁMILIA
JOÃO MORGAN DE AGUIAR BONATTO – DENTISTA
FERNANDO ZECCHIN JR - DENTISTA
ANA CLAUDIA YAMAGUCHI - DENTISTA
CELINA KEIKO KATO - DENTISTA
THAMIRES ALENCAR ZACARIAS
SHEILA ALVES DE FRANÇA SILVA
BEATRIZ MESQUIA BRUNI

REVISADO:

HELOISA PEREIRA DA SILVA - FARMACÊUTICA
SIMONE SANTOS COSTAS – ENFERMEIRA
RAFAEL JESUS ROCHA DE OLIVEIRA - ENFERMEIRO
DANIELA GOME DE SOUZA - ENFERMEIRA
MICHELLYANE SANTOS COSTA - ENFERMEIRA
DEBORA CRISTINA DA SILVA – ENFERMEIRA
APARECIDA PATRICIA PEREIRA DE ABREU VIEIRA – ENFERMEIRA
LAIZE APARECIDA MENDES – ENFERMEIRA
CELIA BARBOSA LIMA – ENFERMEIRA
THAYNA SANTOS ALVES – ENFERMEIRA
NATALIA PIMENTEL PILITON – ENFERMEIRA
ANA PAULA MATOS MERLOS POMPEU – ENFERMEIRA
NATALIE BRITO DE OLIVEIRA RODRIGUES – ENFERMEIRA
ODALIA DE SOUZA CRUZ DA SILVA – ENFERMEIRA
FERNANDA CRISTINA MILANO – ENFERMEIRA
GISELDA SOUZA BATISTA PEREIRA – ENFERMEIRA

Sumário

FINALIDADE.....

JUSTIFICATIVA.....

MANEJOS.....

CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA .....

REGISTRO.....

ABRANGÊNCIA .....

REFERÊNCIAS .....

ANEXOS .....

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!

11 **2770-0200** | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS



FINALIDADE

O protocolo tem a finalidade de garantir uma assistência multidisciplinar no monitoramento, implementação e definição de critérios que justifiquem a aplicação das condutas ao paciente com agitação psicomotora ou agressividade em todos os níveis de atenção. E que o procedimento seja realizado de forma humanizada, e utilizado quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais[1].

1. JUSTIFICATIVA

A agitação pode ser definida como aumento da atividade psicomotora associada a uma experiência subjetiva de tensão podendo ser observada por meio de manifestações clínicas, como fala com conteúdo ameaçador, tensão muscular, hiperatividade, impaciência, desconfiança, podendo em algumas ocasiões os pacientes agitados apresentar o juízo crítico da realidade prejudicado o que pode levar o paciente a uma dificuldade de reconhecimento do seu quadro, não reconhecendo a necessidade de ajuda [2,3].

Para que os serviços dentro da rede de atenção primária possam atender efetivamente as demandas dos usuários é necessário o entendimento e ampliação do cuidado ao paciente em agitação psicomotora ou agressividade. A atenção deve ir além de apenas silenciar os sintomas e isolar o usuário, devendo o profissional estar capacitado e disposto a atuar, reorganizando seus processos de trabalho, articulando práticas, buscando superar estigmas, preconceitos e estereótipos, sempre que necessário, buscando um olhar na direção dos direitos humanos e integralidade do cuidado[4].

Segundo SOOD, MCSTAY[5] 6% dos atendimentos em serviços de emergência são por "agitação psicomotora ou comportamento agressivo, sendo assim, os profissionais que atuam em serviços de Saúde em algum momento podem se deparar com pacientes agitados ou agressivos".

A equipe deve entender a agressividade do paciente como mais um sintoma a ser considerado no quadro clínico e como sinal de sofrimento psíquico que pode comprometer sua integridade física e de outros. A agitação psicomotora ou agressividade pode ser decorrente de diferentes tipos de condições orgânicas por isso uma investigação clínica que permita estabelecer um diagnóstico diferencial amplo deve ser considerada. Entre as causas médicas gerais mais comumente associadas a estados agudos de agitação psicomotora podem ser citadas: hipoglicemia, hipóxia, traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral, estados pós ictais, transtornos mentais, intoxicação por substâncias psicoativas, síndrome de abstinência alcoólica. O manejo do paciente agitado ou violento exige dos profissionais habilidades diversas, grande agilidade e articulação[2,3].

Antes de realizar a contenção mecânica propriamente dita, é importante verificar a cena em que se manifesta as atitudes e comportamento do paciente, para que seja iniciado pela equipe multiprofissional o planejamento da viabilidade e possibilidade de ser executada uma contenção.

Deve-se adotar formas de manejo que envolvam a organização do espaço físico, bem como a adequação das atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde.

A agitação e a agressividade podem ocorrer associadas a diferentes diagnósticos clínicos e/ou psiquiátricos, não sendo específicas de nenhuma psicopatologia. Dito isso, sempre devemos contar com a possibilidade que o paciente chegue ao serviço de saúde em estado de agitação ou agressividade[3].

O comportamento considerado violento consiste em conduzir ou ameaçar conduzir uma ação que cause um dano físico contra pessoas ou objetos. A violência é um comportamento multicausal, resultante da interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos.

Nas síndromes de agitação psicomotora, observa-se uma aceleração motora e aumento da excitação (impulsividade), levando o paciente a andar de um lado para o outro, gesticular excessivamente e demonstrar inquietação constante. Tais comportamentos podem estar associados a sintomas como irritabilidade, hostilidade e agressividade — sinais psicopatológicos extremamente frequentes e relativamente inespecíficos, observados diariamente nos serviços de emergência e estrategia saúde da familia.

Um paciente com comportamento agressivo caracteriza-se por ser provocador, desafiador e hostil com os demais pacientes ou membros da equipe, tendo sua conduta marcada por um intuito destrutivo. Além disso, pacientes com humor instável, baixa tolerância à frustração, histórico de agressão e impulsividade, delinquência, ideias delirantes de perseguição ou alucinações auditivas com vozes que lhes dão ordens são mais propensos à agitação seguida de agressividade.

Aspectos importantes:

- A habilidade de quem avalia é fundamental para antecipar o surgimento de comportamentos violentos.
- Observação de fatores preditivos: esses fatores são úteis para prever ocorrências e tomar medidas preventivas.
- O comportamento durante a entrevista é o principal preditor de violência iminente.
- Sinais de alerta incluem: mãos fechadas, musculatura tensa, paciente sentado na ponta da cadeira, inquietação, fala em tom alto ou ameaçador, humor irritado, exaltado ou eufórico, além de sinais de intoxicação por álcool ou outras drogas.
- Antes da crise de violência, podem ser observados: inquietação motora, deambulação inconsequente, irritabilidade flutuante, voz rápida e estridente, incontinência verbal e hipervigilância (com sensibilidade exagerada à proximidade física).

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

2. MANEJOS

2.1 Manejo Ambiental

A organização do espaço físico deve ser a primeira medida a ser considerada, antecedendo o atendimento de emergência propriamente dito. Ela visa aumentar a segurança do paciente, da equipe e de outras pessoas inseridas no local, buscando ajudar o paciente a controlar seu impulso agressivo e evitando que esse comportamento progrida, Para isso algumas condutas devem ser tomadas:

- Retirada de objetos e aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas;
- Fácil acesso à porta, tanto para a equipe como para o paciente, já que alguns pacientes persecutórios podem se sentir acuados, aumentando o risco de agressão física;
- O paciente não deve ser atendido por um único membro da equipe, a presença de outros profissionais de saúde ou mesmo de seguranças no local de atendimento ajuda a coibir comportamentos violentos de maneira significativa;
- Ao menor indício de hostilidade ou agitação, o paciente deve ser imediatamente avaliado. Quanto mais cedo o paciente for abordado, menor é o risco de evolução para comportamento violento.

A exposição a estímulos ambientais e pessoas desestabilizadoras para o paciente deve ser reduzida ao máximo. Como exemplo: um familiar com quem o paciente tem uma relação conflituosa ou um membro da equipe que o paciente envolveu em seus delírios devem ser afastados do paciente naquele momento de agitação[2].



[Digite aqui]

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

3. MANEJOS

2.2 Manejo Comportamental

De acordo com Del-Ben et al², o objetivo dessa intervenção é estabelecer uma relação de acolhimento com o paciente, criando um vínculo de confiança e respeito, reconhecendo seu sofrimento, buscando facilitar o estabelecimento de uma colaboração mútua no controle da agressividade. Para que isso ocorra, algumas diretrizes devem ser seguidas:

- Antes de qualquer intervenção, o profissional deve se apresentar ao paciente, dizendo seu nome e seu papel profissional naquela situação;
- A fala deve ser pausada, objetiva e clara, tomando-se o cuidado para evitar entonações ou frases hostis ou demasiadamente autoritárias;
- O paciente deve ser estimulado a expressar seus sentimentos em palavras e a equipe deve reforçar a capacidade do paciente de autocontrole;
- Estabelecer vínculo de confiança e respeito em que o paciente se sinta acolhido e com seu sofrimento reconhecido;
- Evitar movimentos bruscos e olhar diretamente para o paciente, mantendo o olhar na mesma altura do paciente, evitando posturas de superioridade;
- Manter alguma distância e evitar fazer anotações;
- Assegurar ao paciente que você pretende ajudá-lo a controlar seus impulsos.



RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!

11 **2770-0200** | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

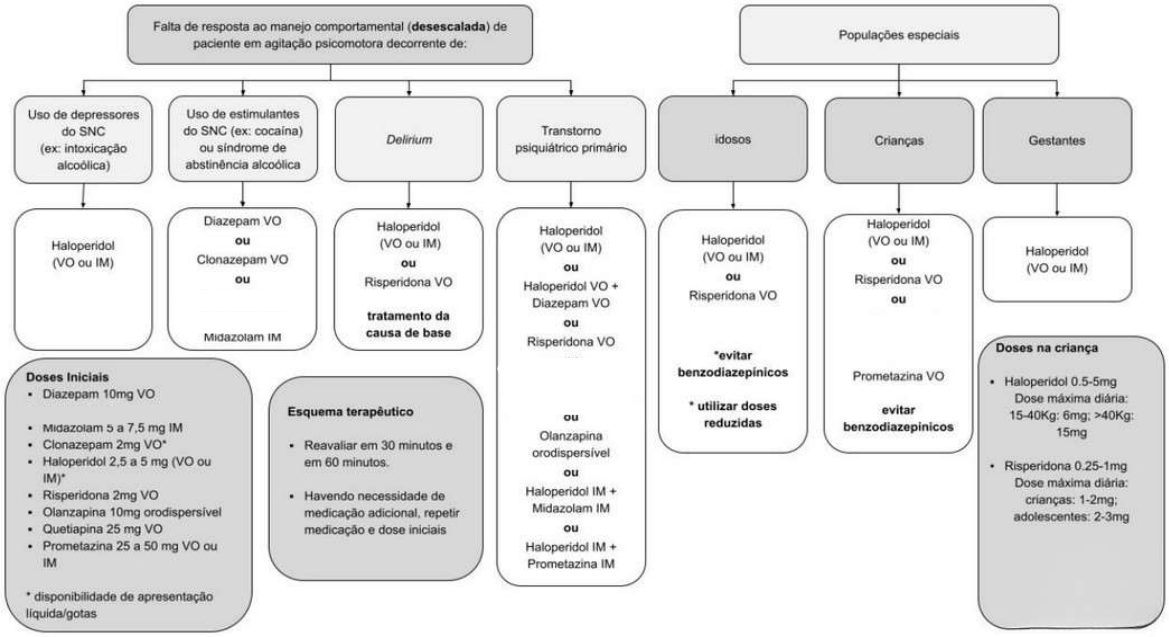
PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

3. MANEJOS

2.3 Manejo Farmacológico

O objetivo do uso da medicação como manejo de pacientes agitados não é a sedação excessiva (considerada como um efeito colateral indesejável), mas sim tranquilizar o paciente o mais rápido possível, reduzindo os riscos a que está exposto e ocorrência de efeitos colaterais permitindo, posteriormente, a continuidade da investigação diagnóstica ou abordagem terapêutica[2].

Recomenda-se que o manejo de agitação/agressividade seja feito com as menores doses possíveis, ajustadas de acordo com a necessidade clínica. Caso seja necessário o uso de outras doses, recomenda-se manter a mesma droga para evitar o aumento do risco de complicações associada ao uso de combinações diversas[3].



FONTE: MANTOVANI, 2024[12]

OBSERVAÇÃO: OLANZAPINA E QUETIAPINA DISPONÍVEL SOMENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM SAÚDE METNAL (SUSM).

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

3. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Quando as intervenções verbais, não verbais e medicamentosas descritas anteriormente não forem suficientes para o controle da situação, pode ser necessário o uso de isolamento e contenção física ou mecânica.

Para uma melhor compreensão e realização do procedimento, considera-se importante, entender a diferença entre contenção física e contenção mecânica, termos normalmente usados como sinônimos por profissionais da saúde.

A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente. Já a contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito.



Contenção Física
Fonte da imagem: Cofen, 2024



Contenção Mecânica
Fonte da imagem: Google

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!

11 **2770-0200** | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4.1 Decisão da contenção e papel de cada profissional

Quanto à competência de quem tomará a decisão da contenção, a Resolução CFM Nº 2057 DE 20/09/2013[6] do Conselho Federal de Medicina dispõe que:

§ 3º É admissível a contenção física de paciente, à semelhança da contenção efetuada em leitos de UTI, nos serviços que prestem assistência psiquiátrica, desde que prescrita por médico, registrada em prontuário, quando for o meio mais adequado para prevenir dano imediato ou iminente ao próprio paciente ou a terceiro.
§ 4º O paciente que estiver contido deve permanecer sob cuidado e supervisão imediata e regular de membro da equipe, não devendo a contenção se prolongar além do período necessário a seu propósito.
§ 5º Quando da contenção física, o representante legal ou a família do paciente devem ser informados tão logo possível.

O Conselho regional de Enfermagem de São Paulo, na Resolução COFEN Nº 746 DE 20/03/2024[1], orienta que;
Art. 1º A contenção mecânica de paciente será realizada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.
§ 1º A aplicação da contenção mecânica se dará sob a supervisão direta do enfermeiro.
§ 2º Na excepcionalidade, os profissionais que atuam no Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel poderão realizar a contenção mecânica de maneira segura, utilizando no mínimo de 05 (cinco) pessoas para realização do procedimento.
Art. 2º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado pela equipe de Enfermagem, para promover a segurança do paciente e prevenir danos e eventos adversos. Art. 3º Em todos os procedimentos de contenção mecânica de pacientes, as razões para a realização, sua duração, avaliações e ocorrência de eventos adversos, assim como os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente.

Neste sentido, o enfermeiro pode orientar inicialmente a contenção e comunicar o médico solicitando a prescrição. Em alguns situações pode ser necessário o apoio externo: em determinadas situações pode ser necessário acionar GCM, PM ou outros órgãos de segurança.

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

[Digite aqui]

PROTOCOLO DE CONTENÇAO FÍSICA E MECÂNICA

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4.2 Procedimento de contenção física

A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo[3]. Nesse caso, não se utiliza nenhum dispositivo mecânico, apenas técnicas manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece perigo para si e para terceiros, caracterizando como intervenção de segurança e não como recurso terapêutico[7].

A contenção física do paciente é utilizada para segurar, conduzir e restringir os movimentos físicos do paciente. Para que a técnica seja usada de forma adequada sem riscos de ferir seriamente o paciente, o profissional ou ambos, necessita-se, no mínimo, cinco profissionais para executá-la.

O uso mínimo de cinco profissionais na contenção física justifica-se pela distribuição deles nas partes do corpo a serem seguradas: um para cada membro superior, um para cada membro inferior, um para o tórax e cabeça. Dessa forma é possível, na maioria das vezes, conter de forma adequada o paciente, evitando riscos de lesões para ele e para os profissionais. Enfatiza-se que pequenas lesões podem ocorrer durante o procedimento como: hiperemias causadas ao segurar com força o paciente, escoriações na pele provocadas por unhas e musculatura dolorida em função da força empregada na contenção.

Na contenção física, a força é tão importante quanto o posicionamento, além do conhecimento sobre a imobilização das áreas corporais do paciente. Existem situações em que o paciente é muito alto, muito forte ou está muito agressivo e serão necessários mais do que cinco pessoas para contê-lo. Cada equipe deve ter um coordenador, embora todos os participantes devam ser preparados para assumir esse papel a qualquer momento.

A EQUIPE, AO ABORDAR O PACIENTE, NECESSITA FICAR POSICIONADA EM SEMICÍRCULO, REDUZINDO A ÁREA EM VOLTA DO PACIENTE, ASSIM LIMITANDO SUA MOVIMENTAÇÃO (FOTO 1).



Foto 1: Posicionamento da equipe
Fonte: Autoria própria

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Não se aconselha o posicionamento atrás do paciente no inicio da abordagem, pois um paciente com delírio persecutório pode tornar-se ainda mais agressivo diante da situação.

A contenção deve ser utilizada quando todas as medidas de controle e de colaboração do paciente acabarem. Para isso o coordenador deve observar o comportamento sugestivo para agressão e tomar iniciativa de executar o procedimento com a equipe já treinada, sendo o responsável por dar os comandos necessários para uma abordagem sincronizada e eficaz.

A equipe deve previamente combinar uma frase ou palavra a ser proferida pelo coordenador como sendo a senha, para que, ao final da verbalização, todos os profissionais consigam realizar a contenção de forma sincronizada. Outra estratégia é a utilização de frases longas que permitam o preparo do profissional para a ação, como: "Precisamos conversar sobre seu tratamento", "O senhor está um pouco alterado, vamos para outro ambiente conversar".

Para restringir o paciente, os profissionais que estão na linha de cintura do paciente irão segurar os membros superiores, um de cada lado (Foto 2).



Foto 2: Segurando os membros superiores
Fonte: Autoria própria

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 **2770-0200** | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Os profissionais que estão em linha diagonal irão segurar os membros inferiores, um de cada lado (Foto 3).



Foto 3: Segurando os membros inferiores
Fonte: Autoria própria

O profissional, que estiver coordenando a ação, irá se posicionar atrás do paciente e segurar a cabeça e o tórax deste de forma concomitante. Uma mão se apoia no tórax do paciente, por baixo da axila, e a outra segura a região frontal, para que seja controlada a cabeça e se evite possíveis lesões por mordedura (Foto 4).



16

Foto 4: Segurando o tórax e a cabeça.
Fonte: Autoria própria

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Assim deve-se ficar o posicionamento dos profissionais (Foto 5).



Foto 5: Posicionamento da equipe
Fonte: Autoria própria

4.3 Medidas a serem evitadas

As seguintes medidas são proibidas para aplicação por profissionais de saúde, pois não possuem caráter terapêutico:

- Aplicar chave de braço (Foto 8);
- Fazer tração de punho ou pisar no pé do paciente;
- Enforcar ou segurar o paciente passando os braços do profissional por baixo das axilas do paciente, retirar cruzando as mãos e prendendo a região occipital da cabeça (fotos 6 e 7).



Foto 6: Imobilização do pescoço
Fonte: Autoria própria



Foto 7: Enforcamento
Fonte: Autoria própria



Foto 8: Chave de braço
Fonte: Autoria própria

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4.4 Procedimento de contenção mecânica

A contenção mecânica é uma medida terapêutica que deve ser usada de forma adequada e específica para que surta o efeito desejado, de maneira segura e eficaz, evitando danos aos pacientes e aos profissionais envolvidos na técnica.

É um procedimento que, se não aplicado com critério e cuidados, pode desencadear complicações que vão muito além do trauma psicológico envolvido em uma abordagem agressiva e sem consentimento. São complicações clínicas graves, como: desidratação, rabdomiólise, redução da perfusão em extremidades, fraturas, depressão respiratória e até mesmo morte súbita. Por esta razão, ela deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas[8,9,10].

Após todos os profissionais estarem posicionados e o paciente restringido fisicamente, é imprescindível colocá-lo em uma maca no leito com grades elevadas, onde será contido mecanicamente com auxílio de faixas ou kit de restrição que deverão estar localizadas de forma próxima.

A contenção mecânica pode ser utilizada ainda para pacientes em condições clínicas ou traumáticas, quando agitado, com flutuações da [illegible]nição, para sua própria proteção, atentando-se aos critérios já discutidos anteriormente,



PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4.4.1 Materiais

- Leito ou maca em quarto de observação com lençol limpo;
- Travesseiro;
- Kit de restrição (Foto 9) ou quatro faixas de tecido de algodão duplo dobrado com 2,5 m de comprimento e 0,6 cm de largura, com várias costuras ao longo do comprimento para contenção de membro;
- Uma faixa para contenção de tórax;
- Nos casos de agitação intensa, acrescentar ao material mais 4 faixas para contenção de braços e coxas.



Foto 9: Kit restritor 5 peças.
Fonte: Google

+

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Procedimento de contenção mecânica

Após a contenção física do paciente, os profissionais devem se posicionar em frente à maca ou leito, mantendo o paciente elevado para ser posicionado acima do leito (Foto 10). Após isso deve-se mover o paciente em direção a cabeceira (Foto 11).

O paciente deve ser mantido em posição anatômica, com os membros inferiores levemente afastados, os membros superiores ao lado do corpo e com as palmas das mãos voltadas para cima. Cada profissional que segura um membro especifico do paciente deverá manter o mesmo membro fixado ao leito (Foto 12).



Foto 10: Posicionamento em frente ao leito/maca
Fonte: Autoria própria



Foto 11: Movimento em direção a cabeceira
Fonte: Autoria própria



Foto 12: Membros imobilizado ao leito
Fonte: Autoria própria

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Procedimento de contenção mecânica

O profissional que está posicionado no membro inferior necessita imobilizar o joelho e o tornozelo (principais articulações), usando cada uma de suas mãos para essas áreas. Deverá ter parâmetro individual para averiguação da força a ser aplicada para a devida contenção, evitando um dano ao paciente.

O profissional que está posicionado no membro superior necessita imobilizar o pulso e a fossa anticubital (principais articulações), usando cada uma de suas mãos para essas áreas. Deverá ter parâmetro individual para averiguação da força a ser aplicada para a devida contenção, evitando um dano ao paciente.

As faixas devem estar disponíveis e de fácil acesso no local onde o paciente está sendo contido, ou devem ser levadas pela equipe durante a abordagem.

O profissional que está livre (coordenador) para aplicar as faixas no paciente deve decidir por onde começar o procedimento, devendo iniciar sempre pelo membro que está sendo segurado e apresenta o maior risco de ser solto pelo paciente (Fotos 13 a e b; 14 a e b).







Foto 13 a e b: Colocando as faixas nos membros inferiores
Fonte: Autoria própria



Foto 14 a e b: Colocando as faixas nos membros superiores
Fonte: Autoria própria

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PROTOCOLO DE CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Procedimento de contenção mecânica

Os quatro membros devem ser contidos e as faixas devem ser amarradas no suporte da cama ou leito, com a técnica correta para evitar garroteamento dos membros. No caso do SAMU, é importante ressaltar que a contenção deve ser realizada na prancha rígida e, posteriormente, o posicionamento em maca. O tórax deve ser a última área a ser contida por faixa, após todos os membros já estarem contidos, devido à necessidade prévia de se ter um adequado posicionamento dos membros superiores (Foto 15).



Foto 15: Colocando as faixas no tórax
Fonte: Autoria própria

Após a contenção mecânica deve-se investigar a causa, que pode ser de origem clínica ou psiquiátrica, que levou a alteração do comportamento e agitação do paciente. O representante legal ou a família do paciente deve ser informado tão logo possível.

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

Para a realização da contenção com o Kit restritor sugerimos a realização do passo a passo conforme vídeo do fabricante.

Clique abaixo para ver o vídeo

https://youtu.be/GwfTYfMh10c?si=bAFr4gr_7qPqxCcD











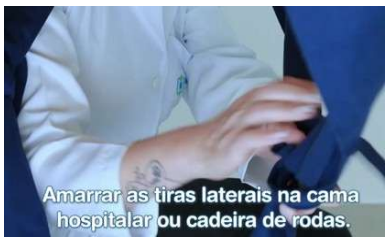


Foto 16 a, b, c, d, e e f: Colocando o kit restritor
Fonte: Youtube

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4.4.2 Cuidados com o paciente após a contenção mecânica.

Após a realização da contenção mecânica do paciente, há a necessidade de se tomarem medidas gerais e específicas, tanto no momento imediato à contenção quanto de forma contínua ao longo do período que o paciente for mantido contido, como:

- Manter a elevação da cabeça do paciente (Foto 17);
- Observar perfusão sanguínea arterial e pulsos periféricos;
- Observar os efeitos colaterais e a ação especifica dos fármacos;
- Cuidados gerais como hidratação, alimentação, higiene corporal, eliminações e mudança de decúbito;
- Nos casos em que a contenção mecânica precise permanecer por mais de duas horas o paciente deverá ser reavaliado pelo médico.



Foto 17: elevação da cabeceira
Fonte: Autoria própria

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

O enfermeiro deverá realizar avaliação sistemática durante a contenção a cada 30 minutos, preenchendo o instrumento de avaliação de contenção mecânica (Foto 18).



Foto 18: Preenchimento do instrumento de avaliação
Fonte: Autoria própria

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

4. CONTENÇÃO FÍSICA E MECÂNICA

4.4.3. Duração e retirada da contenção mecânica

O tempo de duração da contenção deve ser discutido pela equipe, sendo observado cada caso de forma individual. De forma geral, se o paciente não apresenta mais o comportamento que gerou a contenção mecânica, ou apresenta-se em estado de consciência, ou consegue fazer um contrato de liberação e/ou seu estado psíquico é avaliado como melhorado, chegou o momento de se proceder à sua liberação.

A liberação deve ser embasada em aspectos técnicos, ponderada pela opinião da equipe multiprofissional, sendo adequado o maior número de profissionais participantes da avaliação para liberar o paciente.

Deve-se fazer o contrato com o paciente a respeito de sua liberação, deixando claros os motivos da sua contenção: a necessidade de proteção individual e coletiva.

De modo claro e imperativo, sem tom de ameaça, deve ser orientado que, caso volte a apresentar o comportamento anteriormente descrito, ou, outro comportamento que seja avaliado como de risco, poderá ser necessária uma nova contenção física/mecânica.

Em seguida, deve ser orientado sobre a retirada das faixas de contenção, de modo vagaroso, sem sua participação na retirada das mesmas, deixando a cargo dos profissionais todo o processo. As faixas e o kit restritor não devem ser cortados e sim desamarrados, pois não são descartáveis. É preciso orientá-lo que ao final da retirada das faixas, não se levante de forma brusca e/ou rápida, pela possibilidade da ocorrência de hipotensão ortostática. Orienta-se movimentar cada membro liberado, de forma regular, flexionando-o por alguns breves instantes.

Um deve ser responsável por coordenar a ação enquanto os demais profissionais devem se posicionar um de cada lado do paciente, prontos para intervir, se houver agitação novamente. Inicia-se a liberação do paciente pela retirada da faixa do membro inferior do lado não dominante, onde o coordenador da ação fica lateralizado ao membro inferior a ser desamarrado e com o seu corpo na altura do joelho do paciente, afastando o rosto para evitar receber um golpe. Cerca de um minuto após, procede-se a retirada da faixa do membro superior do lado contrário ao membro inferior liberado. Aguarda-se novamente cerca de um minuto enquanto o paciente é avaliado, devendo neste momento movimentar os membros livres, continuando a liberação agora do membro auperior que se encontra amarrado. Novamente se completa o intervalo de espera e pela ordem a liberação do outro membro superior, quando a avaliação é feita e em seguida finaliza-se com a retirada da faixa do tórax.

Ressaltamos a necessidade imperativa de se realizar observação e a avaliação rotineiras do paciente, tomando todo o cuidado para não ocorrer descuidos na assistência, pela crença errônea de que não oferece mais perigo ou necessita de cuidados.

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

5. REGISTRO

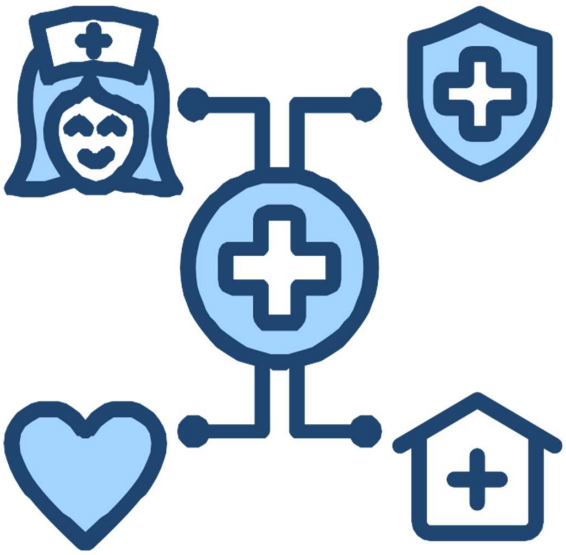
Conforme Processo de Enfermagem (PE)[11] e no Prontuário do Paciente.

Art. 4º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

§ 1º Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua, pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;
§ 2º Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;
§ 3º Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para a pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver:
I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;
II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;
III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.
§ 4º Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto à competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:
I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;
II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;
III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.
§ 5º Evolução de Enfermagem – compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.

6. ABRANGÊNCIA

O Protocolo deverá ser aplicado em todas as Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), e demais Unidades Especializadas.



11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 746, de 20 de março de 2024. Normatiza os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-746-de-20-de-marco-de- 2024/. Acesso em: 18 ago. 2025.
2. Del-Ben CM, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros MC de M, Oliveira GEC de, Guapo VG, et al. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 4 de fevereiro de 2017 [citado 18º de agosto de 2025];50(supl.1):98-112. Disponível em: https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/127543
3. MANTOVANI, Célia; MIGON, Marcelo Nobre; ALHEIRA, Flávio Valdozende; DEL-BEN, Cristina Marta. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 32, Supl. II, p. S96–S102, out. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/5sFSTKMhdRN6Vp7WkcbYBJg/. Acesso em: 18 ago. 2025.
4. ZEFERINO, Maria Terezinha; CARTANA, Maria do Horto Fontoura; FIALHO, Marcelo Brandt; HUBER, Manoela Ziegler; BERTONCELLO, Katia Cilene Godinho. Health workers' perception on crisis care in the Psychosocial Care Network / Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 3, e20160059, jul./set. 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160059. Disponível em: https://eanjournal.org/article/10.5935/1414-8145.20160059/pdf/ean-20-3-e20160059.pdf. Acesso em: 18 ago. 2025.
5. SOOD, Tara Raviprakash; MCSTAY, Christopher M. Evaluation of the psychiatric patient. Emergency Medicine Clinics of North America, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 669–683, ix, nov. 2009. DOI: 10.1016/j.emc.2009.07.005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19932400/. Acesso em: 18 ago. 2025
6. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 2057, de 20 de setembro de 2013. Dispõe sobre a guarda de prontuário e de documentos do paciente. LegisWeb. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2057, de 20 de setembro de 2013. Brasília, DF: CFM; 2013. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=261677. Acesso em: 19 ago. 2025.
7. ALLEN, M. H.; CURRIER, G. W. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. General Hospital Psychiatry, v. 26, n. 1, p. 42-49, 2004.
8. MARCOLAN, J.F.A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica. São Paulo: UNIFESP, 2004.
9. STUART, G. W.; LARAIA, M. T. Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática; Trad. de Dayse Batista. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
10. KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
11. Conselho Federal de Enfermagem (CO-FEN). Resolução COFEN n.º 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de Enfermagem. Brasília, 17 jan. 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/ . Acesso em: 19 ago. 2025.
12. Mantovani C. O desafio da agitação psicomotora na prática clínica. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 8º de outubro de 2024 [citado 23º de setembro de 2025];57(1):e-221903. Disponível em: https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/221903. Acesso em: 19 ago. 2025.

ANEXO 1

Instrumento de contenção mecânica

Nome: _____ **HY:** _____

Unidade de saúde: _____ **Data** ___/___/____

1. Diagnóstico _____

2. Tempo de Internação/Observação _____

3. Horário da contenção: Início: _____ **h** _____ **minutos**

4. Motivo da contenção:

_____

_____

(Preenchido Obrigatoriamente pela Enfermeira (o)

5. Médico notificado da contenção: _____

6. Houve tentativa anterior de: Manejo Verbal: Sim ( ) Não ( )

Se sim, por quem: _____

7. Contenção química: Sim ( ) Não ( )

Nome da medicação: _____

Administrada por: Auxiliar de enfermagem ( ) Enfermeira ( ) outro ( ) _____

Via de administração: Oral ( ) Intramuscular ( )Intravenosa ( ) Local _____

8. Orientou o paciente e/ou acompanhante sobre o motivo da contenção: Sim ( ) Não ( )

9. Contenção: MMSS ( ) MMII ( ) Tórax ( )Outros ( ) _____

10. Antes da contenção havia lesões presentes:

( ) Equimoses Local _____

( ) Manchas Local _____

( ) Lesões Local _____

( ) Escoriações Local _____

11. Paciente ofereceu resistência a contenção: Sim ( ) Não ( )

12. Equipe que participou da contenção (nomes): _____

_____

13. Funcionário foi agredido durante a contenção: Sim ( ) Não ( ). Se sim, preencher os campos abaixo:

Apresentou lesão decorrente da agressão: Sim ( ) Não ( )

Fez CAT: Sim ( ) Não ( )

Enfermeira (o) _____ **Coren** _____

ANEXO 1

Avaliação final:

1. **Tempo total de contenção mecânica:**

_____

2. **Médico notificado da descontenção:**

_____

3. **Equipe que desconteve (nomes)**

_____

_____

4. **Paciente apresenta lesões decorrentes da contenção: Sim ( ) Não ( ).**

Se sim, descreva a lesão:

_____

_____

5. **Outras observações relevantes:**

_____

_____

Enfermeira _____**Coren** _____

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

Protocolo de Prevenção de Quedas e Manejo Pós Queda

Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra

Secretaria de Saúde

2026



RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA E PRESERVA!

11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

Rio Grande da Serra. Secretaria da Saúde de Rio Grande da Serra, Secretaria de Saúde. Protocolo de Quedas. Rio Grande da Serra- São Paulo, 2026

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

Prefeitura Municipal de Rio Grande da Serra

Ricardo Akira Ono Auriani
Prefeito Municipal

Vilma Marcelino Silva
Vice Prefeita Municipal

Secretaria da Saúde

Felipe Vieira de Sá dos Santos
Secretário Municipal de Saúde

Telma Moraes Pires
Secretária Adjunta

Enfª Marli Pereira Campos
Coordenador de Atenção Básica

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande da Serra
Secretaria de Saúde

Rua Prefeito Cido Franco nº500,
Centro CEP 0945000 Rio Grande da
Serra - SP Telefone: (11) 2770-0180

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

SUMÁRIO

1. Introdução
2. Fatores de risco para quedas
3. Plano de prevenção e Intervenções
4. Recomendações específicas
5. Ações na ocorrência da queda
6. Prevenção de quedas no atendimento odontológico
Referências

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

INTRODUÇÃO

1.1 Finalidade

O protocolo tem a finalidade de garantir uma assistência multidisciplinar no monitoramento e implementação de medidas para prevenção de quedas e no manejo pós queda, tanto no ambiente das unidades da rede municipal da saúde, quanto no ambiente pré-hospitalar / domicílio.

1.2 Justificativa

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem prejuízos 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 (BOUSHON et al., 2012).

Quedas de pacientes contribuem para aumentar os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e de ordem legal (CORREA et al., 2012).

Geralmente a queda de pacientes está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo (idade avançada, principalmente idade acima de 85 anos, história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural), como ao ambiente físico (pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos) (MIAKE-LYE et al., 2013).

1.3 Abrangência

O Protocolo deverá ser aplicado em todos os pontos da rede de atenção à saúde, abrangendo as Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Especializada, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e no domicílio dos usuários.

1.4 Definição de Queda

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço, etc.), incluindo vaso sanitário (BRASIL, 2013).

11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS



RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

Os fatores de risco para quedas são tradicionalmente divididos em fatores intrínsecos e extrínsecos, segundo estudo de CARPEL, et al, 2022.

Os diferentes fatores intrínsecos e extrínsecos estão resumidos no Quadro 1.

Quadro 1: Resumo dos fatores de risco instrínsecos e extrínsecos[a]

Histórico de quedas anteriores [3]	Localização (por exemplo, quarto, banheiro, corredor) [3]
Comorbidade somática [4]	Hora do dia (por exemplo, tarde, noite) [2]
Estado cognitivo (por exemplo, agudo, confuso, delírio) [2]	Medicação somática (por exemplo, laxantes, anti-hipertensivos, bloqueadores alfa) [5]
Idade [6]	Medicamentos psicotrópicos (l[itio, benzodiazepínicos, estabilizadores de humor, antipsicóticos, ...) [8]
Gênero masculino ou feminino [4]	Auxílio de mobilidade [1]
Demência [4]	Admissão involuntária [1]
Diagnóstico Psiquiátrico (por exemplo, ansiedade, bipolar, psicose) [5]	ECT [1]
Instabilidade Postural [3]	Caminhando ou em pé [3]

TEC, Terapia Eletroconvulsiva O número de estudos por fator de risco está listado entre parênteses

Alguns fatores de risco para quedas:

- Demográficos: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos.
- Psicocognitivos: agitação, confusão mental, declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- Condições de Saúde/Doenças Crônicas: acidente vascular cerebral prévio, hipotensão postural, tontura, convulsão, síncope, dor intensa, baixo IMC, anemia, insônia, incontinência urinária/fecal, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (ex: hipoglicemia).
- Funcionalidade: dificuldade em atividades diárias, necessidade de auxílio à marcha, fraqueza muscular/articular, amputação de membros inferiores, deformidades em membros inferiores, comprometimento sensorial (visão, audição, tato).
- Equilíbrio Corporal: marcha alterada.
- Uso de Medicamentos: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina. Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
- Outros Fatores: obesidade Grau III severa , história prévia de queda, riscos ambientais (iluminação inadequada, pisos escorregadios/irregulares, tapetes, degraus, desníveis, manutenção insuficiente de equipamentos/mobiliário), calçados/vestuário/dispositivos de auxílio inadequados.
- Transporte: maca/prancha sem cintos de segurança ou grades elevadas; características do serviço SAMU (APH móvel, vias públicas).

11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PLANO DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÕES



RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

3.1 Materiais necessários

3.1.1 Para USF, UBS, UPA, CAPS, Centros de Atenção Especializada/Ambulatórios:

- Maca com grade;
- Cama com grade;
- Escada de 2 degraus;
- Faixas de contenção física e mecânica;
- Barras de apoio nos sanitários.

3.1.2 Para SAMU

- Pranchas com cintos;
- Macas com grades e cintos;
- Faixas de contenção física e mecânica;
- Incubadora de transporte neonatal;
- Cinto imobilizador aranha.

3.2 Insumos para identificação

A. Pacientes que permanecerem em observação ou que serão transferidos para continuidade do cuidado em outra unidade de saúde devem ser identificados com no mínimo 2 identificadores conforme POP de Identificação de usuário através de pulseira. Para os pacientes internados, além da pulseira de identificação deve-se realizar a identificação do leito conforme POP Identificação do usuário no leito, na qual é possível sinalizar se há riscos para quedas, Lesão por Pressão (LPP), Flebite, Alergias e outros.

B. Aplicar as escala de avaliação de risco para quedas conforme especificações do Quadro 2, com a finalidade de obter o escore de risco para sinalização na identificação de leito mencionada no item A.

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

Quadro 2: Diretrizes para avaliação de risco de queda

SAD	Utilizar a Escala de Morse - (≥18 anos) ou escala Humpty Dumpty - (29 dias a 17 anos), bem como Escala de Avaliação do Risco de Queda Associado ao Uso de Medicamentos e a escala de Tinetti nos pacientes idosos ou que apresentem alterações de equilíbrio e marcha na primeira visita domiciliar e reavaliar o risco a cada 7 dias ou antes se houver mudança do quadro clínico.
CAPS	Utilizar a Escala de Morse - (≥18 anos) ou escala Humpty Dumpty – (29 dias a 17 anos), bem como Escala de Avaliação do Risco de Queda Associado ao Uso de Medicamentos e a escala de Tinetti nos pacientes idosos ou que apresentem alterações de equilíbrio e marcha na admissão e reavaliar o risco a cada 24 horas ou antes se houver mudança do quadro clínico .
UPA	Utilizar em todos os pacientes da sala vermelha e naqueles pacientes que estiverem sendo observados por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na sala amarela, a Escala de Morse - Anexo 1 (≥18 anos) ou escala Humpty Dumpty –2 (29 dias a 17 anos), bem como Escala de Avaliação do Risco de Queda Associado ao Uso de Medicamentos e a escala de Tinetti nos pacientes idosos ou que apresentem alterações de equilíbrio e marcha na admissão e reavaliar o risco a cada 24 horas ou antes se houver mudança do quadro clínico.

3.3 Procedimentos e intervenções

a) Reavaliar o risco conforme especificação do item B e também sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a permanência do paciente, ajustando as medidas preventivas implantadas;

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riogrande daserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

b) Verificar se o paciente utiliza medicamentos que potencializam risco de queda: utilizar escala específica para avaliação do risco de queda associado ao uso de medicamentos, além de:

- realizar conciliação medicamentosa já na admissão;
- revisar a prescrição, dando especial atenção às transições de cuidado (admissão, transferências e alta hospitalar) e realizar adequações levando em consideração medicamentos que aumentam o risco de queda;
- informar ao paciente e ao seu acompanhante sobre o uso de medicamentos que podem causar sintomas relacionados ao aumento do risco de queda (exemplos: sonolência, vertigem, tontura, sudorese excessiva, palidez, mal- estar geral, alterações visuais, comprometimento de reflexos, hipotensão, hipoglicemia);
- avaliar o uso de medicamentos e interações medicamentosas que predispõem pacientes ao risco de hipoglicemia e, consequentemente, quedas;

a) Colocar sinalização usual, através de impresso, no leito do paciente com risco de queda, além do registro no respectivo prontuário.

- Comunicar o risco ao paciente/cuidador/familiar nos casos de internação e, no caso de atendimento pelo SAD, identificar em prontuário domiciliar o risco de queda e comunicar cuidador/ familiares quanto ao risco;

b) Auxiliar ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;

c) Alocar o paciente próximo ao posto de enfermagem, quando possível;

d) Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala). Se paciente com dificuldade de deambulação e sem dispositivo de marcha ou com alteração de estado geral utilizar cadeira de rodas durante o atendimento nas unidades de saúde. Orientar o cuidador sobre os locais de acesso a dispositivos (mútuo funerário, ONGs, CREAS e CRAS);

e) Em caso de agitação ou confusão mental, considerar a necessidade de contenção física e mecânica conforme protocolo de contenção disponível no endereço eletrônico: Atenção à necessidade de prescrição médica para contenção.

j) Realizar periodicamente revisão da prescrição, juntamente com a equipe mé-

ca e farmacêutica, se atentando à descrição de possíveis sintomas (por exemplo: vertigens, hipotensão, sonolência, sudorese excessiva, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, urgência miccional e alterações gastrointestinais), que aumentam o risco de queda. Orientar pacientes/cuidadores quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos;

k) Alocar os móveis, os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída e auxiliar nos deslocamentos, sempre que necessário;

l) Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama;

m) Orientar o paciente ou cuidador a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado e, no domicílio, com cuidador;

n) Atentar-se para avaliar situações transitórias do paciente, como jejum por longo período para coleta de exames laboratoriais, que poderiam contribuir para o risco de queda em pacientes que não apresentavam risco;

o) Avaliar, tratar e registrar em prontuário pacientes que sofreram queda, inclusive no domicílio, registrando data e local do evento, medidas adotadas pós-queda e se paciente apresentou danos após queda (permanente ou temporário);

p) Investigar o evento e notificar – preencher a notificação de eventos adversos ;

q) Verificar constantemente se, em situação de repouso, as grades estão elevadas e as rodas travadas (em macas, leito, cadeira de rodas). No domicílio, se disponível cama hospitalar, orientar a manter grades elevadas e rodas travadas, quando não disponível identificar medidas que possam auxiliar na prevenção de quedas (uso de coxins, encostar a cama na parede, etc.);

r) No caso de crianças, manter uma das grades elevadas do berço durante a tro-

11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

ca (roupa/fralda), lembrando de não deixá-la sozinha neste momento com uma das grades abaixadas. No caso de pacientes em uso de cadeira de rodas, orientar a não deixar o paciente sem supervisão, a travar as rodas quando não estiver em trânsito. No caso de carrinhos e bebês conforto, sempre manter os cintos de segurança afivelados;

s) Auxiliar o paciente durante o banho de aspersão, utilizar dispositivos de apoio como cadeiras de banho e barras de apoio quando possível;

t) Avaliar as condições de deambulação do paciente. Informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular e de que forma (sozinho ou com auxílio). Registrar as orientações. No domicílio, se o paciente conseguir deambular é desejável que se retire os tapetes, inclusive dos banheiros. Atentar-se para animais de estimação que ficam soltos, brinquedos ou objetos não devem ficar no chão;

u) Não utilizar sapatos de solas lisas;

v) Atentar-se para a iluminação do ambiente, desníveis no piso, fios ou outros obstáculos pelo caminho;

w) Orientar pacientes / familiares / cuidadores sobre as medidas preventivas individuais quanto ao risco de queda identificado, e entregar material educativo específico .

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS



RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

4.1 Domicílios

Avaliar e orientar o usuário e/ou cuidador/família acerca do ambiente seguro e sugerir as adequações com base na avaliação realizada:

- Iluminação dos ambientes, especialmente corredores e escadas;
- Disposição dos móveis e sugestões que ampliem a segurança do deslocamento no interior do ambiente;
- Pisos em boas condições, sem buracos ou irregularidades, e se não há tapetes soltos;
- Escadas com corrimãos firmes e degraus antiderrapantes;
- Barras de apoio instaladas em banheiros e outras áreas de risco;
- Deixar os objetos do dia a dia acessíveis, evitando a necessidade de se esticar ou usar escadas;
- Observar a mobilidade e o equilíbrio do paciente durante a visita; • O tipo de calçado do paciente e verificar se são adequados;
- Verificar se dispositivos como andadores ou bengalas estão em bom estado e sendo usados corretamente;

4.2 Durante transferências intra-unidade ou pelo SAMU

- Aproximar, ao máximo, a maca retrátil do local onde está o paciente para evitar a queda;
- Na prancha longa fixar o paciente com, no mínimo, 3 cintos de segurança; • Na maca, realizar a fixação do paciente com os cintos de segurança;
- Transportar pacientes agitados contidos fisicamente de acordo com o protocolo de contenção;
- Pacientes agitados, contidos, ou com alto risco para queda que estiverem na maca, transferir no destino final para uma maca ou cama com grade e realizar passagem de plantão.

4.3 Acomodação pediátrica na Unidade de Saúde

- ≤ 36 meses (3 anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima.
- > 36 meses: devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.

Em caso de ausência de camas ou berços com grades, o responsável pela criança deverá permanecer ao lado dela, quando esta estiver em maca, durante todo o tempo de permanência na unidade de saúde.

4.4 Acomodação pediátrica no Transporte

Realizar conforme "Protocolo de transporte neonatal e pediátrico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)".

4.5 Paciente com transtorno mental

- Os fatores de risco para quedas em pacientes com transtorno mental estão intrinsecamente relacionados às condições crônicas de saúde, especialmente as associadas ao envelhecimento. Atentar para:
- Hipertensão Arterial Sistêmica: Elevado risco de quedas devido à associação de medicações anti-hipertensivas e declínio fisiológico.
- Antidepressivos (tricíclicos) e Outras Drogas Psicoativas: Podem influenciar equilíbrio, controle postural e concentração.
- Benzodiazepínicos: Mais forte preditor de quedas, seguidos pelos antipsicóticos (CASSOLA et al., 2019).
- Polimedicação, Deterioração Física e Mental, Ausência de Percepção de Limitações, Dificuldades no Envolvimento do Paciente/Família, Confusão Mental (FIOCRUZ, 2020).

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

AÇÕES NA OCORRÊNCIA DA QUEDA



RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

A ocorrência de quedas exige resposta imediata e organizada por parte da equipe assistencial, visando garantir a segurança do paciente, o registro adequado do evento e a adoção de medidas preventivas para evitar novas ocorrências. O quadro a seguir descreve as ações que devem ser realizadas em cada etapa do processo, orientando profissionais sobre as responsabilidades envolvidas e os fluxos institucionais a serem observados.

Quadro 3: Ações após ocorrência de queda

Avaliação Imediata	Avaliar "cena" da queda, condições de mobilidade do paciente, necessidade do protocolo de imobilização (colar cervical e prancha longa) para remoção ao leito. Em unidade assistencial, acionar enfermeiro e médico.
Registro em Prontuário	Registrar as circunstâncias da queda, fatores de risco identificados, conduta tomada e possíveis danos (permanentes ou temporários).
Comunicação à Família	Comunicar a família do paciente sobre a queda, caso não esteja presente.
Reorientação de Cuidadores:	Reorientar cuidadores quanto aos cuidados domiciliares para prevenir novos episódios.
Ficha de Investigação	Preencher a ficha de investigação de queda.
Notificação Oficial	Notificar a ocorrência de queda nas unidades de saúde através do formulário disponível – preencher a notificação de eventos
Fluxograma Pós Queda	Seguir o fluxograma de manejo pós-queda.

5.1 Responsabilidade

Todos os profissionais da equipe multidisciplinar que realizam atendimentos nos serviços de saúde e no domicílio.

As ações devem ser executadas de acordo com a competência profissional.

5.2 Registro

O registro deve ser feito conforme Processo de Enfermagem e no prontuário eletrônico do paciente por todos os profissionais que presenciaram a queda ou que prestaram assistência após a queda.

5.3 Manejo do paciente pós-queda

A queda é considerada um dos agentes precursores de traumatismos. Assim, quando há a ocorrência de uma queda, deve-se realizar a avaliação inicial do trauma referente à responsividade da vítima, avaliação de vias aéreas, checagem do padrão respiratório e circulatório, avaliação do estado neurológico, presença de lesões e avaliação da dor (Mello, 2014).

A avaliação, bem como as intervenções terapêuticas (medidas de reanimação), são realizadas em caráter simultâneo, visando identificação e tratamento de condições potencialmente fatais.

O atendimento ao traumatizado deve ser estruturado e sistematizado, composto pelo mnemônico X-ABCDE, a saber:

- **X: Hemorragia exsanguinante - controle do sangramento externo grave A:**
- **Manejo da via aérea e estabilização da coluna cervical**
- **B: Respiração (ventilação e oxigenação)**
- **C: Circulação e controle de hemorragias**
- **D: Disfunção neurológica (incapacidade)**
- **E: Exposição e controle do ambiente**

Fonte: Protocolo de Atendimento às Urgências na APS

5.4 Conduta

- Encaminhar a vítima para unidade de referência em trauma, quando necessário;
- Realizar curativo se lacerações ou lesões;
- Avaliar situação vacinal e necessidade de profilaxia para tétano;
- Avaliar a necessidade de medidas farmacológicas para controle da dor;
- Registrar todas as condutas realizadas em prontuário;

Notificar a ocorrência de queda nas unidades de saúde através de formulário disponível– preencher a notificação de eventos adversos .

11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

Diário Oficial assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2, de 2001, e Lei 14.063, de 2020, garantindo autenticidade, validade jurídica e integridade.

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

Importante

- **Registrar** todas as condutas realizadas em prontuário;
- **Notificar a ocorrência de queda** nas unidades de saúde através de formulário – preencher a notificação de eventos adversos". Encaminhar a ficha de investigação de quedas .

5.5 Fluxo de manejo pós-queda no atendimento pré-hospitalar (APH):

Identificação da queda	◆ Profissional/pessoa identifica a queda via entrada de chamado 192. ◆ TARM registra a queda no campo queixa.
Confirmação e Comunicação	◆ Equipe no local (USB **- Unidade de Suporte Básico** /USA - **Unidade** ◆ **de Suporte Avançado** /GMAU - **Gerência de Monitoramento de Atendimento de Urgência/SAMU** confirma o relato da queda. Informa o regulador primário via smartphone ou HT (rádio comunicador).
Solicitação de Protocolo	A equipe deverá solicitar autorização para protocolo de trauma ao Médico Regulador, utilizando smartphone ou HT (rádio comunicador).
Aplicação do Protocolo	Aplica protocolo de trauma conforme POP Alinhamento e Estabilização Manual da Coluna Cervical com Instalação do Colar Cervical e POP Rolamento em Bloco e Instalação da Prancha Longa e Protetor Lateral de Cabeça ,
Registro de Informações	◆ Registrar a ocorrência no campo Evolução do chamado. E registrar a passagem de plantão no campo Passagem de Plantão- Unid Receptora- Nome do profissiobal e COREN. Passagem de ◆ Plantão ◆ Realiza passagem de plantão no APH conforme POP Passagem de Plantão de Enfermagem no Atendimento Pré- hospitalar ◆ Informa a ocorrência e registra a quem passou o plantão no campo desfecho do caso.

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO



6

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA E PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

6.1 Finalidade

O protocolo tem a finalidade de prevenir quedas de pacientes no atendimento odontológico e orientar o uso adequado e ético da restrição de movimento inapropriado para garantir uma assistência multidisciplinar, humanizada e segura a crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais não colaboradores que precisam de atendimento odontológico nos serviços de saúde.

6.2 Justificativa

6.2.1 Risco de Queda na Odontologia

Pacientes em ambiente odontológico estão sujeitos a riscos de queda, devido à presença de equipamentos, mangueiras e desconhecimento do ambiente clínico. A simples ação de sentar-se ou levantar-se da cadeira odontológica pode ocasionar acidentes, especialmente entre idosos, gestantes e pacientes em uso de determinados medicamentos.

6.2.2 Risco de Queda na Odontologia

- Hipotensão ortostática;
- Polifarmácia (uso de ≥4 medicamentos);
- Medicamentos como: benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxantes, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais e insulina;
- Estresse, medo, ansiedade e altas temperaturas.

6.2.3 Medidas Preventivas

- Retornar lentamente a cadeira odontológica à posição sentada; •

Orientar o paciente a levantar-se de forma progressiva;

- Acompanhar o paciente até a porta do consultório;
- Manter o ambiente livre de obstáculos e bem iluminado.

6.3 Transferência Segura de Pacientes Cadeirantes na Odontologia

Para transferência de pacientes em cadeira de rodas para a cadeira odontológica, o fluxo do procedimento é como a seguir:

6.3.1 Avaliação Inicial

Identifique se o paciente pode colaborar ou necessita de assistência total; informe-se sobre espasmos, uso de equipamentos adicionais (acessórios, almofadas, sonda com bolsa coletora de urina etc.);

Comunique ao paciente cada etapa antes de executá-la para reduzir ansiedade.

6.3.2 Preparação do ambiente

- Remova obstáculos e organize o ambiente para evitar quedas (cabos, instrumentos, equipamentos fixos);
- Ajuste a cadeira odontológica na mesma altura da cadeira de rodas ou ligeiramente menor; retire os apoios de braço e pés, se possível

6.3.3 Preparação da cadeira de rodas

- Remova o suporte para os pés e braço lateral;
- Posicione-a paralela à cadeira odontológica, o mais próxima possível. Trave as rodas e alinhe os rodízios frontais.
- Após transferência, ajuste o paciente com cuidado na cadeira odontológica; reposicione acolchoamentos conforme necessário;
- Verifique se está seguro, confortável e com boa postura

6.4 Restrição de Movimento na Odontologia

Em pacientes que não colaboram, como crianças pequenas ou pessoas com deficiência, pode ser necessário o uso de técnicas de estabilização protetora para garantir o posicionamento seguro e evitar acidentes.

A contenção física só deve ser utilizada quando:

- As técnicas básicas de manejo comportamental forem ineficazes; •

Houver consentimento informado por escrito (TCLE);

- For respeitado o tempo recomendado (10 a 14 minutos); •

Houver necessidade clínica justificada.

Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), as técnicas de manejo comportamental se dividem em:

Básicas: comunicação verbal, dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, distração, modelagem, preparo progressivo, entre outras;

- Avançadas: estabilização protetora, sedação oral, entre outras – indicadas apenas em casos específicos.

6.4.1 Terapia do Abraço

Técnica 1

- Informar ao responsável pelo paciente a necessidade da realização da contenção física, após falha das demais técnicas de manejo de comportamento;
- Assinatura do TCLE autorizando a realização da contenção física;
- Pedir para o responsável pelo paciente deitar-se na cadeira odontológica em posição horizontal;
- Posicionar a criança no colo do responsável em posição horizontal;
- Pedir para o responsável segurar os braços da criança como um abraço;
- Pedir para o responsável cruzar suas pernas sobre as pernas da criança;
- O auxiliar deve estabilizar o tronco e a cabeça da criança com as mãos.

Técnica 2:

- Informar ao responsável pelo paciente a necessidade da realização da contenção física, após falha das demais técnicas de manejo de comportamento;
- Assinatura do TCLE autorizando a realização da contenção física;
- Deitar a criança/paciente na cadeira odontológica em posição horizontal;
- Pedir ao responsável ficar de frente para a criança e deitar sobre o tronco dela;
- Pedir para o responsável segurar os braços e pernas da criança;
- O auxiliar deve estabilizar a cabeça da criança.

6.4.2 Terapia do Abraço

- Informar ao responsável pelo paciente a necessidade da realização da contenção física, após falha das demais técnicas de manejo de comportamento;
- Assinatura do TCLE autorizando a realização da contenção física;
- Forrar a cadeira odontológica com um lençol ou pano trazido pelo responsável do paciente;
- Dobrar a ponta esquerda do lençol, passa-la encima dos braços até o lado direito do corpo do paciente;
- Dobrar a extremidade inferior do lençol para cima;
- Dobrar a ponta direita do lençol da mesma forma que a esquerda.

6.4.3 Abridores de boca

Odontológicos: confeccionados de borracha ou silicone e abridores de boca de Molt.

- Improvisados: confeccionados com rolha de cortiça envolvida em pano ou utilizando espátulas
- de madeira.

6.5 Estabilização Protetora

6.5.1 Indicação da Estabilização Protetora

- Pacientes que requerem diagnóstico imediato e/ou tratamento urgente e não podem cooperar devido a problemas emocionais e nível de desenvolvimento cognitivo, falta de maturidade ou condições médicas e físicas;
- Cuidados de emergência são necessários e movimentos inapropriados podem arriscar a segurança do paciente, da equipe, do dentista ou dos pais sem o uso de estabilização protetora;
- Paciente anteriormente cooperativo que rapidamente se torna não cooperativo durante o atendimento, a fim de proteger a segurança do paciente e ajudar a agilizar a conclusão tratamento;
- Paciente sedado que pode não cooperar durante o tratamento;
- Pacientes com necessidades especiais podem apresentar movimentos inapropriados que são prejudiciais ou interferem significativamente na qualidade do atendimento.

6.5.2 Benefícios da Estabilização Protetora

- Quando indicada e usada corretamente a estabilização protetora tem os seguintes benefícios:
- Redução ou eliminação de movimentos indesejáveis;
- Proteção do paciente, equipe, dentista ou pai de lesões;
- Facilita a execução de tratamento odontológico de qualidade.

6.5.3 Contraindicações da Estabilização Protetora

- Pacientes cooperativos que não estão sedados;
- Pacientes que não podem ser imobilizados com segurança devido a condições médicas, psicológicas ou físicas;
- Pacientes com histórico de problemas físicos ou trauma devido à contenção (exceto na ausência de outras alternativas disponíveis);

Pacientes sem necessidade de tratamento emergencial, afim de realizar procedimentos em vários dentes ou em todas as arcadas.

6.5.4 Riscos Associados da Estabilização Protetora

Embora comum, a estabilização protetora pode provocar reações adversas. A AAPD adverte para o potencial de efeitos psicológicos negativos a longo prazo.

Riscos relatados:

- Leves: contusões e arranhões;
- Graves: casos raros, associados à contenção inadequada;
- Técnicas passivas planejadas tendem a apresentar menos lesões (Spreat et al., 1986).

6.5.5 Materiais utilizados

- Faixas de contenção; •

Lençol do paciente;

- Abridores de boca (de silicone ou improvisados); •

Espátulas de madeira;

- Rolha de cortiça envolvida em pano.

6.6 Abrangência do Protocolo de Quedas e Estabilização Protetora

O Protocolo deverá ser aplicado em todas as Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que apresentarem atendimento odontológico.

6.7 Responsabilidade

Todos os profissionais da equipe odontológica que realizam atendimentos nos serviços de saúde.

6.8 Registro

No registro do prontuário do paciente deve incluir:

- Indicação para estabilização. •

Tipo de estabilização.

- TCLE para estabilização protetora assinado pelo responsável do paciente.
- Motivo da exclusão dos pais durante a estabilização protetora (quando aplicável).
- A duração da estabilização.
- Avaliação/classificação do comportamento durante a estabilização.
- Quaisquer resultados adversos como marcas na pele.

11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riogrande daserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

REFERÊNCIAS

Adair SM, Durr DP. Modification of Papoose Board® restraint to facilitate airway management of the sedated pediatric dental patient. Pediatr Dent 1987;9(2):163-5.

Adair SM, Schafer TE, Rockman RA, Waller JL. Survey of behavior management teaching in predoctoral pediatric dentistry programs. Pediatr Dent 2004;26(2):143-50.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatr Dent. 2010/2011;32(6):147-155.

AAPD. Guideline on protective stabilization for pediatric dental patients. Pediatr Dent. 2013;35(5):E169-73.

BOUSHON, B. et al. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012. Disponível em: <www.ihi.org>. Acesso em: 04 Abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. PE3: Protocolos especiais, Brasília: Ministério da Saúde, 3p., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas. Ministério da Saúde. Avisa. Fiocruz. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, p. 1 – 14.

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz – Sustentabilidade Social. Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar. PROADI SUS em parceria com a equipe da Coordenação Geral da Atenção Domiciliar – CGAD/DAHU/SAS/MS. 58 p., 2017.

CASSOLA, T.P.; ESLABÃO, A.D.; SANTOS, E.O.; CRUZ, I.R.;, SCHNEIDER, J.F.; PINHO, L.B. Quedas em pacientes psiquiátricos: Uma revisão integrativa. Cienc Cuid Saude v.18, n.3 e44993, 2019 Jul-Set. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/articl e/view/44993. Acesso Dez ,2022.

Clinical Affairs Committee – Behavior Management Subcommittee. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. Pediatr Dent. 2015;37(5):57-70.

FIOCRUZ. Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19 / organizado por Débora da Silva Noal, Maria Fabiana Damasio Passos e Carlos Machado de Freitas. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020 /10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf Acesso em: 14 fev 2023.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

CORREA, A.D.; MARQUES, I.A.B.; MARTINEZ, M.C.; SANTESSO, P.L.; LEÃO, E.R; CHIMENTÃO, D.M.N. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. Rev Esc Enferm [periódico na internet]. 1:67-74201246. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf Acesso em: 10 fev 2023.

Carpels A, de Smet L, Desplenter S, de Hert M. Falls Among Psychiatric Inpatients: A SystematicReview of Literature. Alpha Psychiatry. 2022 Sep 1;23(5):217-222. doi: 10.5152alphapsychiatry.2022.21735. PMID: 36426266; PMCID: PMC9623207

DYKES PC, CARROLL DL, HURLEY A, LIPSITZ S, BENOIT A, CHANG F, ET AL. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. JAMA 2010; 304(17):1912-8.

HEMPEL S, NEWBERRY S, WANG Z, BOOTH M, SHANMAN R, JOHNSEN B, SHIER V, SALIBA D, SPECTOR W, GANZ D. Hospital fall prevention: a systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness. J Am Geriatr Soc. 2013;61(4):483-94. 19).

Huang ar, mallet l, rochefort cm, eguale t, buckeridge dl, tamblyn r. Medication-related falls in the elderly: causative factors and preventive strategies. Drugs Aging. 2012; 29(5):359-76.

GANZ DA, HUANG C, SALIBA D, SHIER V, BERLOWITZ D, LUKAS CVD, PELCZARSKI K, SCHOELLES K, WALLACE LC, NEUMANN P. Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care. [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013 Jan. 190 p. Disponível em: http://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/fallp xtoolkit.pdf. Acesso em: 14 fev 2023.

MIAKE-LYE IM, HEMPEL S, GANZ DA, SHEKELLE PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med 2013; 158:390-6.

MELLO, Bruna Luiza Dutra de; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; GARCIA, Alessandra Bassalobre; TERAOKA, Eliana Cavalari. Condutas pós-quedas de pacientes em instituições hospitalares: revisão integrativa. Revista de enfermagem UFPE, [Recife], v. 8, suplemento, p. 2434-44, 2014.

PEDRO LS, FARIA JO. Desafios da prevenção de quedas em idosos na Atenção Primária à saúde. Rev baiana enferm. 2019; 33: e28192. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/28192/19376. Acesso em: 11 Ago. 2022.

SOCIEDADE HOSPITAL SAMARITANO. Diretriz assistencial: prevenção, tratamento e gerenciamento de quedas. São Paulo (S); 2013.

11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

Spreat S, Lipinski D, Hill J, Halpin ME. Safety indices associated with the use of contingent restraint procedure. Appl Res Ment Retard. 1986;7(4):475-81.

UFPEL. Universidade Federal de Pelotas. Atenção domiciliar: situações clínicas comuns em idosos. Prevenção de quedas no Ambiente Domiciliar. Departamento de Medicina Social. Pelotas – RS, Brasil.

ORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age [Internet]. Genebra(CH): World Health Organization; 2007. 47 p. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7Marc h.pdf. Acesso em: 14 fev 2023.

11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

ESCALA DE MORSE

Morse Fall Scale **Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil**	**Pontos**
1. Histórico de Quedas	
Não	0
	25
2. Diagnóstico Secundário	
3. Auxílio na deambulação	
Mobiliário/Parede	**30**
4. Terapia Endovenosa / Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
5. Marcha	
Comprometiva/Cambaleante	**20**
6. Estado Mental	
Orientado/Capaz quanto a sua capacidade/limitação	
0	

Fonte: Urbaneto et. al, 2013

Definições operacionais de cada item da Morse Fall Scale, traduzida e Adaptada para a Língua Portuguesa do Brasil - Porto Alegre, 2011

Item	Definição Operacional
1. Histórico de Quedas	
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses. Se o
Sim	paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fi siológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.
2. Diagnóstico Secundário	
Não	Se no prontuário do paciente apresentar **apenas um** diagnóstico médico.
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar **mais de um** diagnóstico médico.
3. Auxílio na deambulação	
Nnehum/Acamado/Auxilia o por Profissional da Saúde	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.**
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta **apoiando-se** no mobiliário/paredes.
4. Terapia Endovenosa / Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	Se o paciente **não usa** dispositivo endovenoso. **Nota:** quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.
Sim	Se o paciente **usa** dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação/Acamado/Cad eira de Rodas	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).

Fraca	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.
Comprometiva/Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter difi culdade 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 auxilio 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 mobília, **ele o faz com força até que as**
6. Estado mental	
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifi que se a resposta **é** consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classifi cado como capaz.
Superestima capacidade/ Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifi que 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.

Classificação de risco de quedas de acordo com a escala de Morse

Pontos	**Risco**
0 a 24	Baixo
25 a 44	Médio
≥ 44	Alto

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

ESCALA HUMPTY DUMPTY (29 DIAS A 17 ANOS)

Parâmetros	Critérios	Pontuação
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 deamula	1
Medicação utilizada	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos,	4
	1 dos medicamentos acima mencionados	3
	Outros medicamentos / Nenhum	1
Deficiências Cognitivas	Não consciente de suas limitações	4
	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

Total	Soma
Risco de Queda	> 7 a < 12
Alto Risco de Queda	>12

Fonte: Rodrigues, E S A, 2020

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA ASSOCIADO AO USO DE MEDICAMENTOS

Medication Fall Risk Score, proposta pela Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ).

Pontuação - Grau de Risco	Medicamentos	Observações
3 (alto)	Opioides, antipsicóticos, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos e outros hipnóticos-sedativos.	Sedação, tontura, distúrbios posturais, alteração da marcha e do equilíbrio, déficit cognitivo.
2 (médio)	Anti-hipertensivos, medicamentos utilizados no tratamento de doenças cardiovasculares, antiarrítmicos e antidepressivos.	Indução do ortostatismo, comprometimento da perfusão cerebral.
1 (baixo)	Diuréticos.	Aumento da deambulação, indução do ortostatismo.

Fonte: Gans et al, 2013

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

EXEMPLOS DE MUDANÇA DE CONDIÇÃO DO PACIENTE

- Alteração nível de consciência;
- Utilização de analgesia/sedação;
- Longos períodos de jejum para procedimentos ou coleta de exames;
- Alterações na autonomia para o autocuidado: vertigens, hipotensão, sonolência, sudorese excessiva, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, urgência miccional e alterações gastrointestinais;
- Dificuldade para deambular;
- Ocorrência de queda.

IDENTIFICAÇÃO DE LEITO DO PACIENTE

☐	
☐	
☐	
☐	
☐	

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE QUEDA DO PACIENTE

Data da investigação	Data da admissão	Data da queda	Horário da queda	Etiqueta ou Identificação do paciente (nome + Hygia)

Fatores do Ambiente/estruturais que propiciaram a queda	SIM	NÃO	Observação:
1			
2			
3			
Fatores do tratamento que propiciaram a queda	SIM	NÃO	Observação:
1			
2			
3			
Fatores do Paciente que propiciaram a queda	SIM	NÃO	Observação:
1			
2			
3			
Paciente com acompanhante 24 h	SIM	NÃO	Período:
A queda foi visualizada por alguém? Se "não", quem relatou?	SIM	NÃO	Observação:

Local da queda:

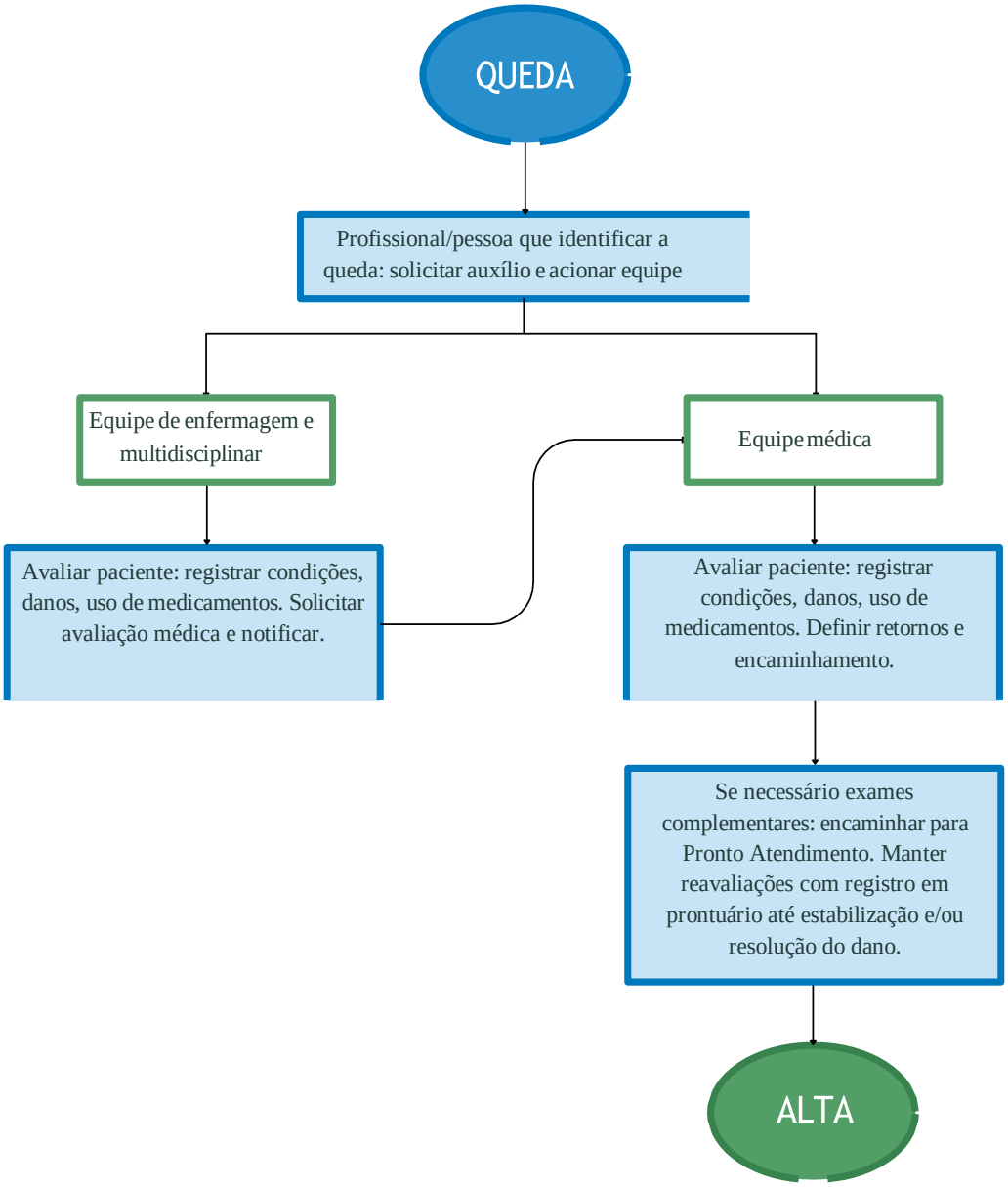
Acompanhante recebeu orientação sobre o risco e cuidados para prevenir quedas	SIM	NÃO	Observação:
Existe anotação de enfermagem em todos os períodos sobre as condutas do Protocolo de Prevenção de Quedas	SIM	NÃO	Alguns períodos. Quais?
Paciente com a Sistematização da Assistência de Enfermagem	SIM	NÃO	Observação:
Na SAE há Evidência do Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem que visem o risco e a Prevenção de Quedas	SIM	NÃO	Observação:
Protocolo de Prevenção de Quedas estava implementado	SIM	NÃO	Observação:
Há evidencia de treinamento para a equipe de enfermagem sobre o Protocolo de Prevenção de Quedas nos últimos 06 meses	SIM	NÃO	Observação:
A conduta tomada após a queda foi de acordo com o Protocolo de Prevenção de quedas	SIM	NÃO	Observação:
Houve lesão decorrente da queda. Se "sim", descreva a intervenção	SIM	NÃO	Observação:

Assinatura a do profissional

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

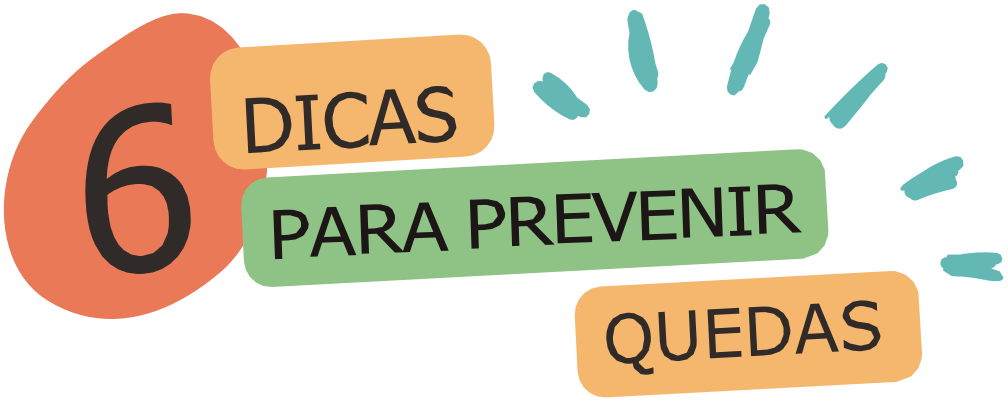
FLUXOGRAMA - MANEJO PÓS QUEDA



RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

MATERIAL EDUCATIVO



CUIDE-SE

Faça exames de rotina, cuide da saúde dos olhos e da pressão!

CUIDADO COM OS PÉS

Para evitar quedas, utilize sapatos ajustados ao seus pés, não utilizar sapatos de solas lisas, evitando desequilíbrio e eventuais tropeços!

FAÇA EXERCÍCIOS

Sempre que possível, faça atividade física, seja uma caminhada, alongamentos, ou que preferir!

ILUMINAÇÃO

Mantenha os ambientes sempre iluminados!

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serrra - SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

REMÉDIOS

Veja quais medicações está em uso e esteja atento ao aparecimento de tonturas ou mal-estar!

EM CASA



Evite muitos móveis em um mesmo ambiente da casa. Cuidado redobrado com tapetes e objetos pelo chão!

Avaliação de equilíbrio e marcha





Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de TINNETI



Realizado através de protocolo de Marry Tinneti proposto em 1986. O teste é capaz de avaliar as condições vestibulares e da marcha da pessoa idosa. Em 2003, esse teste foi adaptado para ser utilizado na população brasileira recebendo o nome de POMA-Brasil.

Objetivo: avaliação de marcha e equilíbrio.

Avaliações dos resultados: quanto menor a pontuação maior o problema. Pontuação menor que 19 indica risco 5 vezes maior de quedas.

Providências com os achados/resultados: escores muito baixos indicam necessidade de avaliação fisioterápica e/ou início de programa de reabilitação.

saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

Equilíbrio

Comece avaliação com a pessoa idosa sentada em uma cadeira sem braços.
As seguintes manobras serão testadas:

1	Equilíbrio sentado	Escorrega	0
		Equilibrado	1
2	Levantar	Incapaz	0
		Utiliza os braços como apoio	1
		Levanta-se sem apoiar os braços	2
3	Tentativas para levantar	Incapaz	0
		Mais de uma tentativa	1
		Tentativa única	2
4	Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado	0
		Estável mais utiliza suporte	1
		Estável sem suporte	2
5	Equilíbrio em pé	Desequilibrado	0
		Suporte ou pés afastado (base de sustentação maior que 12 cm)	1
		Sem suporte ou base estreita	2

RIO GRANDE DA SERRA
CIDADE QUE CUIDA & PRESERVA!
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 – Vila Arnoud – Rio Grande da Serrra – SP

PREFEITURA RIO GRANDE DA SERRA | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

6	Teste dos três campos (o examinador empurra levemente o externo da pessoa idosa que deve ficar com os pés juntos)	Começa a cair Garra ou balança (braços) Equilibrado	0 1 2
7	Olhos fechados (pessoa idosa em pé, com os pés juntos)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 1
8	Girando 360 graus	Passos descontínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	0 1 2
9	Sentado	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Utiliza os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 1 2

Pontuação do Equilíbrio __/ 16

Marcha

A pessoa idosa deve estar em pé, caminhar pelo corredor ou pela sala no passo normal, depois voltar com passos rápidos, mas com segurança usando o suporte habitual (bengala, andador).

10	Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 1
11	Comprimento e altura dos passos	a) Pé direito Não ultrapassa o pé esquerdo Ultrapassa o pé esquerdo Não sai completamente do chão Sai completamente do chão b) Pé esquerdo Não ultrapassa o pé direito Ultrapassa o pé direito Não sai completamente do chão Sai completamente do chão	 0 1 0 1 0 1 1
12	Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 1
13	Continuidade dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 1
14	Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 1 2
15	Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços enquanto anda Sem flexão, balanço, não usa os braços em apoio	0 1 2
16	Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 1

Pontuação da Marcha _____ / 12

Pontuação Total _____ / 28

RIO GRANDE DA SERRA
11 2770-0200 | Ramal 1093
saude@riograndedaserra.sp.gov.br
Rua Prefeito Cido Franco, 500 - Vila Arnoud - Rio Grande da Serra - SP