ANEXO XIII

Organograma da Associação Saúde em Movimento

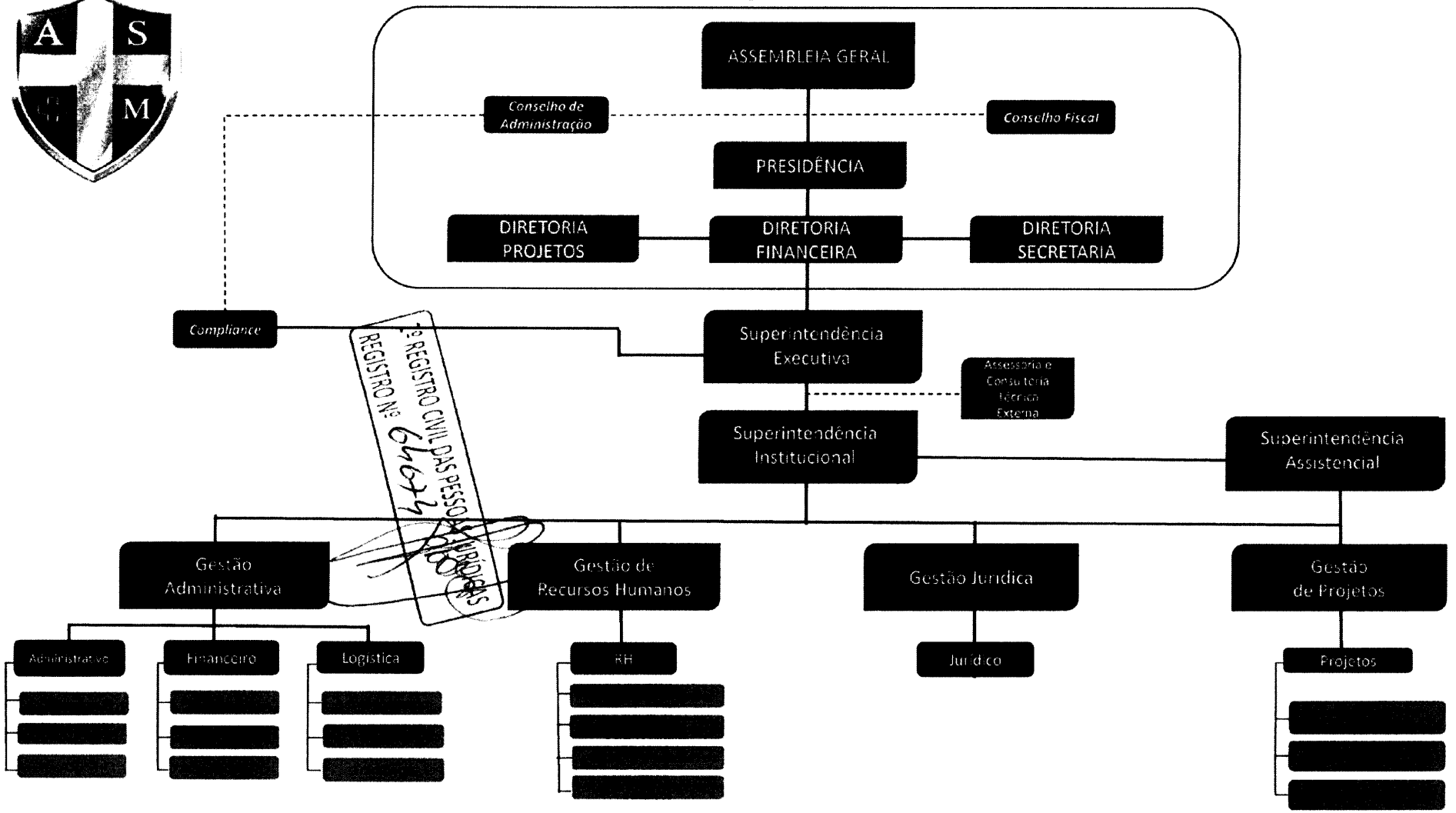
CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

ORGANOGRAMA DA ASSOCIAÇÃO SAÚDE EM MOVIMENTO - ASM



1º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS REGISTRO Nº 6467

Versão_Organograma_1.0/0121

2.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ANA CAROLINA DA FRANÇA PEREIRA, em segunda-feira, 11 de maio de 2026 12:17:27 GMT-03:00, CNS: 00.546-2 - CARTÓRIO CATIZANE - TABELIONATO 8º OFICIO DE NOTAS/BA, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 149/2023 CNJ - artigo 305.

1489

ANEXO XIV

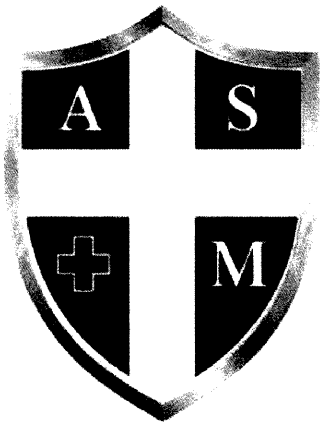
Protocolo institucional de Classificação de Risco

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Classificação de Risco

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas unidades geridas pela Associação Saúde em Movimento (ASM), assegurando que a priorização do atendimento seja definida pela gravidade clínica e pelo potencial de risco do usuário, e não pela ordem de chegada, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 2.048/2002, a Resolução CFM nº 2.077/2014 e a Resolução COFEN nº 661/2021. Busca-se garantir agilidade na identificação de situações de risco, segurança do paciente durante o período de espera e uso racional dos recursos assistenciais.

Para a parametrização operacional dos discriminadores clínicos, adota-se como referência técnica o sistema de triagem por cores de base Manchester, consolidado em protocolos municipais de referência da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) — a exemplo do Protocolo de Classificação de Risco da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia/GO (2025), estruturado sobre o mesmo sistema de cinco cores e tempos-alvo aqui adotados. Os parâmetros técnicos deste protocolo são adaptáveis ao instrumento contratual e à realidade estrutural de cada município e unidade.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se aos enfermeiros classificadores, à equipe de enfermagem de apoio, à equipe médica, à recepção e à gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e demais pontos de urgência geridos pela ASM, incluindo Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e equivalentes, conforme a nomenclatura de cada rede municipal. Aplica-se, no que couber, às Unidades Básicas de Saúde (UBS) que recebam demanda de urgência, as quais devem adaptar o fluxo à sua realidade estrutural, articulando-se ao Protocolo de Acolhimento institucional e ao Protocolo de Articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para os casos que exijam remoção ou referência a outro ponto de atenção.

Os discriminadores clínicos por queixa, os equipamentos e a metodologia detalhada de triagem são adotados e adaptados a partir do protocolo de referência do município contratante, mantidos, em qualquer caso, o sistema de cinco categorias de risco e os tempos-alvo definidos neste documento.

3. DEFINIÇÃO

Classificação de risco: processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento apresentado, sendo atividade privativa do enfermeiro, conforme a Resolução COFEN nº 661/2021.

Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR): modelo de organização do serviço de urgência que associa a escuta qualificada do acolhimento à priorização do atendimento por gravidade clínica.

Discriminador clínico: sinal, sintoma ou parâmetro objetivo (por exemplo, dor, sinais vitais, nível de consciência) utilizado para definir a categoria de risco do usuário, sem constituir diagnóstico médico.

Escala Visual Analógica (EVA): instrumento padronizado de mensuração da intensidade da dor, graduado de 0 a 10, empregado como discriminador na classificação de risco de adultos e crianças (Anexo II).

Escala de Coma de Glasgow (ECG): instrumento clínico padronizado utilizado para avaliar o nível de consciência do usuário durante a classificação de risco (Anexo III).

Tempo-alvo: intervalo máximo de tempo recomendado entre a classificação de risco e o início do atendimento médico, definido conforme a categoria atribuída.

Reavaliação: nova avaliação do usuário durante o período de espera, realizada de forma periódica ou sempre que houver alteração do quadro clínico.

Protocolo de referência (base Manchester): conjunto de fluxogramas e discriminadores por queixa, estruturado sobre o sistema de triagem por cores, adotado formalmente pela unidade a partir do protocolo do município contratante e da capacitação institucional da equipe.

4. DIRETRIZES

4.1 Princípios da Classificação de Risco

A classificação de risco é atividade privativa do enfermeiro, que não deve exercer nenhuma outra atividade concomitantemente durante sua realização, conforme a

Resolução COFEN nº 661/2021, sendo executada no contexto do Processo de Enfermagem (Resolução COFEN nº 358/2009). O protocolo adotado para a classificação deve ser baseado em sintomas e sinais objetivos, não podendo envolver diagnóstico médico, conforme a Resolução CFM nº 2.077/2014. Nenhum usuário classificado pelo enfermeiro pode ser dispensado do serviço ou encaminhado a outra unidade sem antes ser avaliado por médico.

4.2 Responsabilidades

RESPONSÁVEL	ATIVIDADES / RESPONSABILIDADES
Recepção / Equipe administrativa	Direcionar imediatamente o usuário à sala de classificação de risco, sem intermediar filas por ordem de chegada.
Enfermeiro(a) classificador(a)	Realizar a escuta qualificada, aferir os sinais vitais, aplicar os discriminadores clínicos, atribuir a categoria de risco, registrar a classificação e comunicar de imediato à equipe médica os casos de maior gravidade.
Técnico(a) / Auxiliar de Enfermagem	Apoiar a aferição de sinais vitais e a reavaliação periódica dos usuários em espera, sob supervisão do enfermeiro classificador.
Médico(a)	Avaliar e atender o usuário conforme a prioridade definida na classificação, não podendo dispensar ou encaminhar a outro serviço usuário já classificado sem realizar a consulta médica.
Gestão da Unidade	Garantir o dimensionamento adequado de enfermeiros classificadores, a capacitação da equipe no protocolo adotado e a infraestrutura da sala de classificação, incluindo privacidade e sigilo do usuário.

4.3 Sistema de Classificação Adotado (cores e tempos-alvo)

O sistema de triagem por cores adotado organiza os usuários em cinco categorias de risco, cada uma associada a um tempo-alvo máximo de espera até o atendimento médico. Trata-se do mesmo referencial utilizado nos protocolos municipais de base Manchester, o que assegura a interoperabilidade da classificação da ASM com a Rede de Atenção às Urgências. A tabela a seguir apresenta as categorias e os respectivos tempos-alvo.

COR	NÍVEL DE PRIORIDADE	TEMPO-ALVO
Vermelho	**Emergência**	Atendimento imediato
Laranja	**Muito urgente**	Até 10 minutos
Amarelo	**Urgente**	Até 60 minutos
Verde	**Pouco urgente**	Até 120 minutos
Azul	**Não urgente**	Até 240 minutos

Os discriminadores clínicos específicos de cada fluxograma de queixa, os equipamentos necessários para a triagem e a metodologia detalhada de aplicação (Sistema de Triagem de Manchester ou equivalente) devem ser formalmente adotados a partir do protocolo de referência do município contratante e certificados pela Gestão da Qualidade e pela Direção Técnica da ASM, incluindo a capacitação específica de cada enfermeiro classificador no método adotado, antes da entrada em vigor operacional. Os tempos-alvo desta tabela são referências gerais e não substituem o treinamento formal no sistema institucionalmente adotado.

4.4 Método de Triagem e Discriminadores Gerais

A prática clínica da triagem está centrada na queixa principal — o principal sinal ou sintoma identificado pelo próprio usuário ou pelo profissional de saúde. A partir dela, o enfermeiro aplica os discriminadores gerais descritos a seguir, comuns a todos os fluxogramas de queixa, que orientam a atribuição da categoria de risco. O detalhamento por queixa consta da matriz de discriminadores do Anexo VI e do protocolo de referência adotado pela unidade.

a) **Risco de morte** — qualquer perda ou ameaça das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação) posiciona o usuário no grupo de maior prioridade (vermelho/laranja).

b) **Dor** — desconforto físico graduado pela Escala Visual Analógica (EVA): leve (1–3), moderada (4–6) e intensa (7–10). A intensidade orienta a categoria, conforme o Anexo II.

c) **Hemorragia** — perda sanguínea de grande volume, não controlada por compressão direta e constante, que ensopa rapidamente compressas, é discriminador de alta prioridade.

d) **Nível de consciência** — alterações do nível de consciência ou do estado mental são avaliadas pela Escala de Coma de Glasgow (Anexo III); o rebaixamento configura via aérea desprotegida e classifica o usuário como vermelho/laranja, com encaminhamento imediato à sala de reanimação/estabilização.

e) Temperatura — T ≥ 41 °C classifica como muito urgente (laranja); T de 38,5 a 40,9 °C, como urgente (amarelo); T de 37,5 a 38,4 °C (febrícula), como pouco urgente (verde). A hipotermia grave é discriminador de emergência (Anexo IV).

f) Agravamento — avalia-se se a lesão ou o quadro é recente; problemas de longa evolução, sem sinais de deterioração, podem ser incluídos em categoria não urgente sem risco clínico.

4.5 Avaliação do Usuário e Coleta de Dados

Na escuta qualificada, o enfermeiro classificador realiza a coleta objetiva dos dados necessários à atribuição da categoria de risco, contemplando, no mínimo: queixa principal (início, evolução e tempo de doença); medicações em uso, doenças preexistentes e alergias; estado físico e mental; sinais vitais (pressão arterial, temperatura, saturação de O_2, frequência cardíaca e frequência respiratória); e a classificação de gravidade resultante.

Avaliação inicial — identificação de risco iminente de morte. Antes da coleta detalhada, o enfermeiro realiza análise sucinta para identificar situações de risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentando para:

- complicações das vias aéreas — incapacidade de manter via aérea pérvia; estridor inspiratório e expiratório representam grave risco;
- grave esforço respiratório — batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória;
- ausência de pulso central (jugular, radial, braquial e/ou femoral) — entre 5 e 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR);
- hemorragia exsanguinante — grande perda de fluxo sanguíneo com instabilidade hemodinâmica;
- sinais de choque — ausência de pulso periférico ou pulso fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.

4.6 Atendimento à Gestante

Além dos dados iniciais da avaliação, no atendimento à gestante o enfermeiro coleta: data da última menstruação (DUM); uso de medicações contínuas durante a gestação; perda, coloração e características de líquidos; e histórico obstétrico, questionando sobre gestações (G), partos naturais (PN), partos cesáreos (PC) e abortamentos (A) — por exemplo, G3, PN2, PC1, A0.

Deve-se sinalizar se a gestação é de alto risco — presença de doença infecciosa ou condição mórbida que influencie o risco gestacional, tais como cardiopatia, tireopatias, hipertensão arterial crônica, diabetes melito, lúpus eritematoso sistêmico, asma, epilepsia, transtornos psiquiátricos, trombofilia, tromboembolismo venoso, gravidez na adolescência, idade materna avançada, obesidade, doença renal crônica, tabagismo e uso de álcool ou drogas ilícitas — encaminhando conforme a prioridade e a rede de referência materno-infantil.

4.7 Critérios de Aplicação

- Todo usuário que buscar atendimento de urgência deve ter acesso imediato à sala de classificação de risco, independentemente de haver ou não registro administrativo prévio concluído.
- A classificação deve ocorrer em ambiente que assegure privacidade e sigilo do usuário, podendo a unidade dispor de mais de uma sala de classificação nos momentos de maior fluxo.
- Usuários pré-classificados por serviços de urgência pré-hospitalar móvel (por exemplo, SAMU), quando houver contato prévio da regulação médica, podem ter acesso direto ao fluxo definido pela regulação.
- Qualquer alteração do quadro clínico durante a espera exige reavaliação imediata pela enfermagem, independentemente do tempo-alvo da categoria previamente atribuída.

4.8 Descrição do Processo Assistencial

1. **Identificação e encaminhamento imediato.** A recepção identifica o usuário e o encaminha sem demora à sala de classificação de risco, sinalizando à enfermagem qualquer sinal evidente de gravidade.

2. **Escuta e avaliação clínica.** O(a) enfermeiro(a) classificador(a) realiza escuta qualificada da queixa principal, afere sinais vitais e aplica os discriminadores clínicos definidos no protocolo institucionalmente adotado.
3. **Atribuição da categoria de risco.** Com base nos discriminadores, o(a) enfermeiro(a) atribui a cor/categoria de prioridade, sem estabelecer diagnóstico médico, conforme vedado pela Resolução CFM nº 2.077/2014.
4. **Registro e identificação visual.** A classificação é registrada no prontuário e comunicada ao usuário, podendo ser utilizada identificação visual (pulseira ou etiqueta) conforme a rotina da unidade.
5. **Direcionamento ao fluxo assistencial.** O usuário é encaminhado à sala de reanimação, observação ou área de espera correspondente à sua categoria, sendo vedada sua dispensa ou encaminhamento a outro serviço sem avaliação médica.
6. **Reavaliação periódica.** Usuários em espera são reavaliados dentro do tempo-alvo de sua categoria e sempre que houver queixa de piora, com comunicação imediata de qualquer alteração relevante à equipe médica.

4.9 Registros

- Ficha ou sistema eletrônico de classificação de risco, com registro da categoria atribuída, dos discriminadores identificados e do horário da classificação.
- Prontuário do usuário, incluindo sinais vitais aferidos e observações da enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 754/2024.
- Identificação visual da categoria de risco (pulseira, etiqueta ou equivalente institucional), quando adotada pela unidade.
- Registro de toda reavaliação realizada durante o período de espera, com horário e justificativa.

4.10 Segurança do Paciente

- Identificação correta do usuário durante todo o processo de classificação e de espera, utilizando ao menos dois identificadores.

- Comunicação efetiva e imediata à equipe médica de qualquer usuário classificado nas categorias de maior gravidade (vermelho/laranja).
- Monitoramento ativo da sala de espera, com reavaliação dentro do tempo-alvo de cada categoria e diante de qualquer queixa de piora clínica.
- Atenção redobrada a sinais de deterioração clínica e à alteração do nível de consciência, avaliado pela Escala de Coma de Glasgow quando indicado.
- Nenhum usuário classificado deve deixar o serviço sem avaliação médica, conforme vedado pela Resolução CFM nº 2.077/2014.

4.11 Eventos Adversos e Não Conformidades

Situações de subclassificação, superclassificação, atraso na reavaliação ou piora clínica não identificada durante a espera devem ser imediatamente comunicadas ao profissional responsável pela unidade, registradas no prontuário do usuário e notificadas conforme o fluxo institucional de notificação de eventos, sendo encaminhadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ou setor equivalente para análise e adoção de medidas de melhoria.

4.12 Monitoramento

O monitoramento deste protocolo deverá considerar, prioritariamente, os indicadores e metas definidos no Termo de Referência ou instrumento contratual vigente. Na ausência de indicadores específicos, poderão ser utilizados os indicadores sugeridos a seguir, com metas definidas conforme a linha de base e a realidade do serviço.

INDICADOR	FÓRMULA	META SUGERIDA	PERIODICIDADE
Tempo médio entre a chegada e a classificação de risco	Soma do tempo entre chegada e classificação ÷ nº de usuários classificados no período	A definir após a linha de base	Mensal
Percentual de usuários atendidos dentro do tempo-alvo de sua categoria	(Nº atendidos dentro do tempo-alvo ÷ Nº total classificados) × 100	A definir após a linha de base	Mensal
Percentual de reclassificações por alteração do quadro clínico durante a espera	(Nº de reclassificações ÷ Nº total em espera) × 100	A definir após a linha de base	Mensal

5. GLOSSÁRIO

SIGLA	SIGNIFICADO
ASM	Associação Saúde em Movimento
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ECG	Escala de Coma de Glasgow
EVA	Escala Visual Analógica (da dor)
FC / FR	Frequência Cardíaca / Frequência Respiratória
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PA / $SatO_2$	Pressão Arterial / Saturação de Oxigênio
PALS	Pediatric Advanced Life Support
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS / RUE	Rede de Atenção à Saúde / Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIRS	Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS / UPA	Unidade Básica de Saúde / Unidade de Pronto Atendimento

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco. Brasília-DF, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia — avaliação do estado de hidratação do paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.077, de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Brasília: CFM, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 2021. Normatiza a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Brasília: COFEN, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 754, de 16 de maio de 2024. Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Revista Médica de Minas Gerais, v. 22, n. 2, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Pediatric Advanced Life Support (PALS) Provider Manual. AHA, 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA. Protocolo de Classificação de Risco (baseado no protocolo de Manchester). Aparecida de Goiânia-GO, 2025. [Protocolo municipal adotado como referência técnica de discriminadores.]

7. ANEXOS

ANEXO I – Fluxograma Geral da Classificação de Risco

INÍCIO — Chegada do usuário à unidade

▼

Encaminhamento imediato à sala de classificação (sem fila por ordem de chegada)

▼

Escuta qualificada e aferição de sinais vitais pelo(a) enfermeiro(a) classificador(a)

▼

Aplicação dos discriminadores clínicos do protocolo institucionalmente adotado

▼

Atribuição da categoria de risco (cor) e registro

▼

Direcionamento ao fluxo assistencial correspondente à categoria

▼

Reavaliação periódica conforme o tempo-alvo, até a avaliação médica

Árvore de decisão por cor (referência): Vermelho — comprometimento de via aérea, respiração ineficaz, choque ou paciente não responsivo. Laranja — grande hemorragia incontrolável, alteração do nível de consciência ou dor severa. Amarelo — vômitos persistentes, dor moderada ou alteração dos sinais vitais. Verde — dor leve, febrícula ou vômitos, com problema recente. Azul — demais casos não urgentes.

ANEXO II – Escala Visual Analógica da Dor (EVA)

ESCORE	NOMENCLATURA	INTENSIDADE	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
0	Sem dor	Ausência de dor	Azul
1 – 3	Dor leve	Pouca limitação das atividades	Azul / Verde
4 – 6	Dor moderada	Dificuldade para algumas atividades	Verde / Amarelo
7 – 10	Dor intensa	Incapacitante; não realiza atividades habituais	Amarelo / Laranja

Fonte: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco (Brasília-DF, 2021), adaptado. A dor máxima igual a 10 é classificada como laranja, pois não representa risco de morte imediato.

ANEXO III – Escala de Coma de Glasgow (Adultos e Crianças)

RESPOSTA (ADULTOS)	VARIÁVEIS	ESCORE
Abertura ocular	Espontânea / Estimulação verbal / Estímulo doloroso / Sem abertura	4 / 3 / 2 / 1
Resposta verbal	Orientado / Confuso / Inapropriado / Incompreensível / Não responde	5 / 4 / 3 / 2 / 1
Resposta motora	Obedece comando / Localiza a dor / Mov. inespecíficos / Flexão à dor / Extensão à dor / Nenhuma	6 / 5 / 4 / 3 / 2 / 1

RESPOSTA (CRIANÇAS)	VARIÁVEIS	ESCORE
Abertura ocular	Espontânea / Ordem verbal / Estímulo doloroso / Não abre	4 / 3 / 2 / 1
Melhor resposta verbal	Balbucio / Choro irritado / Choro à dor / Gemido à dor / Não responde	5 / 4 / 3 / 2 / 1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo / Reage ao toque / Reage à dor / Flexão anormal / Extensão anormal / Nenhuma	6 / 5 / 4 / 3 / 2 / 1

Interpretação: 13 a 15 pontos — leve; 9 a 12 pontos — moderada; 3 a 8 pontos — grave, com necessidade de proteção de via aérea/intubação imediata. Escore total máximo 15 e mínimo 3.

Fonte: Manual de Acolhimento e Classificação de Risco (Brasília-DF, 2021), adaptado.

ANEXO IV – Parâmetros de Sinais Vitais de Referência (Adultos)

Pressão arterial. Normal < 130/85 mmHg e normal-limítrofe 130–139/85–89 mmHg — azul/verde; HAS estágio 1 (140–159/90–99) — verde; HAS estágio 2 (160–179/100–109) e estágio 3 (≥180/≥110) — amarelo; crise hipertensiva (≥ 200 mmHg de sistólica) — amarelo/laranja; hipotensão (< 90/60 mmHg) — laranja.

PARÂMETRO	FAIXA	NOMENCLATURA	CLASSIF. DE RISCO
Temperatura	< 35 °C	Hipotermia	Vermelho / Laranja
	35 – 37,4 °C	Afebril	Azul / Verde
	37,5 – 38,4 °C	Febrícula	Verde
	38,5 – 40,9 °C	Febre / hipertermia	Amarelo
	≥ 41 °C	Hiperpirexia	Laranja
Freq. cardíaca	60 – 100 bpm	Normocardia	Azul / Verde
	40 – 59 bpm	Bradicardia	Amarelo / Laranja
	< 40 bpm	Bradicardia grave	Vermelho
	101 – 150 bpm	Taquicardia	Verde / Amarelo
	> 150 bpm	Taquicardia grave	Laranja
Freq. respiratória	12 – 20 rpm	Eupneia	Azul / Verde
	< 12 rpm	Bradipneia	Amarelo / Laranja
	> 20 rpm	Taquipneia	Amarelo / Laranja
	Ausente	Apneia	Vermelho
Oximetria ($SatO_2$)	≥ 95%	Normal	Azul / Verde
	90 – 94%	Baixa saturação	Verde / Amarelo
	< 90%	Muito baixa saturação	Laranja / Vermelho
Glicemia (mg/dL)	70 – 179	Normoglicemia	Azul / Verde
	180 – 399	Hiperglicemia	Amarelo
	≥ 400	Hiperglicemia	Laranja
	< 70	Hipoglicemia	Laranja / Vermelho

Fonte: parâmetros de referência (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial; Manual de Acolhimento e Classificação de Risco, Brasília-DF, 2021), adaptados e harmonizados. Ajustar conforme o protocolo do sistema institucionalmente adotado.

ANEXO V – Parâmetros de Sinais Vitais de Referência (Pediatria)

IDADE	FREQ. RESPIRATÓRIA (máx.)
0 a 2 meses	até 60 rpm
3 a 11 meses	até 50 rpm
12 meses a 5 anos	até 40 rpm
6 a 8 anos	até 30 rpm
Acima de 8 anos	até 25 rpm

IDADE	BRADICARDIA	TAQUICARDIA
Neonato (até 30 dias)	FC < 100 bpm	FC > 180 bpm
Lactente (1 mês a 1 ano)	FC < 90 bpm	FC > 160 bpm
Criança (13 meses a 2 anos)	FC < 80 bpm	FC > 130 bpm
Idade escolar (3 a 7 anos)	FC < 70 bpm	FC > 120 bpm
Adolescente (8 a 14 anos)	FC < 60 bpm	FC > 110 bpm

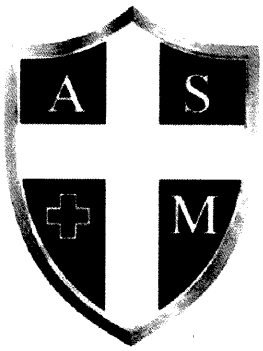
IDADE	PA SISTÓLICA	PA DIASTÓLICA	PA MÉDIA
Bebê (1 a 12 meses)	72 – 104	37 – 56	50 – 62
1ª infância (1 a 2 anos)	86 – 106	42 – 63	49 – 62
Pré-escolar (3 a 5 anos)	89 – 112	46 – 72	58 – 69
Escolar (6 a 9 anos)	97 – 115	57 – 76	66 – 72
Pré-adolescente (10 a 12 anos)	102 – 120	61 – 80	71 – 79
Adolescente (12 a 15 anos)	110 – 131	64 – 83	73 – 84

Valores em mmHg (pressões) e rpm/bpm. Fonte: parâmetros de referência OMS e PALS 2023, adaptados.

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Talita Conceição de Oliveira Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429 **Daisy Kelly Fink** Farmacêutica RT CRF 4691	**Daniel Lopez Davila** Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.09.22 10:09:32 -04'00' gov.br Documento assinado digitalmente DAISY KELLY FINK Data: 22/09/2026 11:55:48-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	gov.br Documento assinado digitalmente DANIEL LOPEZ DAVILA Data: 22/09/2026 11:05:44-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 22/09/26 as 12:29:22 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XV

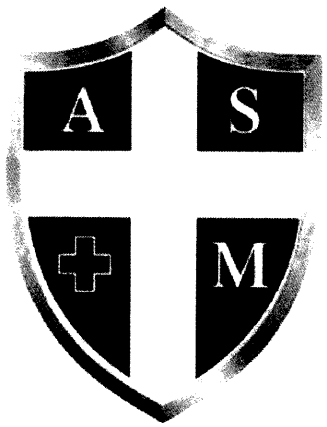
Protocolo institucional de Serviço de Acolhimento

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Serviço de Acolhimento

1509

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de acolhimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e demais serviços assistenciais sob gestão da Associação Saúde em Movimento (ASM), assegurando escuta qualificada, identificação das necessidades de saúde e das situações de vulnerabilidade, definição da prioridade assistencial e encaminhamento resolutivo, em conformidade com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Este protocolo busca garantir o acesso oportuno ao cuidado, a vinculação do usuário à equipe de referência e a continuidade da assistência ao longo da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os profissionais que atuam na recepção, na triagem, na enfermagem, na equipe médica e na equipe multiprofissional (NASF-AB/eMulti) das unidades geridas pela ASM, incluindo UBS, UPA e demais pontos de atenção à saúde do respectivo Contrato de Gestão. Abrange o atendimento a usuários com demanda espontânea, demanda programada, situações de urgência e situações de vulnerabilidade clínica e social, aplicando-se, no que couber, às equipes de regulação e à gestão das unidades.

3. DEFINIÇÃO

Acolhimento: postura ética e diretriz de trabalho que pressupõe escuta qualificada, responsabilização e resolutividade diante das necessidades de saúde do usuário. Não se confunde com a recepção administrativa, pois envolve avaliação clínica e definição de conduta, e deve ocorrer em todos os momentos e locais do serviço de saúde, não sendo restrito a um posto físico ou a um profissional específico.

Demanda espontânea: procura do serviço de saúde pelo usuário sem agendamento prévio, motivada por queixa aguda, dúvida ou necessidade percebida no momento.

Demanda programada: atendimento previamente agendado, decorrente de consultas de rotina, seguimento de condições crônicas, programas de saúde ou encaminhamentos internos.

Escuta qualificada: prática de comunicação ativa e empática que busca compreender a necessidade de saúde do usuário para além da queixa inicialmente apresentada.

Vulnerabilidade em saúde: condição clínica, social ou econômica que aumenta o risco de agravo à saúde ou de descontinuidade do cuidado, exigindo atenção prioritária da equipe.

Vínculo: relação de confiança e continuidade estabelecida entre o usuário e a equipe de saúde responsável pelo seu cuidado.

Longitudinalidade do cuidado: acompanhamento continuado do usuário pela mesma equipe ao longo do tempo, independentemente do motivo do atendimento.

4. DIRETRIZES

4.1 Princípios do Acolhimento

O acolhimento deve ser realizado com base na universalidade do acesso, na equidade, na humanização e na integralidade do cuidado, garantindo que todo usuário que procure a unidade seja recebido, escutado e tenha sua necessidade de saúde avaliada por profissional habilitado, independentemente de haver ou não agendamento prévio. O acolhimento é responsabilidade de toda a equipe e ocorre de forma contínua durante o funcionamento da unidade, não se limitando a um posto de trabalho isolado.

4.2 Responsabilidades

RESPONSÁVEL	ATIVIDADES / RESPONSABILIDADES
Recepção / Equipe administrativa	Realizar a identificação inicial do usuário, organizar o fluxo de chegada e comunicar imediatamente à enfermagem situações que aparentem gravidade ou sofrimento evidente.
Técnico(a) / Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar na escuta inicial, aferir sinais vitais quando solicitado pelo(a) enfermeiro(a) e apoiar o registro do atendimento, sob supervisão.

Enfermeiro(a)	Realizar a escuta qualificada, a avaliação inicial das necessidades e vulnerabilidades, definir a conduta ou o encaminhamento e registrar o atendimento, podendo executar as intervenções de enfermagem compatíveis com sua competência legal.
Médico(a)	Realizar a avaliação clínica e a conduta terapêutica nos casos em que o acolhimento identificar necessidade de atendimento médico.
Equipe multiprofissional (NASF-AB/eMulti)	Apoiar a equipe de referência na avaliação de necessidades específicas (nutricional, psicossocial, de reabilitação, entre outras) identificadas no acolhimento.
Gestão da Unidade	Garantir estrutura, insumos e dimensionamento de equipe adequados à realização do acolhimento, bem como monitorar os indicadores do processo.

4.3 Critérios de Aplicação

Este protocolo aplica-se a todo usuário que procure a unidade, presencialmente, para atendimento de demanda espontânea ou programada. Não se aplica a situações já regidas por protocolos clínicos específicos vigentes na instituição, que devem ser acionados a partir do encaminhamento definido no acolhimento. A priorização do atendimento conforme a gravidade clínica é tratada no Protocolo de Classificação de Risco institucional, ao qual este documento se articula diretamente.

- **Situações de vulnerabilidade a observar:** gestantes, puérperas, crianças menores de 1 ano, idosos, pessoas com deficiência, pessoas em sofrimento psíquico agudo, situação de rua e suspeita de violência.

- **Sinais de alerta que exigem interrupção imediata da fila de espera e avaliação prioritária:** dor intensa, dificuldade respiratória, alteração do nível de consciência, sangramento ativo e sinais de deterioração clínica.

- Situações que exigem apenas orientação, sem necessidade de avaliação clínica presencial imediata, deve ser esclarecidas pela equipe, sem

prejuízo do direito do usuário de ser avaliado caso deseje.

4.4 Descrição do Processo Assistencial

1. **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.** A recepção identifica o usuário, confirma seus dados cadastrais e o direciona à área de escuta inicial, comunicando à enfermagem qualquer sinal evidente de gravidade.

2. **ESCUTA INICIAL / QUALIFICADA.** O(a) enfermeiro(a), ou profissional de enfermagem sob sua supervisão, realiza escuta ativa da queixa, do contexto de vida do usuário e do motivo da procura pelo serviço.

3. **AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES E VULNERABILIDADES.** São verificados sinais vitais quando indicado, identificadas situações de vulnerabilidade e sinais de alerta, conforme os critérios definidos neste protocolo.

4. **DEFINIÇÃO DA CONDUTA.** Com base na avaliação, o(a) enfermeiro(a) define o encaminhamento: atendimento médico no mesmo turno, agendamento para a equipe de referência, orientação e alta do acolhimento, ou encaminhamento para a Classificação de Risco/urgência, conforme protocolo específico.

5. **REGISTRO.** Todo o atendimento é registrado no prontuário do usuário, conforme especificado na seção Registros deste protocolo.

6. **ENCAMINHAMENTO E REAVALIAÇÃO.** O usuário é encaminhado ao fluxo definido; caso permaneça em espera, deve ser reavaliado pela equipe sempre que houver mudança do quadro clínico ou queixa de piora, sendo assegurada a comunicação imediata de qualquer alteração relevante à equipe assistencial.

4.5 Registros

- Prontuário eletrônico institucional / e-SUS APS (Prontuário Eletrônico do Cidadão), quando disponível na unidade.

- Ficha ou impresso institucional de acolhimento, quando o suporte for em papel.

- Anotações de enfermagem referentes à escuta, à avaliação e à conduta adotada, conforme a Resolução COFEN nº 754/2024 e a Resolução COFEN nº 736/2024, que dispõem, respectivamente, sobre o registro no prontuário e sobre a implementação do Processo de Enfermagem.

- Encaminhamentos internos e referências à Rede de Atenção à Saúde, quando aplicável.

4.6 Segurança do Paciente

- Identificação correta do usuário em todas as etapas do acolhimento, utilizando ao menos dois identificadores (nome completo e data de nascimento).

- Comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos, especialmente na transição do usuário entre a recepção, a enfermagem e a equipe médica.

- Atenção a sinais de deterioração clínica durante o período de espera, com reavaliação sempre que houver queixa de piora.

- Avaliação do risco de queda em usuários idosos, gestantes e pessoas com mobilidade reduzida, com orientações básicas de segurança no ambiente de espera.

- Continuidade da assistência assegurada por meio do registro completo e da comunicação clara do encaminhamento definido.

4.7 Eventos Adversos e Não Conformidades

Intercorrências, incidentes, eventos adversos ou falhas identificadas durante o processo de acolhimento devem ser imediatamente comunicados ao profissional responsável pela unidade, receber a assistência necessária, ser registrados no prontuário do usuário e notificados conforme o fluxo institucional de notificação de eventos, sendo encaminhados ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ou setor equivalente para análise e adoção de medidas de melhoria.

4.8 Monitoramento

O monitoramento deste protocolo deverá considerar, prioritariamente, os indicadores e metas definidos no Termo de Referência ou instrumento contratual vigente.

Na ausência de indicadores específicos, poderão ser utilizados os indicadores sugeridos neste protocolo, com metas definidas conforme a linha de base e a realidade do serviço.

INDICADOR	FÓRMULA	META SUGERIDA	PERIODICIDADE
Tempo médio de espera para o acolhimento	Soma do tempo entre a chegada e o início da escuta inicial ÷ número de usuários acolhidos no período	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Mensal
Percentual de usuários acolhidos com registro completo	(Nº de registros de acolhimento completos ÷ Nº total de acolhimentos realizados) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Mensal
Taxa de reavaliação por piora clínica durante a espera	(Nº de reavaliações por piora clínica ÷ Nº total de usuários em espera) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Mensal

5. GLOSSÁRIO

SIGLA	SIGNIFICADO
ASM	Associação Saúde em Movimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
NASF-AB / eMulti	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica / Equipe Multiprofissional
SUS	Sistema Único de Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
e-SUS APS	Estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed., 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: gov.br/saude. Acesso em: 15 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 754, de 16 de maio de 2024. Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 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: COFEN, 2024.

7. ANEXOS

ANEXO I – Fluxograma do Acolhimento

INÍCIO – Chegada do usuário à unidade

↓

IDENTIFICAÇÃO na recepção

↓

ESCUTA INICIAL / QUALIFICADA pela enfermagem

↓

AVALIAÇÃO de necessidades e vulnerabilidades

↓

DEFINIÇÃO DA CONDUTA (atendimento no dia, agendamento, orientação ou encaminhamento à Classificação de Risco)

↓

REGISTRO no prontuário

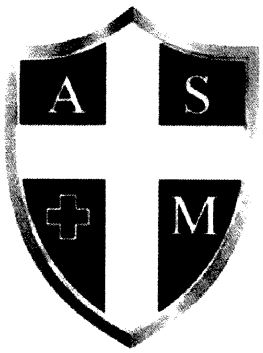
↓

ENCAMINHAMENTO e, se necessário, REAVALIAÇÃO durante a espera

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Talita Conceição de Oliveira Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429 **Daisy Kelly Fink** Farmacêutica RT CRF 4691	**Daniel Lopez Davila** Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.09.22 10:05:15 -04'00' gov.br Documento assinado digitalmente DAISY KELLY FINK Data: 22/09/2026 11:22:04-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	gov.br Documento assinado digitalmente DANIEL LOPEZ DAVILA Data: 22/09/2026 11:03:24-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 22/09/26 às 12:26:42 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XVI

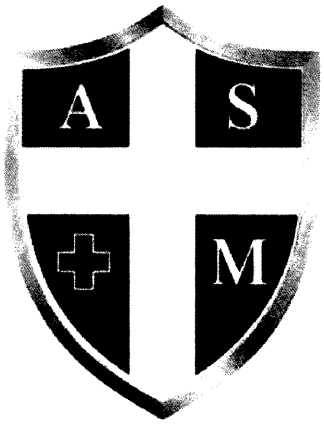
Protocolo institucional de Rounds Interdisciplinares

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Rounds Interdisciplinares

1. OBJETIVO

Padronizar a realização de rounds interdisciplinares (rondas multiprofissionais estruturadas) nas unidades com leitos de observação, retenção ou internação geridas pela Associação Saúde em Movimento (ASM), qualificando a discussão clínica dos casos, integrando as equipes envolvidas no cuidado e promovendo o planejamento seguro da assistência e da alta, em conformidade com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e com a RDC nº 36/2013 da ANVISA.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se às equipes médica, de enfermagem e multiprofissional (NASF-AB/eMulti, serviço social, farmácia clínica, quando houver) das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e demais pontos de atenção da ASM que disponham de leitos de observação, retenção ou internação. Aplica-se, no que couber, às Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizem discussão de casos complexos em equipe, articulando-se ao Protocolo de Articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ao Protocolo de Educação Permanente em Saúde institucionais.

3. DEFINIÇÃO

Round interdisciplinar: reunião estruturada e periódica da equipe multiprofissional, realizada preferencialmente à beira do leito, destinada à discussão conjunta do quadro clínico, dos riscos assistenciais e do plano terapêutico de cada paciente.

Estrutura de comunicação SBAR: ferramenta de comunicação estruturada (Situação, Background/histórico, Avaliação, Recomendação) utilizada para organizar a apresentação do caso durante o round.

Plano terapêutico: conjunto de condutas clínicas, de enfermagem e multiprofissionais definidas para o paciente a partir da discussão do round, com metas e prazos estabelecidos.

Barreira de alta: condição clínica, social, familiar ou administrativa que impede ou retarda a alta segura do paciente, devendo ser identificada e monitorada pela equipe.

Dispositivo invasivo: equipamento ou material inserido no organismo do paciente (por exemplo, cateter venoso, sonda vesical, tubo orotraqueal) cuja permanência deve ser reavaliada diariamente quanto à necessidade de manutenção.

Previsão de alta: estimativa, definida e revisada pela equipe, da data em que o paciente reunirá condições clínicas e sociais para deixar a unidade.

4. DIRETRIZES

4.1 Princípios do Round Interdisciplinar

O round interdisciplinar deve ocorrer de forma estruturada, com participação ativa de todas as categorias profissionais envolvidas no cuidado do paciente, promovendo a corresponsabilização pelo plano terapêutico e a comunicação efetiva entre a equipe, o paciente e, quando pertinente, seus familiares ou acompanhantes, em consonância com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

4.2 Periodicidade

A periodicidade dos rounds deve ser definida pela Direção Técnica de cada unidade, conforme o perfil assistencial e a complexidade dos casos atendidos, sendo recomendada a realização diária para pacientes em leitos de observação ou retenção e para casos de maior complexidade clínica, podendo ser semanal ou conforme necessidade para os demais casos. A periodicidade formalmente adotada por cada unidade deve constar em rotina operacional própria, vinculada a este protocolo.

4.3 Responsabilidades

RESPONSÁVEL	ATIVIDADES / RESPONSABILIDADES
Médico(a)	Apresentar e discutir a avaliação clínica, os exames pendentes e a conduta terapêutica, definindo a previsão de alta em conjunto com a equipe.
Enfermeiro(a)	Apresentar a avaliação de enfermagem, os riscos assistenciais identificados, os dispositivos invasivos em uso e coordenar o registro das decisões do round.

Equipe multiprofissional (NASF-AB/eMulti, serviço social, farmácia clínica)	Apresentar a avaliação específica de sua área, identificar necessidades sociais e barreiras para a alta, e contribuir para o plano terapêutico conjunto.
Gestão da Unidade	Garantir a realização periódica dos rounds, a participação das categorias necessárias e a disponibilidade de estrutura para a discussão dos casos.

4.4. Organização dos Pacientes Discutidos

A ordem de discussão dos pacientes deve priorizar os casos de maior complexidade clínica, risco assistencial ou instabilidade, seguidos pelos pacientes com previsão de alta próxima e barreiras de alta identificadas, e, por fim, os demais pacientes em acompanhamento. A equipe deve utilizar lista atualizada dos leitos ou pacientes em acompanhamento como referência para a sequência da discussão.

4.4.1. Conteúdo da Discussão

1. **Avaliação clínica.** Quadro atual, estabilidade hemodinâmica e resposta ao tratamento em curso, apresentada pela equipe médica.
2. **Avaliação de enfermagem.** Evolução do paciente sob a ótica da enfermagem, intercorrências e cuidados prestados.
3. **Avaliação multiprofissional.** Contribuições específicas das demais categorias envolvidas no cuidado do paciente.
4. **Riscos assistenciais.** Identificação de risco de queda, de lesão por pressão, de infecção e demais riscos aplicáveis ao caso.
5. **Dispositivos invasivos.** Revisão diária da necessidade de manutenção de cateteres, sondas, tubos e demais dispositivos em uso.
6. **Medicamentos.** Revisão da prescrição vigente, interações relevantes e necessidade de ajuste terapêutico.

7. **Exames pendentes.** Verificação de exames solicitados e ainda não realizados ou sem resultado, e seu impacto na conduta.

8. **Necessidades sociais.** Identificação de vulnerabilidades sociais, familiares ou de rede de apoio que possam impactar o cuidado ou a alta.

9. **Previsão de alta.** Estimativa e atualização da data provável de alta, definida em conjunto pela equipe.

10. **Barreiras para a alta.** Identificação de pendências clínicas, sociais ou administrativas que possam postergar a alta.

11. **Plano terapêutico.** Consolidação das condutas definidas pela equipe, com metas e responsáveis por cada ação.

12. **Encaminhamentos.** Definição de encaminhamentos internos ou para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, quando necessários.

4.4.2. Descrição do Processo Assistencial

13. **PREPARAÇÃO.** A enfermagem organiza a lista de pacientes a serem discutidos, priorizando os casos conforme os critérios definidos neste protocolo.

14. **APRESENTAÇÃO ESTRUTURADA DO CASO.** O profissional responsável apresenta o caso utilizando estrutura de comunicação padronizada (por exemplo, SBAR), abordando os itens definidos no conteúdo da discussão.

15. **DISCUSSÃO INTERDISCIPLINAR.** A equipe discute o caso de forma colaborativa, incorporando a perspectiva de cada categoria profissional presente.

16. **DEFINIÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO.** A equipe consolida as condutas, metas, responsáveis e prazos, incluindo, quando aplicável, a previsão de alta e as barreiras identificadas.

17. **REGISTRO DAS DECISÕES.** O enfermeiro, ou profissional designado, registra as decisões do round no prontuário do paciente e nos instrumentos institucionais aplicáveis.

18. **COMUNICAÇÃO AO PACIENTE E À EQUIPE.** O plano definido é comunicado ao paciente e/ou acompanhante, quando pertinente, e à equipe assistencial responsável pela continuidade do cuidado.

4.5 Registros

- Registro das decisões do round no prontuário do paciente, incluindo o plano terapêutico definido e os responsáveis por cada conduta.
- Lista de presença ou registro dos profissionais participantes de cada round realizado.
- Atualização da previsão de alta e das barreiras identificadas, quando aplicável.
- Registro de encaminhamentos internos ou para a Rede de Atenção à Saúde definidos durante a discussão.

4.6 Segurança do Paciente

- Identificação correta do paciente em todas as etapas da discussão e do registro do round.
- Comunicação efetiva entre as categorias profissionais, assegurando que o plano terapêutico seja compreendido por toda a equipe presente.
- Revisão sistemática dos dispositivos invasivos em uso, com vistas à retirada precoce quando não houver mais indicação clínica.
- Revisão da prescrição medicamentosa quanto a interações e adequação ao quadro clínico atual.
- Planejamento antecipado da alta, com identificação e monitoramento das barreiras que possam comprometer a transição segura do cuidado.

4.7 Eventos Adversos e Não Conformidades

Divergências de conduta não resolvidas na discussão do round, falhas de comunicação entre categorias profissionais ou intercorrências identificadas durante a apresentação do caso devem ser registradas no prontuário do paciente e comunicadas

ao profissional responsável pela unidade, sendo encaminhadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) ou setor equivalente quando configurarem evento adverso ou risco relevante à segurança do paciente.

4.8 Monitoramento

O monitoramento deste protocolo deverá considerar, prioritariamente, os indicadores e metas definidos no Termo de Referência ou instrumento contratual vigente.

Na ausência de indicadores específicos, poderão ser utilizados os indicadores sugeridos neste protocolo, com metas definidas conforme a linha de base e a realidade do serviço.

INDICADOR	FÓRMULA	META SUGERIDA	PERIODICIDADE
Percentual de leitos discutidos em round na periodicidade definida pela unidade	(Nº de leitos discutidos ÷ Nº total de leitos elegíveis) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Mensal
Percentual de rounds com registro completo do plano terapêutico	(Nº de rounds com registro completo ÷ Nº total de rounds realizados) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Mensal
Percentual de dispositivos invasivos revisados quanto à necessidade de manutenção	(Nº de dispositivos revisados no round ÷ Nº total de dispositivos em uso) × 100	Meta institucional a ser definida após avaliação da linha de base do indicador.	Mensal

5. GLOSSÁRIO

SIGLA	SIGNIFICADO
ASM	Associação Saúde em Movimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF-AB / eMulti	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica / Equipe Multiprofissional
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNH	Política Nacional de Humanização
SBAR	Situação, Background (histórico), Avaliação, Recomendação
SIBR	Structured Interdisciplinary Bedside Rounds
RAS	Rede de Atenção à Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed., 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

SCHWARTZ, J. et al. Structured Interdisciplinary Bedside Rounds (SIBR): impacto na comunicação e na segurança do paciente. 2024.

BLAKENEY, E. A.-R. et al. Interprofessional care rounds: a systematic review. 2021.

7. ANEXOS

ANEXO I – Fluxograma do Round Interdisciplinar

PREPARAÇÃO da lista de pacientes pela enfermagem

↓

APRESENTAÇÃO ESTRUTURADA do caso (ex.: SBAR)

↓

DISCUSSÃO INTERDISCIPLINAR pela equipe presente

↓

DEFINIÇÃO do plano terapêutico, metas e responsáveis

↓

REGISTRO das decisões no prontuário

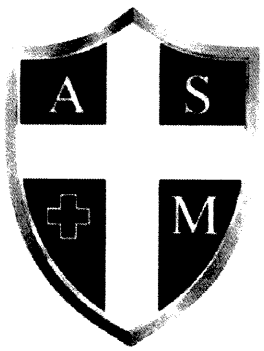
↓

COMUNICAÇÃO ao paciente/acompanhante e à equipe assistencial

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Talita Conceição de Oliveira Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429 **Daisy Kelly Fink** Farmacêutica RT CRF 4691	**Daniel Lopez Davila** Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.09.22 10:10:15 -04'00' gov.br Documento assinado digitalmente DAISY KELLY FINK Data: 22/09/2026 11:56:56-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	gov.br Documento assinado digitalmente DANIEL LOPEZ DAVILA Data: 22/09/2026 11:07:08-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 22/09/26 às 12:28:05 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XVII

Protocolo institucional de Prevenção de Quedas

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64,
Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

	PRO/Gerente Assistencial/NEP/NSP	Cód.:
	Data de Emissão: 29/03/2025	Revisão: 00
	Tipo de Documento: **Protocolo Institucional**	Versão Inicial
	PREVENÇÃO DE QUEDAS	

1. OBJETIVO

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência das Unidades gerenciadas pela ASM em Sinop (Unidade de Pronto Atendimento 24h Doutora Anete Maria Mota Maria, Policlínica Menino Jesus e UBS) os danos dela decorrente por meio da adoção de medidas que contemplem a avaliação do risco de queda, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. DEFINIÇÃO

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

O risco de queda está presente em hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico terapêutico. As quedas de pacientes contribuem para aumentar a permanência hospitalar e os custos assistenciais, além de produzir repercussões à credibilidade da instituição e de ordem legal.

Neste protocolo, abordaremos as recomendações aplicáveis para a prevenção de quedas, orientações a pacientes, familiares e equipe multiprofissional, notificação dos casos e dos danos decorrentes de quedas.

3. ÁREAS DE APLICAÇÃO

As recomendações deste protocolo aplicam-se aos servidores e colaboradores da assistência à saúde das Unidades gerenciadas pela ASM em Sinop (Unidade de Pronto Atendimento 24h Doutora Anete Maria Mota Maria, Policlínica Menino Jesus e UBS) e incluem todos os pacientes que recebem cuidado neste estabelecimento, abrangendo o período total de permanência do paciente seja por internação hospitalar, emergencial ou ambulatorial.

4. ATIVIDADE – PASSO A PASSO

A equipe multidisciplinar envolvida deverá ter conhecimento sobre o protocolo multiprofissional de prevenção e atendimento imediato nas quedas dos pacientes na instituição e seguir as normas estabelecidas nesse protocolo.

Quadro 1: Atribuições, competências e responsabilidades dos envolvidos.

AGENTES	AÇÕES
Núcleo de Segurança do Paciente; Setor de Gestão da Qualidade; Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	• Coordenar as ações de implantação e implementação do protocolo; • Monitorar os indicadores deste protocolo; • Investigar as notificações sobre quedas e monitorar planos de ação.
Enfermeiros	• Avaliar o risco de queda de todos os pacientes no momento da admissão através da utilização da Escala de Risco de Queda de Morse para o adulto, e Escala de Risco de Queda Humpty Dumpty para criança, e lançar o risco em prontuário; • Realizar diariamente a (re)avaliação do risco de queda; • Sinalizar os pacientes com alto risco, identificar beira leito, prontuário; • Anexar ao prontuário do paciente o Termo de Ciência do Risco de Queda (ANEXO 3) quando o paciente for classificado com risco alto; • Prescrever os cuidados de prevenção de quedas, para execução pela equipe de Enfermagem, conforme classificação do risco; • Individualizar as medidas preventivas para quedas; • Alocar o paciente com risco elevado para queda próximo ao posto de Enfermagem, se possível; • Alocar o paciente com risco elevado para queda que tenha

	controle de esfíncteres próximo ao banheiro sempre que possível; • Supervisionar os pacientes em utilização de medicamentos potencialmente contribuintes para o risco de queda; • Orientar pacientes e familiares quanto ao risco de quedas e as medidas preventivas; • Executar as medidas preventivas de quedas na realização de procedimentos, como manter grades elevadas ou portinholas fechadas, abaixar a cama após procedimento, manter rodas travadas; • Avaliar ambiente e estrutura física, prevendo os principais fatores contribuintes para quedas a fim de mitigá-los; • Valorizar queixas do paciente/acompanhante em relação ao risco de queda; • Garantir a passagem de informações de pacientes com risco de queda na transferência do cuidado; • Realizar notificação e incentivar o registro pelas demais categorias na ocorrência de quedas.
Técnicos em Enfermagem	• Realizar os cuidados prescritos pelo enfermeiro; • Identificar fatores/comportamentos de risco para quedas e comunicar ao enfermeiro; • Orientar pacientes e acompanhantes/familiares quanto ao risco de quedas e as medidas preventivas; • Valorizar queixas do paciente/acompanhante em relação ao risco de queda; • Garantir a passagem de informações de pacientes com risco de queda na transferência do cuidado; • Executar as medidas preventivas de quedas na realização de procedimentos, como manter grades elevadas, abaixar a

	cama após procedimento, manter rodas travadas; • Identificar os pacientes com alto risco de queda (percebido) que não estão sinalizados e comunicar ao enfermeiro; • Realizar notificação e incentivar o registro pelas demais categorias na ocorrência de quedas.
Médicos	• Orientar pacientes e acompanhantes/familiares sobre efeitos colaterais e interações medicamentosas que podem potencializar sintomas (vertigem, tontura, sonolência, mal estar geral) e ocasionar quedas; • Executar as medidas preventivas de quedas na realização de procedimentos, como manter grades elevadas, abaixar a cama após procedimento, manter rodas do leito travadas; • Identificar fatores/ comportamentos de risco para quedas e comunicar à enfermagem/equipe multiprofissional; • Orientar pacientes e familiares quanto ao risco de quedas e as medidas preventivas; • Valorizar queixas do paciente/acompanhante em relação ao risco de queda; • Garantir a passagem de informações de pacientes com risco de queda na transferência do cuidado; • Identificar os pacientes com alto risco de queda (percebido) que não estão sinalizados e comunicar ao enfermeiro; • Solicitar exames para avaliação de possíveis traumas decorrentes da queda; • Realizar notificação e incentivar o registro pelas demais categorias na ocorrência de quedas.
Fisioterapeutas	• Avaliar a capacidade de deambulação e locomoção dos pacientes, a fim de garantir a redução do risco de quedas; • Instruir e auxiliar o paciente no uso de equipamentos que

	facilitem a deambulação; • Orientar pacientes e familiares quanto ao risco de quedas e as medidas preventivas; • Valorizar queixas do paciente/acompanhante em relação ao risco de queda; • Executar as medidas preventivas de quedas após fisioterapia do paciente, como manter grades elevadas, abaixar a cama após procedimento, manter rodas do leito travadas; • Garantir que o paciente esteja bem acomodado quando no leito ou em poltrona; • Identificar fatores/ comportamentos de risco para quedas e comunicar à enfermagem/equipe multiprofissional; • Identificar os pacientes com alto risco de queda (percebido) que não estão sinalizados e comunicar ao enfermeiro; • Garantir a passagem de informações de pacientes com risco de queda na transferência do cuidado; • Realizar notificação e incentivar o registro pelas demais categorias na ocorrência de quedas.
Psicólogos	• Dar suporte psicológico aos pacientes e acompanhantes com possíveis problemas cognitivos ou em estado de ansiedade, tensão e resistentes aos cuidados, na perspectiva de maior aceitação e cooperação destes; • Valorizar queixas do paciente/acompanhante em relação ao risco de queda; • Identificar fatores/ comportamentos de risco para quedas e comunicar à enfermagem/equipe multiprofissional; • Identificar os pacientes com alto risco de queda (percebido) que não estão sinalizados e comunicar ao enfermeiro; • Executar as medidas preventivas de quedas quando

	identificar que não estão implementadas, como manter grades elevadas, abaixar a cama após procedimento, manter as rodas do leito travadas.
Nutricionistas	• Atuar na minimização dos jejuns prolongados; • Manter vigilância dos suportes nutricionais de acordo com as necessidades do paciente; • Valorizar queixas do paciente/acompanhante em relação ao risco de queda; • Identificar fatores/ comportamentos de risco para quedas e comunicar à enfermagem/equipe multiprofissional. • Identificar os pacientes com alto risco de queda (percebido) que não estão sinalizados e comunicar ao enfermeiro; • Realizar notificação e incentivar o registro pelas demais categorias na ocorrência de quedas; • Executar as medidas preventivas de quedas quando identificar que não estão implementadas, como manter grades elevadas, abaixar a cama após procedimento, manter rodas travadas.
Farmacêuticos	• Orientar os pacientes e acompanhantes sobre os efeitos dos medicamentos e interações medicamentosas que possam aumentar o risco de quedas; • Emitir parecer às demais categorias no que se refere às medicações; • Valorizar queixas do paciente/acompanhante em relação ao risco de queda; • Identificar fatores/ comportamentos de risco para quedas e comunicar à enfermagem/equipe multiprofissional; • Identificar os pacientes com alto risco de queda (percebido) que não estão sinalizados e comunicar ao enfermeiro;

	• Executar as medidas preventivas de quedas quando identificar que não estão implementadas, como manter grades elevadas, abaixar a cama após procedimento, manter rodas travadas; • Realizar notificação e incentivar o registro pelas demais categorias na ocorrência de quedas.
Condutores Maqueiros	• Utilizar adequadamente os meios de transporte dos pacientes; • Certificar-se do travamento das rodas e da elevação das grades das macas; • Comunicar enfermagem caso o paciente apresente comportamento de risco para quedas.
Serviços de Limpeza	• Utilizar as placas de identificação alertando para "Piso Molhado" ao realizar a limpeza dos quartos, banheiros, corredores e ao identificar vazamentos; • Identificar fatores/ comportamentos de risco para quedas e comunicar à enfermagem.
Serviço de Manutenção	• Implantar plano de manutenção preventiva de equipamentos que possam estar relacionados ao risco de queda, como andadores, berços, camas, poltronas, cadeiras de banho; • Realizar em tempo oportuno manutenção corretiva dos equipamentos; • Adequar infraestrutura física para a prevenção de quedas, como instalação de barras de apoio nos banheiros, fitas antiderrapantes, eliminação de obstáculos que dificultam a deambulação do paciente.

5. ORIENTAÇÃO AO LEITOR DO DOCUMENTO

5.1 AVALIAÇÃO DOS RISCOS DE QUEDAS

5.1.1 Paciente Adulto e Idoso – Avaliação do Risco de Quedas nas Unidades de Internação

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão, nas primeiras 24 horas de internação, por meio da aplicação da Escala de Morse adaptada para adultos (quadro 1), seguindo as orientações de preenchimento do quadro 3. A reavaliação do risco de queda deve ser diária, ambas com registro no prontuário.

Quadro 2 – Escala de Risco de Queda de Morse

Escala de Risco de Queda de Morse	**Pontuação**
1. Histórico de queda	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxilio na deambulação	
Nenhum / acamado / auxiliado por profissional da saúde	0
Muletas / bengala / andador	15
Mobiliário / parede	30
4. Terapia endovenosa / cateter venoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal / sem deambulação, acamado, cadeira de rodas	0
Fraca	10
Comprometida / cambaleante	20
6. Estado Mental	

Orientado / consciente quanto à sua capacidade ou limitação	0
Superestima capacidade / esquece limitações	15

Nível de Risco	Escore	Ação
Risco baixo	0-24	Implementar precauções contra quedas
Risco médio	25-44	Implementar precauções contra quedas
Risco alto	≥45	Implementar intervenções para prevenção de alto risco de queda

Fonte: Urbanetto, J.S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Ver ESc Enf US, vol. 47, n. 3, 2013.

Quadro 3 – Orientações de preenchimento da Escala de Morse adaptada para adultos.

1. Histórico de queda		
Não	Paciente sem história de quedas nos últimos três meses	0
Sim	Paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar	25
2. Diagnóstico secundário		
Não	Apenas um diagnóstico médico	0
Sim	Mais de um diagnóstico médico	15
3. Auxilio na deambulação		
Nenhum / acamado / auxiliado por profissional da saúde	Paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador), ou deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho	0
Muletas / bengala / andador	Paciente utiliza muletas, bengala ou andador	15
Mobiliário / parede	Paciente movimenta-se apoiando-se no mobiliário /	30

	paredes	
4. Terapia endovenosa / cateter venoso 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	0
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado)	20
5. Marcha		
Normal / sem deambulação, acamado, cadeira 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)	0
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	10
Comprometida / cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente	20

	agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou mobília, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas	
6. Estado Mental		
Orientado / consciente quanto à sua capacidade ou limitação	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz	0
Superestima capacidade / esquece limitações	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?" verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações	15

Fonte: Urbanetto, J.S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Ver ESc Enf US, vol. 47, n. 3, 2013.

5.1.2 Paciente Pediátrico – Avaliação do Risco de Queda nas Unidades de Internação

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão, nas primeiras 24 horas de internação, por meio da aplicação da Escala de Humpty Dumpty (quadro 3) adaptada para pediatria. A reavaliação do risco de queda deve ser diária, ambas com registro prontuário.

Quadro 4 – Escala adaptada de "Humpty Dumpty" para o risco de queda em pediatria

Parâmetros	**Critérios**	**Pontuação**
Idade	Menos de 03 anos	4
	Entre 3 e 6 anos	3
	Entre 7 e 12 anos	2
	Mais 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 quedas / Bebê em cama	4
	Criança com aparelhos auxiliares de marcha / bebê em berço / quarto com muito equipamento / quarto com fraca iluminação	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação usada	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	Um (1) dos medicamentos acima mencionado	2
	Outros medicamentos / nenhum	1
Deficiências cognitivas	Não consciente das suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
	Orientado de acordo com as suas capacidades	1
Cirurgia / Sedação / Anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas / nenhum	1

Nível de Risco	Escore	Ação
Risco baixo	7-11	Implementar precauções contra quedas
Risco alto	12-23	Implementar intervenções para prevenção de alto risco de queda

Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization). Conceptual Framework for the Internacional Classification of Patiente Safety-Final Technical Report 2009.

5.2 AÇÕES PREVENTIVAS

5.2.1 Medidas universais

- Adotas pisos antiderrapantes;
- Instalar barras de apoio nos banheiros;
- Manter corredores, quartos e salas livres de equipamentos, materiais ou outros obstáculos;
- Assegurar uma iluminação adequada, especialmente à noite;
- Enrolar e prender o excesso de fios elétricos e telefônicos;
- Manter superfícies e pisos secos. Coloque sinalização para indicar "perigo piso molhado";
- Restringir aberturas de janelas;
- Orientar uso de vestuário e calçados adequados à movimentação segura.

5.2.2 Medidas preventivas conforme risco de queda avaliado na Escala de Morse

➢ **Risco baixo (escore de 0-24 pontos)**

o Orientar o paciente sobre o ambiente, incluindo a localização do banheiro e uso de cama;

- Educar o paciente/família sobre as avaliações de risco de queda, riscos de queda com lesões, intervenções rotineiras e especiais para prevenção de quedas;
- Incentivar os pacientes/famílias a pedir ajuda quando necessário;
- Manter materiais de uso pessoal do paciente ao seu alcance;
- Manter a cama na posição mais baixa durante a utilização e travada;
- Manter as grades da cama elevadas;
- Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação;
- Para pacientes que necessitam de dispositivos de assistência (bengala, cadeira de roda, cadeira de banho, por exemplo), assegurar-se que o paciente está consciente e independente sobre o uso antes de deixar o dispositivo ao seu alcance;
- Verificar o travamento de cadeiras de rodas;
- Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que se locomover/deambular, se for o caso;
- Em caso de hipotensão postural, orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos) antes de sair da cama;
- Considerar na avaliação clínica, as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;
- Adequar as acomodações e o mobiliário à faixa etária para pacientes pediátricos;
- Orientar os acompanhantes de crianças internadas a não permitir que o paciente corra pelas dependências do quarto e/ou do hospital.

➢ **Risco médio (escore de 25-44 pontos)**

- Supervisionar e/ou auxiliar a mudança de posição da cabeceira, a higiene pessoal e a ida ao banheiro;
- Reorientar pacientes confusos;

- Estabelecer cronograma de eliminação, incluindo o uso de vaso sanitário, se for o caso;
- Verificar se o paciente possui alguma deficiência de mobilidade, diminuição da força, diminuição do equilíbrio e/ou diminuição da resistência;
- Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente;
- Reforçar cuidados com sonda vesical e drenos, que podem prejudicar a mobilidade ou gerar risco de quedas;
- Comunicar o risco de queda para outros cuidadores durante o transporte e transferências.

➢ **Risco Alto (escore ≥ 45 pontos)**

- Sinalizar o Risco de Queda conforme citado acima neste protocolo;
- Comunicar o risco de queda para outros cuidadores durante o transporte e transferências;
- Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente;
- Alocar o paciente próximo ao Posto de Enfermagem e mais próximo ao banheiro, se possível;
- Permanecer com o paciente enquanto o mesmo usa o banheiro;
- Permitir e orientar a presença de acompanhante, mesmo nos casos não previstos em lei;
- Orientar que se levante do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado ou acompanhante.
- Realizar contenção mecânica (prescrição médica), se necessário;
- Realizar avaliação dos medicamentos em uso para possíveis alterações de prescrição;

- Solicitar avaliação do médico e/ou farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis, efeitos colaterais e quadro clínico do paciente;
- Orientar o paciente e/ou família/ acompanhante sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, que aumentam o risco de queda.

5.2.3 Medidas preventivas conforme risco de queda avaliado na Escala de Humpty e Dumpty

➢ **Risco baixo (escore de 7-11 pontos)**

- Adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico;
  - Crianças ≤ 36 meses (três anos): devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima.
  - Crianças > 36 meses: devem ser acomodadas em camas com as quatro grades elevadas conforme avaliação clínica da equipe médica e de enfermagem;
- Manter uma das grades do leito elevada durante qualquer procedimento realizado na criança;
- Orientar a família e/ou responsável sobre o risco de queda relacionado com a faixa etária da criança e história pregressa;
- Orientar família/ paciente sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda;
- Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da equipe médica e de enfermagem);
- Adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico;

- ≤ 6 meses: devem ser transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas, se necessário, e na ausência deste, pelo profissional de enfermagem;
- 6 meses ≤ 36 meses: devem ser transportados em maca deitada com o acompanhamento de responsável quando for submetido a procedimentos com anestesia/ sedação e na ausência deste, pelo profissional de enfermagem;
- 36 meses: devem ser transportadas em maca ou em cadeira de rodas com acompanhante responsável e na ausência deste, pelo profissional de enfermagem.

➢ **Risco alto (escore de 12-23 pontos)**

- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;
- Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda;
- Não levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave;
- Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para a família/responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular;
- Acompanhar sempre a criança na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) seja o responsável, seja o profissional da equipe de enfermagem;
- Orientar o paciente e/ou família/ responsável sobre a necessidade de levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas avaliadas pelo profissional responsável;
- Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico quando necessário (conforme fator de risco identificado);

- Realizar reconciliação medicamentosa cuidadosa, na admissão. Orientar paciente e/ou família/ acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda;
- Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou família/ acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos.

6. RISCOS ENVOLVIDOS E CUIDADOS

6.1 AÇÕES PÓS-QUEDAS E INTERVENÇÕES

6.1.1 Queda assistida e não assistida pela equipe multiprofissional em pacientes pediátricos e adultos internados

- Antes de erguer um paciente do solo, verifique sinais e sintomas de fratura de membros e possível lesão espinhal;
- Se um paciente apresentar sinais ou sintomas de lesão grave, deverá ser manipulado de forma adequada;
- Avaliar presença de condições clínicas reversíveis que podem ter levado a queda, dentre as principais, hipoglicemia e hipotensão arterial;
- Todos os pacientes com características de lesão grave, e pacientes mais vulneráveis a lesões graves devem ser avaliados rapidamente por um médico, que poderá solicitar exames de imagem, de acordo com a gravidade da queda e condições subjacentes do paciente;
- Registrar detalhadamente no prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda, detalhando o horário, os sintomas no momento, lesões decorrentes do evento e outras consequências além da conduta médica imediata;
- O médico deverá reavaliar o paciente e sua prescrição médica e solicitar os exames (imagem ou outros) conforme necessidade;