

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PRÁTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM PRÁTICAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

RENATA RILKIA PEDROSA BEZERRA

**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO PARA ACIDENTES POR QUEDA EM RECÉM-
NASCIDOS**

NATAL/RN

2020

RENATA RILKIA PEDROSA BEZERRA

**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO PARA ACIDENTES POR QUEDA EM RECÉM-
NASCIDOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre.

Área de concentração: Saberes e práticas em saúde e educação, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Saberes e práticas de gestão em saúde e educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Pedrosa Lima

NATAL/RN

2020

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Bertha Cruz Enders - -Escola de Saúde da UFRN -
ESUFRN

Bezerra, Renata Rilkia Pedrosa.

Protocolo de prevenção para acidentes por quedas em recém-nascidos / Renata Rilkia Pedrosa Bezerra. - 2021.

75f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola de Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade. Natal, RN, 2021.

Orientadora: Simone Pedrosa Lima.

1. Segurança do paciente - Dissertação. 2. Acidentes por quedas - Dissertação. 3. Recém-nascido - Dissertação. I. Lima, Simone Pedrosa. II. Título.

RN/UF/BS-Escola de Saúde

CDU 614.253.83-053.31

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO PARA ACIDENTES POR QUEDA EM RECÉM-NASCIDOS

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada por Renata Rilka Pedrosa Bezerra ao Programa de Pós-Graduação em práticas de Saúde e Educação da Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de Mestre em Práticas de Saúde e Educação.

Aprovada em:

PRESIDENTE DA BANCA:

Professora Doutora Simone Pedrosa Lima
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN)

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Simone Pedrosa Lima– Orientador
Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN

Dra.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN

Dra.
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos amigos e à família, que me auxiliaram durante todo o processo de construção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Roberto Pedrosa Bezerra; e à minha mãe, Adenilda Maria de Lima Bezerra, pelo incentivo e apoio dispensados ao longo do desenvolvimento da dissertação.

Aos professores, pelos conhecimentos transmitidos e, em especial, à minha orientadora, Simone Pedrosa Lima, pela gentileza, paciência e disposição em ajudar na elaboração e na conclusão do trabalho.

Às colegas de curso, que se mostraram muito parceiras ao longo desta caminhada.

A todos que participaram da pesquisa e se dispuseram a colaborar no processo de obtenção de dados.

Enfim, a todos que fizeram parte diretamente ou indiretamente desta etapa em minha vida.

RESUMO

Acidentes por queda são a segunda principal causa de mortes por ferimentos acidentais ou não intencionais no mundo. Em recém-nascidos (RN), ocorre quando a criança, segurada pelo profissional de saúde, pelos familiares ou pelo acompanhante, cai ou escorrega das mãos, dos braços ou do colo, independentemente se causou danos ou não. Na instituição onde foi realizado o estudo, durante o ano de 2019 até o mês de agosto, há registros de 5 casos de quedas em RN. Embora as principais lesões relatadas sejam pequenos abrasões e escoriações, esses incidentes geralmente são preveníveis. Portanto, é imprescindível que as instituições de saúde promovam um programa de segurança ao RN e ofereçam um ambiente seguro, a fim de diminuir ou extinguir esses eventos. Este estudo é de natureza qualitativa, tendo como objetivo desenvolver, em conjunto com os enfermeiros assistenciais e integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente, um protocolo de prevenção de quedas para recém-nascidos no alojamento conjunto. A realização da pesquisa seguiu duas etapas distintas, porém, complementares. Na primeira etapa, o estudo realizou coleta de dados por meio de entrevistas com enfermeiros assistenciais e representantes do Núcleo de Segurança do Paciente, no período de julho e agosto de 2020. Na segunda etapa, houve a análise das entrevistas dos profissionais somada ao estudo aprofundado das evidências científicas que abordam a prevenção de acidentes por quedas em recém-nascidos, que subsidiaram a elaboração do protocolo. O local do estudo foi uma maternidade escola, referência em alto risco no estado do Rio Grande do Norte. A análise de dados teve como base Bardin (2016), e seguiu três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. Da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias: dificuldades em adotar medidas seguras quanto à prevenção de quedas em recém-nascidos e caminhos para elaboração do protocolo. A segunda etapa da pesquisa foi a construção do protocolo, norteada por Werneck, Faria e Campos (2009) e Brasil (2019). Os participantes da pesquisa contribuíram para elaboração do escopo, sendo grupo de interesse. A partir disso, a pesquisadora utilizou as contribuições dos entrevistados e a revisão de literatura como respaldo técnico-científico para composição das atividades preventivas e clínicas contidas no protocolo. O estudo conclui que o protocolo visa nortear a adoção de boas práticas e promoção da segurança do paciente, desde que,

em longo prazo, haja indicadores que permitam avaliar processos e resultados, permitindo a condução de avaliações seguras e constantes.

Palavras-chave: Acidentes por quedas. Recém-nascido. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Accidents by fall are the second leading cause of deaths due to accidental or unintentional injuries in the world. With newborns (NB), it is defined when the child being held by the health professional, family members or companion, falls or slips off the hands, arms or lap (regardless of whether it results in injuries or not). At the institution where the study was carried out, throughout 2019 up to August, 5 cases of such an event involving NB were registered. Although the main injuries reported were minor abrasions and excoriations, these incidents are generally preventable. Thus, it is essential that health institutions offer a safety program for newborns and also a secure environment in order to reduce or extinguish these events. This is a qualitative study that aimed at developing, along with nurse assistants and members of the CPS (Center for Patient Safety), a fall prevention protocol for newborns in the rooming-in care (RIC). The research followed two distinct but complementary phases. In the first phase, data collection happened through interviewing nurse assistants and representatives of the CPS between July and August of 2020. Therefore, the analysis of these professionals' interviews and the in-depth study of scientific evidence (which addresses the prevention of accidents caused by falls involving newborns) subsidized the elaboration of the protocol. The study site was a maternity hospital, a high-risk reference in the State. Data analysis was guided by Bardin and followed three steps: pre-analysis, material exploration and interpretation of results. From the analysis of the interviews, the following categories arose: difficulties in adopting safe measures to prevent falls involving newborns, and paths for a protocol elaboration. The second phase of the research was the construction of the protocol, guided by Werneck; Faria; Campos (2009) and Brasil (2019). The research participants were chosen as the interest group, contributing to the elaboration of the scope. From this point on, the researcher used the contributions of the interviewees and the literature review as a technical-scientific support for the elaboration of the preventive clinical activities found within the protocol. It has been concluded that the protocol will guide the adoption of good practices and the promotion of patient safety, considering that, in the long term, indicators will be developed in order to allow the evaluation of processes and results, culminating in the conduction of safe and constant assessments.

Keywords: Accidents by falls. Newborn. Patient safety.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Alojamento Conjunto

CDC – Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EA – Eventos adversos

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EUA – Estados Unidos da América

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

JCI – Joint Commission International

MEJC – Maternidade Escola Januário Cicco

NDNQI – National Database of Nursing Quality Indicators

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

NSF – National Sleep Foundation

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

RN – Recém-nascido

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

UCINCa – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal canguru

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 POLÍTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	17
3.2 QUEDAS EM RECÉM-NASCIDOS	18
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	25
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	26
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	27
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	29
4.7 METODOLOGIA DO PROTOCOLO.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
5.1 DIFICULDADES EM ADOTAR MEDIDAS SEGURAS QUANTO À PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN.....	33
5.2 CAMINHOS PARA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN.....	41
5.3 PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA	64
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	65

ANEXO A – PARECER.....	66
-------------------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

Queda é definida pelo Ministério da Saúde como “deslocamento não intencional para um nível inferior à posição, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando em danos ou não” (BRASIL, 2013a, p. 2). No intuito de aproximar-se de uma descrição mais precisa de quedas em recém-nascidos e crianças, a National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) lançou, em 2013, um indicador revisado que define queda quando o recém-nascido, o lactente ou a criança, sendo segurada pelo profissional de saúde, pelos familiares ou pelo acompanhante, cai ou escorrega das mãos, dos braços ou do colo, o que pode ocorrer quando é transferida de uma pessoa para outra.

A queda independe da superfície da qual a criança cai (berço, cama, cadeira), e se causou danos ou não. Nessa direção, observou-se um aumento de 46% nas taxas de quedas de recém-nascidos hospitalizados a partir de 2013, após a publicação da nova definição, comparada com 2012, no sistema de relatórios de segurança do paciente da Pensilvânia (STAGGS *et al.*, 2015; WALLACE, 2015).

Acidentes por queda são a segunda principal causa de mortes por ferimentos acidentais ou não intencionais no mundo. No Brasil, somente no ano de 2017, foram registrados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 15.667 óbitos por queda em todas as faixas etárias, dos quais, 42 óbitos pertenciam ao grupo de crianças menores de 1 ano, sendo 18 resultado de queda de um leito, de uma cadeira ou de uma mobília (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; BRASIL, 2017b).

A idade é um dos principais fatores de risco e esse indicador diz respeito ao grupo de alto risco, ou seja, idosos e crianças. No grupo senil, geralmente a queda está relacionada a fatores intrínsecos ao paciente, tais como idade avançada, déficit de equilíbrio e marcha, incontinência urinária, estado cognitivo comprometido, entre outros. Já na infância, ocorre, em grande parte, como resultado de seus estágios evolutivos em desenvolvimento, curiosidade inata a seu redor e níveis crescentes de independência, unindo-se a comportamentos mais provocadores comumente referidos como “assumir riscos”, como comprovam fontes do Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017a, 2017b), que observaram que a principal causa de atendimentos em urgências por ferimentos nos Estados Unidos da América (EUA), em menores de 1 ano, estava relacionada a quedas, com 55,3% (ABREU *et al.*, 2015;

SOUSA; MENDES, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017a, 2017b).

Para mais entendimento sobre segurança do paciente, é importante conhecer os principais conceitos relacionados a ela. Dessa forma, definem-se incidentes como “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” e evento adverso como “incidente que resulta em dano ao paciente” (BRASIL, 2014, p. 7).

Embora evitáveis, incidentes relacionados a quedas na população adulta configuram-se como um dos mais frequentes eventos registrados no âmbito hospitalar, gerando impacto negativo aos sistemas de saúde. Estudo conduzido por Luzia *et al.* (2019) demonstrou essa problemática. Os pesquisadores constatam que, em um hospital geral de alta complexidade no sul do país, 43% dos eventos notificados pertenciam ao grupo de quedas com danos, dos quais 80% foram classificados como lesões leves e 1,9% tiveram o óbito associado.

A incidência e os fatores de riscos são amplamente estudados em pacientes adultos hospitalizados, culminando numa reunião de medidas para evitar o incidente a partir de protocolos ou ferramentas preditoras de risco de quedas (AINSWORTH *et al.*, 2013; FELDMAN-WINTER *et al.*, 2016). Em contraposição, embora evidenciada em todo o mundo e a literatura aponte o alojamento conjunto como a unidade hospitalar com maior taxa de quedas em recém-nascidos (RN) no período pós-parto, não se tem dado a atenção suficiente para quedas em RN, sendo sua incidência exata desconhecida, não havendo consenso sobre uma adequada política para prevenir quedas nem qualquer ferramenta padronizada para avaliar o risco de quedas em RN (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; FELDMAN-WINTER *et al.*, 2016; WALLACE, 2015). A esse respeito, estudos científicos são raros e limitados aos últimos doze anos, o que dificulta o entendimento da magnitude do problema ou formulações de estratégias que conduzam às melhores práticas (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; FELDMAN-WINTER *et al.*, 2016; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017a, 2017b).

Em uma análise de relatórios apresentados à Autoridade de Segurança do Paciente da Pensilvânia, de julho de 2004 a 2013, nos Estados Unidos, foram registrados 272 acidentes por queda em RN internados enquanto estavam sob cuidados de familiares. Destes, 85,3% tinham menos de 4 dias e 8,5% apresentaram danos graves (fratura de crânio, hematoma subdural e sangramento subaracnoide)

(WALLACE, 2015). Esses acidentes merecem atenção pela repercussão que podem ocasionar ao estado de saúde do paciente, além de contribuir para aumentar os custos assistenciais, o tempo de permanência hospitalar e a credibilidade da instituição (BRASIL, 2013a).

Tem sido crescente o interesse em manter a segurança do paciente quanto à prevenção de quedas. Embora na literatura ainda sejam limitados estudos que abordem protocolo específico para esses recém-nascidos, os serviços de saúde têm se dedicado a elaborar seus próprios protocolos, abordando estratégias de prevenção baseadas nos fatores de risco, nas características e nas consequências desses incidentes em suas unidades, a fim de diminuir a prevalência e otimizar as melhores práticas para prevenção (WALLACE, 2015).

A utilização desses protocolos tem a finalidade de aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde e estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Por se tratar de instrumentos legais, os protocolos elaborados de acordo com os princípios da prática baseada em evidências oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado, além de mais objetividade, transparência e uso racional dos recursos disponíveis (PIMENTA *et al.*, 2015).

Contribuindo com essa perspectiva, Gondim *et al.* (2010, p. 68) atestam que “o enfermeiro deve prover adequado gerenciamento do cuidado de forma a garantir qualidade e segurança ao paciente”, utilizando, para tal, o conhecimento científico em sua prática profissional, conduzindo a equipe à prestação de uma assistência pautada em evidências científicas, viabilizando formas efetivas para o cuidado. Nessa direção, a iniciativa para o desenvolvimento do protocolo de prevenção de quedas para RN em alojamento conjunto partiu da observância de casos de quedas em recém-nascidos (taxa de 22,6 quedas para cada 10.000 nascidos vivos) na instituição de saúde em que a pesquisadora realiza atividades laborais como enfermeira e do desejo de modificar esse cenário. Na busca de respaldo científico para transformar essa realidade, a pesquisa mostrou ser escassa abordagem sobre a temática nos meios científicos e haver pouca visibilidade pelas entidades de saúde em recrutar dados sobre um tema tão relevante para a saúde e o bem-estar do RN e de sua família. Diante do exposto, o protocolo tem como objetivo desenvolver medidas de prevenção para reduzir ou extinguir o número de quedas em RN no AC.

2 OBJETIVOS

Para esta pesquisa, elegemos os objetivos a ser apresentados a seguir.

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver, em conjunto com os enfermeiros assistenciais e integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente, um protocolo de prevenção de quedas para RN no alojamento conjunto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apreender, dos profissionais, contribuições para a construção de um protocolo de prevenção de quedas em RN.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção, apresenta-se a revisão de literatura, realizada a partir de estudos sobre quedas em recém-nascidos e segurança do paciente.

3.1 POLÍTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O acesso a serviços de saúde, nos diferentes níveis de prestação, assim como o atendimento adequado e de qualidade são assegurados como direitos do usuário de saúde, conforme Resolução do CNS Nº 553/17 (BRASIL, 2017a). Além de ser exigência garantida pela resolução supracitada, a qualidade dos serviços ofertados tem despertado grande preocupação devido ao alto número de incidentes relacionados à assistência, como mostra estudo conduzido em vinte e sete países, englobando os seis continentes, apontando que 10% dos pacientes sofreram algum tipo de eventos adversos (EA) e que metade (51,2%) poderia ser evitado durante o tratamento (SCHWENDIMANN *et al.*, 2018).

O problema com eventos adversos não é recente, existem estudos, da década de 1950 e 1960, abordando o assunto, porém, foram largamente negligenciados. Somente na década de 1990 o debate sobre a temática foi retomado e um relatório sobre segurança do paciente foi divulgado pelo *Institute of Medicine* (IOM), em 1999, intitulado *To err is human: building a safer health system by the Institute*, e obteve grande notoriedade ao apontar que cerca de 100 mil pessoas morriam, por ano, vítimas de EA nos Estados Unidos da América (EUA), superando taxas de mortalidade por HIV positivos, câncer de mama e atropelamento (BRENNAN *et al.*, 1991; KOHN *et al.*, 2000; DONALDSON; SAFETY, 2009).

Com dados preocupantes revelados pelos estudos, evidenciando danos acarretados ao paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) buscou reduzi-los. Para tanto, lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, em 2004, durante a 57ª Assembleia de Saúde, a fim de promover ações voltadas para a segurança do paciente nos países membros e definiu segurança do paciente como “ato de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, p. 16), definição também adotada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria Ministerial Nº 529/2013 (BRASIL, 2013b, 2016b; DONALDSON; SAFETY, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Com a intenção de melhorar o cenário vigente, nortear as boas práticas, e diminuir os EA decorrentes de assistência à saúde, a OMS, em parceria com a Joint Commission International (JCI), elaborou 6 Metas Internacionais de segurança do Paciente. A 1º é garantir identificação correta do paciente, a 2º melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, a 3º Melhorar a segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos, na 4º Assegurar cirurgia em local e pacientes corretos, na 5º, Higienização correta das mãos e na última e 6º meta reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas. Nesse sentido, O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM Nº 529/2013 também institui esse evento como um dos aspectos primordiais à segurança do paciente, além de ser um indicador de qualidade da assistência (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013b). Entre outros objetivos, o PNSP tem a finalidade de produzir, sistematizar e difundir conhecimentos relacionados à segurança do paciente, além de incluir essa temática nos cursos da área da saúde, do nível técnico à pós-graduação (BRASIL, 2014).

3.2 QUEDAS EM RECÉM-NASCIDOS

O primeiro estudo abordando a temática foi apresentado por Monson *et al.* (2008), que analisaram a ocorrência de quedas em RN em uma rede de 18 hospitais, em um período de três anos. Durante o intervalo da pesquisa, houve 88.774 nascimentos e foram observadas 14 quedas neonatais hospitalares, com estimativa de incidência de 1,6 quedas para 10.000 nascimentos.

Em estudo subsequente, conduzido por Helsley, McDonald e Stewart (2010), foi evidenciada uma taxa de quedas de 3,94 a 4,14/10.000 nascimentos, extrapolando um intervalo de 1,6 a 4,1/10.000 nascimentos, sugerindo que de 600 a 1.600 RN caem nos hospitais, por ano, nos Estados Unidos da América (EUA). Já Janiszewski (2015) observou 17 quedas para 10.000 nascimentos. Por sua vez, Ainsworth *et al.* (2013) apontaram uma taxa de 21.2/10.000 nascimentos. A variação para tais taxas são devido à subnotificação e à coleta de dados inadequadas (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010).

Estima-se que esses incidentes sejam mais frequentes e não documentados, uma vez que os genitores são relutantes em comunicar o ocorrido, por vergonha ou medo de que seja tomada alguma medida contra eles por negligência. A decisão de comunicar o ocorrido está relacionada com a lesão ou a mudança de comportamento

da criança. Por esse motivo, a determinação da incidência desses eventos torna-se um grande desafio, visto que, na maioria das vezes, não são presenciados pela equipe de saúde (WALLACE, 2014; GAFFEY, 2015). A queda acidental em neonatos hospitalizados durante o período pós-parto ocorre em decorrência de fatores ambientais ou erros de julgamento da equipe ou membros da família, acompanhados pelo sentimento de culpa e pelo estresse emocional (PHALEN; SMOLENSKI, 2010).

Alguns fatores maternos, que contribuem para o aumento do risco de quedas em RN, incluem: parto cesáreo, mobilidade prejudicada em razão da anestesia, história materna de abuso de substâncias, ingestão de opiáceos horas antes da queda, faixa etária entre 18 e 28 anos e exaustão materna. A última é considerada uma das principais causas de quedas, particularmente no segundo e terceiro dia pós-parto, devido à combinação de amamentação, choro inconsolável e contínuo nesse período, noites de pouco sono, visitas constantes de familiares, equipe médica e enfermagem (GALUSKA, 2011; HODGES; GILBERT, 2015; LIPKE *et al.*, 2018).

De acordo com Bittle *et al.* (2019), mulheres no período pós-parto dormem uma média 3,7 horas/dia. Nesse sentido, a National Sleep Foundation classifica como apropriada e saudável, capaz de manter o bem-estar, uma média de 7 a 9 horas/dia de sono para adultos; 6 horas de sono possivelmente aceitáveis para alguns indivíduos; e menos de 6h como impróprias (HIRSHKOWITZ *et al.*, 2015). Bittle *et al.* (2019) complementam que, em seus achados, as mães se mantiveram acordadas por até 18 horas e a sonolência foi predominante no período noturno, com picos observados às 4 horas da manhã, o que reforça os achados de estudos anteriores em que fora constatado que o maior número de quedas se concentra entre a madrugada e o início da manhã, quando os RN estavam nos braços das genitoras, na cama, geralmente amamentando, e elas adormeceram, ocasionando as quedas (CARR *et al.*, 2019; WALLACE, 2015).

Nesse processo, alguns medicamentos podem ter efeito prejudicial na capacidade de deambular com segurança em pacientes pós-parto. Medicamentos para hipotensão podem provocar tonturas e hipotensão; analgésicos podem causar relaxamento muscular e sedação; e medicamentos para dormir podem diminuir o equilíbrio (GAFFEY, 2015). Estudo conduzido por Ainsworth, Summerlin-long e Mog (2016) comprova os achados de pesquisas anteriores, ao constatar que, de 7 quedas, em 5 delas, as genitoras haviam feito uso de algum analgésico opioide nas últimas três horas que antecederam as quedas.

Fatores ambientais também são considerados, dado o risco que representam para acidentes por quedas para qualquer faixa etária. Esse fenômeno pode ocorrer ao longo do internamento do RN, no Centro Obstétrico, na Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN), na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal canguru (UCINCa), na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e no alojamento conjunto (AC) e há situações em que esses riscos são aumentados. Por esse motivo, cada unidade deve avaliar detalhadamente o ambiente e as práticas de cuidados desempenhadas pela equipe multiprofissional, com a finalidade de gerarem estratégias e medidas destinadas a preveni-las (PHALEN; SMOLENSKI; 2010).

Embora a causa principal esteja relacionada à queda dos braços dos pais, outras circunstâncias devem ser levadas em consideração, a seguir: durante o parto, quando ocorre evolução rápida do parto vaginal, o grande volume de fluido e sangue contribui para o RN escorregar das mãos do profissional que assiste o parto; durante o transporte, quando levado nos braços, na ocorrência de um tropeço do adulto e consequente queda do RN; cair dos berços hospitalares, por exemplo, quando as rodas do carrinho ficam presas entre as lacunas do elevador ou em superfícies ou rampas instáveis; durante a pesagem, ao cair da balança, da cadeira ou do assento (TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015; GAFFEY, 2015; PHALEN; SMOLENSKI, 2010).

Segundo Helsley, McDonald e Stewart (2010), o design de algumas camas não tem contribuído para prevenção de quedas, devido às lacunas evidenciadas entre o colchão e as grades laterais, suficientes para o RN escorregar e cair no chão, ou ficar preso entre as lacunas e provocar uma possível fratura de crânio. Janiszewski *et al.* (2019) corroboram ao afirmar que não há evidências de que grades laterais previnam ou diminuam a chance de quedas em RN e alerta quanto ao risco predisponente ao surgimento de estrangulamento do menor, embora não haja evidências documentadas.

As principais lesões relatadas relacionadas a esse evento são pequenos abrasões, escoriações, fratura craniana e dano cerebral, podendo ser fatais, como fora registrado em um caso. Na maioria das vezes, o evento não é notificado e informações sobre esse assunto são limitadas na literatura. No entanto, sabe-se que fraturas de crânio não são incomuns e danos cerebrais são raros (KAITESI, 2013; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; WALLACE, 2015).

Ruddick, Ward Platt e Lazaro (2010) evidenciaram que quedas com altura menor que 1 metro podem provocar fraturas de crânio. Nesse sentido, edema do couro

cabeludo, embora sugestivo de fratura de crânio, não foi observado em todos os casos. Essa mesma pesquisa evidenciou que sintomas sugestivos de dano cerebral, como recusa alimentar, convulsão, apneia, sonolência e irritabilidade não foram identificados em 10 dos 11 casos de queda, mesmo que tenham sofrido fratura craniana.

No que diz respeito aos alojamentos conjuntos (AC), estes são locais destinados a assegurar a permanência do RN junto à mãe. Essa prática tem sido valorizada mundialmente desde a década de 1970 pelas inúmeras vantagens que oferecem à genitora, ao recém-nascido, aos familiares e à própria instituição. Entre os principais benefícios estão o contato pele a pele e o estabelecimento precoce do vínculo afetivo, a promoção do aleitamento materno e a diminuição dos riscos de infecções hospitalares (BRASIL, 2012a, 2016b).

Em alguns casos, no entanto, a prática do alojamento conjunto pode representar preocupações de segurança, particularmente no que diz respeito ao sono. Há um largo número de relatos de casos de colapso pós-natal grave no período neonatal em RN saudáveis e eventos quase fatais ou fatais relacionados a sono, asfixia e quedas de leitos hospitalares. Isso se deve à não observância dos potenciais perigos imediatamente após o nascimento e durante o período hospitalar pós-parto (FELDMAN-WINTER *et al.*, 2016).

Acredita-se que, quando observadas as situações de risco no ambiente hospitalar, estas podem ser corrigidas pela equipe de saúde. Assim, o comportamento de pais e acompanhantes pode ser moldado, de modo a influenciar as práticas de sono seguro após a alta hospitalar (FELDMAN-WINTER *et al.*, 2016).

Outro local onde também é encorajada a participação dos pais nos cuidados aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves são as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), dotadas de estruturas assistenciais que possuem condições técnicas de assistência especializada ao RN, responsáveis por garantir uma atenção integrada e humanizada. O desafio é que durante esse momento de interação singular, tão importante para os pais e o RN, no AC ou na UTIN, seja garantida a segurança do recém-nascido, prevenindo os acidentes por queda (FELDMAN-WINTER *et al.*, 2016; BRASIL, 2012a; HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010).

Conforme Phalen e Smolenski (2010), a maioria das quedas em recém-nascidos é prevenível e as instituições de saúde têm a responsabilidade de promover

um ambiente seguro. Como proposta, sugere-se um programa de segurança do RN. Nesse sentido, States *et al.* (2018) consolidam essa afirmação ao identificar o potencial aumento de risco de quedas em RN como um grande desafio no ambiente hospitalar, sendo necessário considerar o desenvolvimento de uma ferramenta capaz de identificar aqueles com maior risco de quedas, a fim de promover uma linguagem única perante a equipe de saúde para que todos realizem a avaliação de maneira semelhante. Feldman-Winter *et al.* (2016) concluem que o sistema de saúde tem a incumbência de impelir uma filosofia de valores, responsabilidade compartilhada e solidária, bem como responder aos comportamentos de seus funcionários de maneira justa.

Nesse sentido, algumas intervenções são sugeridas por Helsley, McDonald e Stewart (2010), conforme avaliação de eventos anteriores. Inicialmente, os autores aconselham um contrato de segurança destinado aos genitores, com a intenção de conscientizar e prevenir quedas em RN. É sugerido que, nesse contrato, sejam inseridas informações sobre segurança do RN e descritos os fatores de risco prevalentes para quedas no período pós-parto. Em seguida, os genitores devem ser convocados a assiná-lo. Nesse processo, a grande quantidade de informações apresenta-se como um grande desafio, haja vista que o momento de chegada na maternidade é acompanhado de excitação e emoção.

Portanto, os autores defendem que, embora a assinatura tenha sido obtida, não está assegurado que as informações foram compreendidas e assimiladas, por isso, durante o internamento, aconselha-se à equipe revisar, com genitores e acompanhantes, as informações contidas no contrato. Esse é um ponto importante no processo de prevenção, tendo em vista que, em estudo conduzido por Hodges e Gilbert (2015), as genitoras desconheciam o risco de quedas no período pós-natal.

O monitoramento é outra etapa contemplada por Helsley, McDonald e Stewart (2010). Nesse sentido, a equipe é orientada a manter vigilância quanto ao compartilhamento do RN em leito materno. Dada a importância de tal recomendação, ela foi incorporada às diretrizes de cuidados ao RN pela equipe de enfermagem das instituições inseridas no estudo dos autores supracitados. Tal política implica garantir que o RN retorne ao berço sempre que a genitora se encontre esgotada ou se preparando para dormir.

Segundo Carr *et al.* (2019) e Janiszewski *et al.* (2019), as rondas da equipe de enfermagem devem ser implementadas para garantir um ambiente de sono seguro.

A cada 1 ou 2 horas, devem-se avaliar os fatores de risco, como o nível de fadiga dos pais, e buscar fornecer um ambiente seguro para o RN, transferindo-o para o berço, quando for observado alguém dormindo e segurando o bebê. Nesses momentos, é relatada a importância de reforçar as orientações sobre prevenção de quedas. Por isso, Feldman-winter *et al.* (2016) recomendam monitorar a cada 30 minutos a díade (mãe-bebê), considerando os fatores de risco para quedas, por exemplo, durante a noite e o início da manhã, horário em que predomina o número de quedas. Já States *et al.* (2018) acolhem a proposta de organizar as rondas a cada uma hora.

Em relação aos equipamentos, Helsley, McDonald e Stewart (2010) consideram que os berços serem projetados de forma a ficar distantes da cama da mãe é um fator em potencial para quedas, visto que é desencorajador para a mãe utilizá-los. Um ponto que também merece atenção, segundo os autores, é a altura dos berços, que são menores que a média dos leitos hospitalares adultos, aumentando o risco de quedas ao transferir o RN para o berço. É incentivado por eles que os berços sejam integrados ao leito da mãe, dispostos paralelamente, facilitando o seu uso. Dessa forma, recomendam que haja uma atenção maior voltada aos designs das camas e às necessidades desse público especializado, de modo a garantir a segurança do paciente.

Entre outros fatores que facilitam a insegurança do paciente estão: o excesso de carga de trabalho dos profissionais de saúde, equipe de trabalho reduzida e material insuficiente ou inadequado para execução de procedimentos (SOUZA; MENDES, 2019). Tais fatores são apontados em um estudo que tinha como objetivo identificar a relação da carga de trabalho da equipe de enfermagem e a ocorrência de incidentes de segurança do paciente ligados aos cuidados de enfermagem. O principal achado desse estudo foi uma alta correlação de acidentes por queda em pacientes internados e excesso de carga de trabalho de enfermeiras e auxiliares de enfermagem (CARLESI *et al.*, 2017).

Nessa direção, estratégias devem ser lançadas para diminuir ou extinguir esses eventos, por exemplo, a mudança de cultura das instituições de saúde, deixando de lado a culpabilização do indivíduo, enfatizando a cultura de segurança e de aprendizagem com o erro; uso de notificações, estimulando os profissionais a reportá-los; proceder à análise sistemática desses dados; e divulgar os resultados para que outros profissionais e pacientes se favoreçam com as recomendações (KOHN *et al.*, 2000). A esse respeito, alguns países têm se beneficiado de notificações

voluntárias de incidentes, com a missão de aprimorar a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade dos cuidados de saúde (SOUZA; MENDES, 2019).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta seção abordará o percurso metodológico utilizado para atender os objetivos da pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Na perspectiva de atender os objetivos propostos, realizou-se um estudo exploratório de natureza qualitativa. Segundo Gil (2007), o estudo exploratório tem por objetivo prover mais familiaridade com o problema e perscrutar pessoas que tiveram experiências práticas sobre o tema em tela.

Conforme Creswell (2010), as pessoas, na tentativa de entender o mundo em que vivem e trabalham, desenvolvem significados subjetivos para suas experiências à medida que se envolvem com o mundo que estão interpretando. Valendo-se disso, o pesquisador qualitativo tende a utilizar questões abertas, de forma que os participantes possam expressar suas visões e gerar significados a partir dos dados coletados no campo. Considerando que a pesquisa tem como objeto de estudo a construção coletiva de um protocolo de prevenção de quedas em RN, a utilização do método qualitativo mostra-se adequada, pois, nesse tipo de pesquisa, busca-se uma complexidade de visões, em vez de estreitar significados em poucas categorias ou ideias (CRESWELL, 2010).

Quanto à realização desta pesquisa, ela seguiu duas etapas distintas, mas complementares. Na primeira etapa, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde. A análise das entrevistas dos profissionais, somada ao estudo aprofundado das evidências científicas que abordam a prevenção de acidentes por quedas em recém-nascidos, subsidiou a elaboração do protocolo. Nesse sentido, serão descritas, nesta seção, as etapas percorridas para obtenção das entrevistas dos profissionais e o percurso metodológico adotado para a construção do protocolo.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O local do estudo foi Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC/UFRN), uma unidade docente assistencial de Obstetrícia, Neonatologia e Saúde Perinatal, inserida 100% no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência na gestação de alto risco

(oferece suporte a gestantes com diagnóstico fetal de cardiopatia congênita e principalmente aos recém-nascidos em pré e pós-operatório na UTIN), em cirurgias e endoscopias ginecológicas, na reprodução assistida e nos ambulatórios especializados de ginecologia no Estado do Rio Grande do Norte. Está situada na capital, no município de Natal, e é referência para os 167 municípios do estado (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018).

Desde o ano de 2013, a MEJC passou a fazer parte do grupo de hospitais sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), estatal vinculada ao Ministério da Educação, que administra atualmente grande parte dos hospitais universitários federais. A Maternidade é centro de formação de recursos humanos, de pesquisas e de extensão, possui um vasto quadro de profissionais na área assistencial, com um total de 634 colaboradores. Além dos docentes e alunos dos cursos de graduação e pós-graduação dos departamentos de saúde da UFRN, que atuam no campo da prática, possui programas de residência médica e multiprofissional (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018).

Em relação à estrutura, a maternidade possui 141 leitos, sendo 26 de Unidade de Terapia Intensiva, 16 leitos cirúrgicos de ginecologia e 72 de obstetrícia clínica e cirúrgica. Os leitos de obstetrícia são divididos em duas enfermarias, sendo denominadas obstetrícia I e II, e 22 consultórios ambulatoriais (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2018).

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos que participaram do estudo foram doze enfermeiros e dois farmacêuticos. Destes, sete enfermeiros cumprem escala fixa no alojamento conjunto. Os outros enfermeiros e os farmacêuticos atuam no Núcleo de Segurança do Paciente.

Os profissionais incluídos no estudo atenderam os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial do alojamento conjunto, com escala fixa no setor; ou ser profissional que integra o NSP da instituição; ter, no mínimo, 1 ano de atuação. Os critérios de exclusão foram: profissionais afastados da assistência por férias, licença ou atestado de saúde.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto do corrente ano, sendo realizada em dois momentos. Primeiro, houve um contato prévio com os profissionais, momento em que foram apresentados os objetivos do estudo e foi realizado o convite para sua participação. Diante da concordância do profissional, houve agendamento da entrevista. Salienta-se que elas ocorreram em local escolhido pelos participantes.

No segundo momento, ocorreu a entrevista, sendo norteada pelo seguinte questionamento: quais cuidados são necessários para compor um protocolo assistencial de prevenção para acidentes por queda em recém-nascidos no alojamento? As entrevistas foram gravadas em aplicativo digital de telefone celular, transferidas para o computador, sendo realizada a transcrição para posterior análise. Quanto às entrevistas, elas foram encerradas diante das repetições dos conteúdos dos depoimentos, havendo, assim, saturação teórica (RIBEIRO; DE SOUZA; LOBÃO, 2018).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), que oferece um conjunto de técnicas de análise das comunicações para interpretar os dados extraídos da entrevista. A referida autora considera que qualquer comunicação, seja qual for o veículo de significados de um emissor para um receptor, controlado ou não por este, é suscetível de uma análise de conteúdo (BARDIN, 2016).

As fases de análise propostas por Bardin (2016) organizam-se em três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação. Na pré-análise, ocorre a organização do material e a composição do *corpus* (conjunto de documentos que será submetido a procedimentos analíticos) da pesquisa. Nessa etapa, é possível operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, orientando um esquema preciso do desenvolvimento, num plano de análise (BARDIN, 2016).

Já a exploração do material consiste em codificar os dados. No caso desta pesquisa, o texto das entrevistas foi recortado em unidades de registro (frases, parágrafos), sendo identificadas as palavras-chave, dando origem às primeiras

categorias, que, por sua vez, foram agrupadas tematicamente, possibilitando realizar a inferência (BARDIN, 2016).

Quanto ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação, nessa fase, os resultados brutos são transformados em dados significativos e o pesquisador propõe inferências, avançando nas interpretações em resposta aos objetivos previstos ou àqueles descobertos durante a pesquisa (BARDIN, 2016). Assim, após transcrição das entrevistas, os discursos dos sujeitos foram analisados, sendo localizadas as unidades de registro que compreendiam o significado relacionado ao objeto de estudo. Essas unidades foram agrupadas em duas categorias temáticas e identificadas como: *dificuldades em adotar medidas seguras quanto à prevenção de quedas em RN* e *caminhos para elaboração de protocolo de prevenção de quedas em RN*.

Na primeira categoria intitulada como *dificuldades em adotar medidas seguras quanto à prevenção de quedas em RN*, foram elencados fatores que poderiam comprometer a segurança dos recém-nascidos na maternidade ao qual se propôs o estudo. Dessa forma, são considerados condições particulares do serviço que implicam na segurança do RN.

Na segunda categoria, *caminhos para elaboração de protocolo de prevenção de quedas em RN*, foram agrupados elementos que contribuem para diminuição do risco de quedas em RN. As situações citadas, conforme referencial teórico, são comuns em qualquer instituição de saúde no período pós-parto. Em ambas categorias o eixo temático constitui-se de trechos selecionados das falas dos entrevistados.

Quadro 1. Apresenta as categorias e eixos temáticos estabelecidos.

Categorias de análise	Eixos temáticos
Dificuldades em adotar medidas seguras quanto à prevenção de quedas em RN	<ul style="list-style-type: none"> - Carência de capacitação dos profissionais; - Ausência de protocolo; - Dimensionamento dos profissionais de enfermagem inferior à necessidade assistencial; - Dificuldades na infraestrutura e de equipamentos;

	- Transporte intra-hospitalar inadequado.
Caminhos para elaboração de protocolo de prevenção de quedas em RN	<ul style="list-style-type: none"> - Amamentação; - Segunda ou terceira noite pós-parto; - Medicações que causam sonolência; - Não realização de rondas; - Escassez de orientações para mães, familiares e acompanhantes; - Ausência de acompanhantes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo atendeu as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, regulamentadas pela Resolução Nº 466/2012 (BRASIL, 2012b). Nessa perspectiva, para ocorrer a viabilização técnica desta pesquisa, houve uma solicitação oficial de autorização para a coleta de informações, na MEJC (APÊNDICE A). Após deferimento da referida instituição, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, sendo aprovado pelo parecer consubstanciado de número 4.120.550 do 29 de junho de 2020 (ANEXO A). Em seguida, mediante anuência do referido Comitê, a pesquisa foi iniciada.

Na oportunidade, os profissionais participantes foram informados sobre objetivo, método, finalidade, riscos e benefícios do estudo, bem como o modo de divulgação dos resultados. Após essas informações, ocorreu a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), instrumento esse elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao profissional e a outra arquivada pela pesquisadora. Para garantir o anonimato, seus nomes foram substituídos por letras do alfabeto.

As entrevistas foram gravadas. Para este estudo, todos os registros e demais documentos recomendados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa ficarão mantidos em arquivo, sob a guarda da pesquisadora, por cinco anos.

4.7 METODOLOGIA DO PROTOCOLO

O protocolo, produto deste estudo, teve por base os postulados de Werneck, Faria e Campos (2009) e BRASIL (2019). Nesse sentido, buscou-se minimizar o risco da falta de rigor metodológico que ocorre quando há combinação de várias metodologias (BERNARDO *et al.*, 2013).

Na visão de Werneck, Faria e Campos (2009), os protocolos são rotinas de cuidados e ações de gestão de um serviço, equipe ou departamento, respaldadas na melhor evidência científica disponível. Eles têm sua função direcionada para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos. Assim, expressam uma proposta de enfrentamento de uma situação que se deseja transformar, priorizando o registro dos indicadores relativos ao(s) problema(s) que caracterizam a situação a ser superada.

Segundo Werneck, Faria e Campos (2009), na elaboração de um protocolo de cuidado, é essencial ter claro o objetivo, ou seja, saber o que se pretende com sua implantação. Desse modo, as ações propostas serão direcionadas a esses objetivos. Além disso, devem-se considerar a magnitude (o quanto é frequente a condição), a transcendência (gravidade do problema), a vulnerabilidade (representa a eficácia do problema, diante das tecnologias disponíveis) e os efeitos (a não resolução dos problemas e consequências advindas para os sujeitos). Conforme documentos editados pelo Ministério da Saúde, também devem conter, no protocolo, a população para a qual as ações estão sendo destinadas (perfil dos profissionais e usuários), o nível de atenção da saúde, o local onde ocorrerá o cuidado, as abordagens incluídas e os benefícios esperados (BRASIL, 2019).

Frente à problemática abordada, o objetivo do protocolo foi desenvolver medidas de prevenção para reduzir ou extinguir o número de quedas em RN em uma maternidade escola de alto risco. Já as informações que caracterizam o problema – como magnitude, transcendência, vulnerabilidade e efeitos – foram observadas com base nos dados recrutados pela instituição e pela revisão de literatura.

Em seguida, foi realizada a delimitação do escopo. Nele, são reconhecidos os aspectos mais importantes a ser indagados, servindo de base para a estruturação das perguntas ou para as questões de pesquisa, que serão objeto de busca na literatura

científica e servirão de subsídio para a elaboração das recomendações contidas no protocolo (BRASIL, 2019).

Durante o processo de elaboração do escopo, é fundamental a participação dos grupos de interesse envolvidos com o tema (BRASIL, 2019; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Nesse sentido, foram escolhidos os enfermeiros do AC, pela experiência em assistir diretamente o binômio (mãe e recém-nascido); e membros pertencentes ao NSP, os quais, entre outras competências, são responsáveis por planejar e difundir conhecimentos a respeito da segurança do paciente na instituição.

No que diz respeito aos participantes da pesquisa, estes foram elegidos como grupo de interesse, colaborando para o levantamento de elementos relevantes para a construção do escopo. As contribuições emergiram das entrevistas que fizeram parte da 1ª etapa da pesquisa e foram divididas em duas categorias, a saber: *dificuldades em adotar medidas seguras quanto à prevenção de quedas em RN e caminhos para elaboração do protocolo de prevenção de quedas em RN*.

Depois disso, foi realizada, pela pesquisadora, uma busca na literatura científica à procura de respaldo técnico-científico para as recomendações compreendidas no protocolo. O método utilizado foi a revisão de literatura, presente no corpo da dissertação, que tem como propósito reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre uma temática, fornecendo uma compreensão mais aprofundada do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Somada à revisão de literatura, também foi utilizada a literatura da discussão das categorias que emergiram das entrevistas dos profissionais.

Foram consideradas como base para a elaboração do protocolo as evidências científicas mais recentes, atentando sempre para o escopo apontado pelos entrevistados, na tentativa de resolução dos problemas declarados ou de situações que poderiam contribuir para diminuir o risco de quedas do RN. A partir desses achados, foram detalhadas as atividades preventivas e clínicas de prevenção de quedas para RN em AC sob a forma de texto, por entender ser mais didática para a abordagem do problema em questão. Elas foram divididas três tópicos: ações de práticas para prevenção de quedas em RN desempenhadas pela equipe de enfermagem; orientações para mãe, familiares e acompanhantes; e ações da equipe de enfermagem em caso de quedas.

Após a realização do desenho das atividades, correspondendo ao objetivo do protocolo, foi necessário o estabelecimento de um processo contínuo de

monitoramento e avaliação das ações e de seus resultados. Durante o acompanhamento do emprego do protocolo, é importante avaliar a adequação, a pertinência e a capacidade de induzir novas respostas e atualização. Esse acompanhamento poderá criar um espaço importante de produção de novas evidências científicas sobre a utilização de protocolos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A esse respeito, a pesquisadora propõe que o treinamento da equipe seja realizado pela educação permanente após validação do protocolo pelos enfermeiros do alojamento conjunto. Após a implementação, o acompanhamento será fundamental para avaliar se as medidas adotadas no protocolo estão sendo efetivas para prevenir quedas em RN no alojamento conjunto. Dessa forma, sugere-se o monitoramento do número de quedas em RN em paralelo ao feedback dos profissionais quanto à aplicabilidade, à pertinência e à resolutividade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante dos objetivos propostos para o presente estudo, esta seção, destinada aos resultados e à discussão, é constituída de duas partes. Na primeira, são apresentadas e discutidas as categorias que emergiram das entrevistas dos profissionais, quais sejam: *dificuldades em adotar medidas seguras quanto à prevenção de quedas em RN e caminhos para elaboração do protocolo de prevenção de quedas em RN*. A segunda constitui-se do produto desta dissertação: o protocolo de prevenção para acidentes por queda em recém-nascidos.

5.1 DIFICULDADES EM ADOTAR MEDIDAS SEGURAS QUANTO À PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN

Nesta categoria, foram apontados, pelos profissionais, fatores que corroboram para o aumento do risco de quedas dos recém-nascidos no alojamento conjunto. Os fatores citados foram: carência de capacitação dos profissionais; ausência de protocolo; dimensionamento dos profissionais de enfermagem inferior à necessidade assistencial; dificuldades na infraestrutura e de equipamentos; e, por último, transporte intra-hospitalar inadequado.

Os profissionais apontaram que há carência na abordagem da temática no serviço, sinalizando preocupação em mudar o cenário atual. Por esse motivo, é requerida a oferta de treinamentos, cursos ou capacitações para toda a equipe, a fim de garantir habilidades práticas de suas competências, como visto a seguir.

[...] Eu acho que, para evitar, a gente precisa aprimorar... é ... cursos, capacitações, desde a pediatria, com orientações do enfermeiro, do técnico, do residente, de uma forma geral, pra que a gente possa, no futuro, evitar essas quedas em recém-nascidos (B).

[...] Uma equipe bem treinada, com relação à detecção desses perigos, né? (C).

[...] o treinamento com a equipe, né? Do conhecimento dos riscos que podem ocorrer, das quedas que podem surgir, a partir de uma forma correta da mãe pegar o bebê, ou então, de um equipamento mal colocado, acho que os principais é o treinamento com a equipe... (O).

Os entrevistados reconhecem que, para evitar as quedas dos RN no alojamento conjunto, faz-se necessária a identificação dos elementos ou situações

que maximizam a ocorrência do incidente. Na fala deles, há uma limitação no conhecimento da equipe em torno dessa temática. Como solução, os profissionais mencionam a necessidade da oferta de cursos/treinamentos por parte da instituição.

Para suprir esse tipo de lacuna, é proposto, por Fugulin *et al.* (2016), a articulação entre a Educação Permanente e as necessidades de aprendizagem das realidades de trabalho. Essa ação proporciona, além da atualização técnica, a reflexão e a análise crítica dos processos desenvolvidos, favorecendo a identificação e a proposição de resolução de problemas do cotidiano do trabalho, levando em conta as experiências de cada profissional, permitindo mudanças na prática e na própria organização do trabalho.

Por sua vez, Castro *et al.* (2018) reforçam que muitas podem ser as barreiras criadas para impossibilitar que o erro atinja o paciente. Entre elas, estão a presença de profissionais capacitados e comprometidos com a prática segura, e as instituições, que investem em aperfeiçoamento profissional e estrutura física adequada para se exercer a assistência, possibilitando, ao trabalhador da saúde, o desempenho de suas habilidades de forma a garantir o cuidado seguro e a mitigação dos eventos adversos existentes.

Um fator abordado que prejudica a efetivação de condutas para prevenção de quedas, na ótica dos entrevistados, é a falta do protocolo, conforme os trechos a seguir.

[...] Implantação de um protocolo de quedas no setor com as recomendações que devem ser feitas, educativas para mães e acompanhantes e cuidados necessários [...] (I).

Eu acho que isso tem que estar bem descrito como um POP pra ser seguido, todos os cuidados que devem ser demandados ao recém-nascido (M).

Acho que no protocolo ter as medidas de prevenção e, caso aconteça, o passo a passo do que fazer [...] (H).

Segundo os profissionais, o protocolo seria um recurso que garantiria mais segurança por meio das recomendações sugeridas. Eles ressaltam a importância da implementação do protocolo em seus locais de trabalho como meio de solucionar problemas existentes e de otimizar a eficiência e a qualidade do cuidado prestado.

Em concordância com o exposto, Costa, Nunes e Souza (2019) apontam que os profissionais de saúde reconhecem a importância de protocolos como métodos que proporcionam a segurança do paciente. Pimenta *et al.* (2015), por seu turno,

endossam que o protocolo norteia os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, a recuperação ou a reabilitação da saúde, além de aperfeiçoar a assistência, facilitar o uso de práticas cientificamente sustentadas e diminuir a volubilidade de informações e condutas entre os membros da equipe. Já Laurindo, Menezes e Nadai (2016) complementam que, além do protocolo, como fonte de direção para as práticas assistenciais de segurança ao paciente, são fundamentais os treinamentos periódicos, na tentativa de envolver cada vez mais os profissionais e evitar a banalização dessas práticas.

Outro fator que emergiu da pesquisa foi o dimensionamento dos profissionais da enfermagem no alojamento conjunto. A seguir, os depoimentos destacados mostram a preocupação dos profissionais nesse sentido, sendo esse aspecto considerado relevante na segurança do paciente.

Nós trabalhamos com uma quantidade de pessoal muito pouca, exemplo, na Unidade B, tem 27 leitos mais 7 cadeiras extras para 3 funcionários da enfermagem e uma enfermeira diplomada. Então, a enfermeira é tão sobrecarregada das atividades, porque ela tem atividades administrativas, ela tem atividades [...]. Nós trabalhamos com uma quantidade de pessoal muito pouca, então nós passamos por um problema seríssimo de profissional. Essa alocação de profissionais para os setores não é condizente com o que o conselho, o COREN pede (A).

Não haver essa superlotação, porque a equipe, ela não tem condição de dar essa assistência, de fazer uma vigilância contínua desses bebês, tipo ronda de antigamente, uma coisa que aprimore essa assistência, entendeu?(B).

[...] 27 leitos mais as poltronas de corredor, e a equipe nem sempre supre a quantidade de paciente, avalie você ficar fazendo essa demanda de retorno no leito pra dar essas orientações e fiscalização (F).

Os relatos dos profissionais evidenciam uma frequente superlotação na maternidade, por conseguinte, o dimensionamento de enfermagem estabelecido para a instituição torna-se insuficiente diante da alta demanda de pacientes. Por isso, os entrevistados listam cuidados que deixam de ser realizados, como a vigilância do RN, por meio de rondas e instruções aos pais e acompanhantes quanto à prevenção de quedas.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 543/2017, para a efetivação da oferta segura e de qualidade da assistência, é possível prever a quantidade de recursos humanos necessários (por categoria) ao paciente por meio do dimensionamento de pessoal. Para tanto, traz orientações para

gestores, gerentes e enfermeiros no que diz respeito à execução dos cuidados pertinentes à enfermagem.

O documento baseia-se nas características dos serviços de saúde para fundamentar o cálculo do dimensionamento da enfermagem. No artigo 3º, inciso III, descreve que o alojamento conjunto (binômio mãe-bebê) deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário, sendo necessário um profissional de enfermagem para cada quatro binômios. No inciso II do mesmo artigo, sugere que o percentual mínimo de profissionais de enfermagem para cuidado intermediário, de forma geral, deve ser de 33% de enfermeiros e os demais de técnicos ou auxiliares de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Diante da fala dos entrevistados e do quantitativo de enfermagem preconizado para o alojamento conjunto, conforme Resolução COFEN Nº 543/2017, percebe-se um distanciamento entre o real e o ideal/legal, sendo necessário um estudo mais aprofundado acerca da temática, uma vez que a sobrecarga de trabalho, em detrimento do dimensionamento insuficiente de profissionais, desencadeia desgaste físico e emocional acentuado, causando interferência em sua prática profissional (CAETANO; PRADO, 2016).

Ademais, a deficiência quantitativa dos profissionais representa um desafio para os sistemas de saúde, principalmente para a equipe de enfermagem, alvo comum das medidas de austeridade econômica praticadas pelos serviços de saúde, em especial, nas instituições hospitalares, por representar o maior componente das despesas operacionais dessas organizações (FUGULIN *et al.*, 2016). Diante das pressões geradas pelo aspecto financeiro, frente às argumentações com os gestores, é importante salientar que a adequação do dimensionamento, embora acarrete elevação dos custos operacionais, pode contribuir para a diminuição dos gastos advindos de resultados negativos na assistência prestada (FUGULIN *et al.*, 2016).

No que diz respeito às dificuldades relacionadas à infraestrutura e a equipamentos, os entrevistados descreveram situações que evidenciam espaços físicos apertados, obstáculos que dificultam a passagem das pessoas, ausência de local para o banho do RN, camas com grades sem funcionar, quantitativo de berços para os RN em números reduzidos e ausência de locais adequados para guardar os pertences das pacientes e dos acompanhantes, conforme como verificado nos trechos a seguir.

[...] já vi RN no meio das pernas das pacientes, em alojamento [...]. E aqui também já aconteceu de ficar na cama por falta de bercinho [...] (E).

Primeiro, teria que ter o cuidado, é... quanto à questão da infraestrutura, né? [...] Teria que ter mais espaço entre a cama e o berço, a gente não tem esse espaço, muitas vezes, a gente não tem bercinho, né?'(D).

[...] você tem uma quantidade muito grande de pessoas, de obstáculos dentro do setor. Mudança de alguns equipamentos, das camas, as camas são geralmente, algumas, quando a gente faz visitas, detecta que as grades não funcionam... adequação da estrutura do setor como um todo, o setor é muito precário, não atende a RDC, dificulta bastante até a questão da guarda de objetos dos pacientes, acompanhantes, o berço fica sendo, às vezes, um local de guarda de objetos, então, é nesse aspecto que o bebê fica muito na poltrona e na cama (I).

[...] local adequado pra banho que a gente não tem aqui, é tudo muito improvisado, em outro setor que eu trabalhava, tinha um local adequado para banho do RN [...] (E).

[...] na Unidade B, tem 27 leitos mais 7 cadeiras extras. A unidade de enfermagem B1, o que é essa unidade? São 6 leitos divididos em quartos e um corredor, um corredor mesmo, de frente para o centro cirúrgico, que chega a atender até quinze, quinze pacientes de pós-operatório imediato depois da cirurgia, que vão para esse corredor (A).

[...] que ela possa ter uma acomodação boa, uma cama que tenha grade e que tenha também, principalmente a paciente de cesárea, que é o caso que a gente recebe aqui [...] (N).

[...] caso coloquem na cama manter sempre as grades elevadas (G).

A problemática da lotação acima da capacidade instalada da maternidade, mais uma vez, emerge da fala dos participantes da pesquisa. Macas nos corredores, cadeiras extras consideradas leitos e falta de espaços entre os leitos são exemplos concretos da situação vivenciada pela equipe e pela clientela assistida.

A Portaria MS Nº 2.068/2016 estabelece os recursos físicos mínimos para compor o alojamento quartos, com um ou dois leitos maternos; ou enfermarias, com três a seis leitos maternos, ambos com banheiro anexo, berço para o RN e cadeira para acompanhante. Para cada leito materno, deve ser disponibilizado um berço ao lado do leito da genitora, obedecendo a distância mínima de um metro entre os leitos ocupados. O material que compõe o berço deve ser de fácil limpeza e desinfecção, permitir a visualização lateral e ser utilizado para o banho do RN. Ainda conforme essa portaria, o direito à privacidade deve ser preservado, assim como o conforto luminoso para o binômio e acompanhante (BRASIL, 2016b).

A falta de berços para o RN ou a sua utilização inadequada para outras finalidades, como guarda de pertences, é um fator que aumenta substancialmente as

chances de quedas em RN, pois, segundo Gaffey (2015) e Teuten, Bolger e Paul (2015), o cenário mais comum para quedas em RN, no alojamento conjunto, é durante a amamentação, momento em que a genitora adormece e o bebê rola na cama. Em razão disso, aconselha-se que, durante sono ou exaustão, a mãe ponha o RN no berço de acrílico, visto que é considerado o local mais seguro para o RN.

Embora os entrevistados acreditem que grades laterais das camas previnam quedas em neonatos, essa versão é contrariada por Helsley, McDonald e Stewart (2010), pois afirmam que, mesmo em instituições com camas e berços suficientes, deve-se atentar para o design das camas, devido às lacunas evidenciadas entre os colchões e as grades laterais, quando a cabeceira da cama assume o ângulo de 45°, comumente observado nas enfermarias. Eles sustentam a ideia de que, entre as lacunas, é possível o RN escorregar e cair no chão, ou ficar preso entre elas, provocando um evento mais grave na criança, como uma possível fratura de crânio.

Janiszewski *et al.* (2019) complementam que não há evidências que grades laterais previnam ou diminuam a chance de quedas em RN e alertam quanto ao risco de estrangulamento do menor, embora não haja evidências documentadas. No entanto, inspetores do Joint Commission consideram que as quatro grades laterais da cama hospitalar, comumente utilizadas com restrição, justificam-se por impedir a queda do RN. Dessa forma, mães e acompanhantes são orientados a levantar as quatro grades laterais da cama de hospital só durante a amamentação, devido à alta correlação com quedas durante esse período, sendo instruídos a baixar imediatamente após as mamadas e manter a cama mais baixa, mais próxima ao chão (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016). Os projetos de designer de camas devem levar em consideração as necessidades dessa população, tendo em vista que normalmente os berços são mais baixos que a média das camas hospitalares de adulto, criando o risco de quedas durante a transferência do bebê para o berço (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010).

Em estudo conduzido aleatoriamente entre 64 díades (mãe e bebê), nos Estados Unidos da América e no Reino Unido, para determinar a percepção de segurança por meio de monitoramento de vídeo, observou-se que a amamentação era mais frequente entre aqueles que compartilhavam a cama ou usavam berços acoplados à cama do que aqueles que ficavam em berços separados. No entanto, foi notado que havia mais perigo associado ao compartilhamento de cama do que o uso de berços autônomos ou acoplados (TULLY; BALL, 2012). Dessa forma, a tecnologia

de berços acoplados à cama da mãe torna-se uma promessa para melhores condições de amamentação e mais segurança do ambiente no alojamento conjunto, principalmente para mulheres que realizaram cesárea devido à mobilidade limitada e efeitos da anestesia (TULLY; BALL, 2012).

No tocante à realização de transporte dos recém-nascidos intra-hospitalar dos pacientes pertencentes ao alojamento conjunto da instituição, foram obtidos os seguintes relatos:

Acho que o transporte seguro, garantir que o bebê seja transportado no bercinho, ao invés do colo, nos braços como a gente vê aqui, instituir que esse transporte seja feito adequadamente no berço ou incubadora, acho que esse é o primeiro ponto, qualquer bebê deve ser transportado no bercinho ou incubadora, isso é essencial (H).

[...] porque pra ultra e RX, eles ainda vão com acompanhante nos braços, esse transporte, né? (E).

O transporte intra-hospitalar dele no berço [...] (I).

Conforme notado pelos que atuam na instituição, o transporte do RN dentro de suas dependências se faz nos braços. No entanto, eles consideram que esse hábito poderia ser modificado e sugerem o uso de incubadoras ou berço para condução do RN como meios de transporte mais seguros.

Segundo a Portaria MS Nº 2.068 (BRASIL, 2016b), as crianças encaminhadas ao AC necessitam estar clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico, peso maior ou igual a 1.800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas e sem acometimentos graves. A avaliação constante desses fatores norteará a permanência do RN no alojamento conjunto após o nascimento ou em caso de necessidade de transporte intra-hospitalar.

De acordo com Brasil (2012a), a definição de transporte intra-hospitalar é limitada aos pacientes internados em UTI neonatal que necessitam transitar, dentro das dependências do hospital ou em seus anexos, para a realização de alguma intervenção cirúrgica ou procedimento diagnóstico. A esse respeito, Dulfe *et al.* (2014) postulam que é primordial a ampliação dessa definição. Defendem que não se trata apenas do paciente internado na unidade neonatal que é transportado dentro do hospital, uma vez que esse conceito engloba todo e qualquer deslocamento que o neonato faça dentro do compartimento hospitalar. Nessa perspectiva, o transporte intra-hospitalar pode abranger os seguintes percursos: sala de parto/alojamento conjunto, sala de parto/unidade intermediária, sala de parto/unidade de terapia

intensiva, alojamento conjunto/unidade intermediária, alojamento conjunto/unidade de terapia intensiva, e ainda unidade de terapia intensiva/unidade intermediária e vice-versa (DULFE *et al.*, 2014).

Para um transporte seguro, Carr *et al.* (2019) defendem que todo recém-nascido tem alto potencial de risco para queda. Por esse motivo, adotam como mecanismo para evitar o incidente o uso de berços para condução intra-hospitalar em alojamento conjunto. Por sua vez, Ainsworth *et al.* (2013) reforçam que, além de ser transportados em berços, os recém-nascidos devem estar com a cabeceira baixa durante o trajeto, salvo RN de alto risco, que deve ser conduzido em incubadora de transporte (BRASIL, 2010). Dito isso, conclui-se que o transporte intra-hospitalar da instituição não atende as recomendações de deslocamento seguro para o neonato dentro de suas dependências.

Diante dessa problemática, um hospital da região sul do Brasil criou, em 2016, como alternativa de transporte intra-hospitalar entre unidade de centro obstétrico e unidade de internação obstétrica, um dispositivo no qual o RN fica junto à mãe, denominado carrega bebê, que foi inserido em protocolo institucional desde a sua invenção. Esse produto é em formato de colete, sendo colocado na mulher, no pós-parto, e ajustado ao seu corpo por meio de faixas. Nele, há um local específico para colocar o RN, em forma de bolsão, ajustado por meio de faixas, permitindo, assim, o transporte seguro em caráter preventivo para quedas (GONÇALVES *et al.*, 2020).

Estudo realizado por Souza (2019) mostra que, na maternidade em que foi realizada a presente pesquisa, o principal motivo para a modalidade de transporte inter-hospitalar foi a realização de exames diagnósticos (37,1%), tais como: tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma e angiotomografia, já que exames complementares mais complexos são realizados em outros centros de saúde (SOUZA, 2019). Ainda no mesmo estudo, foi apontado que o principal equipamento para realização do transporte inter-hospitalar foi a incubadora de transporte aquecida e de parede dupla, em 98,6% dos casos, estando em conformidade com a exigência mínima para esse tipo de transporte (SOUZA, 2019; BRASIL, 2010).

5.2 CAMINHOS PARA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN

Nessa categoria, serão descritos os caminhos para elaboração do protocolo de prevenção de quedas em RN no AC. Os elementos citados que estão intrinsecamente relacionados à queda do RN foram: amamentação; segunda ou terceira noite pós-parto; medicações que causam sonolência; não realização de rondas; escassez de orientações para mães, familiares e acompanhantes; e ausência de acompanhantes.

A partir dos relatos a seguir, percebe-se que é feita a correlação da amamentação, exaustão materna e predominância do horário (à noite), como fatores que contribuem para risco de quedas em RN.

[...] o cuidado que deve ter quando vai colocar o bebê para amamentar, que a exaustão acontece à noite e tudo (H).

[...] então, elas amamentam e muitas vezes cochila, né? (F).

Segundo o Ministério da Saúde, o aleitamento materno estabelece vínculo afetivo, proteção e nutrição adequada para a criança, além de constituir a mais eficaz intervenção para diminuição da mortalidade infantil. Por esse motivo, instituições materno infantis promovem o aleitamento materno exclusivo como o método ideal de alimentação infantil nos primeiros seis meses de vida (BRASIL, 2015). Diante dos fatos, é recomendado incentivar o aleitamento materno devido aos benefícios relacionados à amamentação. No entanto, medidas seguras apropriadas devem ser encorajadas (LIPKE *et al.*, 2018).

Durante a amamentação, a ocitocina é liberada pela glândula pituitária. Embora esse hormônio permita a descida e a ejeção do leite, também pode causar sonolência na nova mãe. Ademais, mesmo considerando importante o contato pele a pele precoce, as frequentes interações materno infantis e a promoção da amamentação podem aumentar o risco de quedas do recém-nascido (STATES *et al.*, 2018).

No que diz respeito ao horário mais frequente de quedas, foi observado, em pesquisa de treze anos, conduzida por Loyal *et al.* (2018), que 62,1% das quedas aconteceram entre 23h e 6:59h da manhã, consoante ao observado pelos

profissionais do estudo, que relataram quedas à noite associadas à exaustão. Embora incentivadas posições pele a pele e amamentação, as duas primeiras horas após nascimento são um horário de risco para a potencial asfixia nessas posições, acarretando óbitos por síndrome de morte súbita infantil (SMSI) (SIMPSON, 2017).

A Academia Americana de Pediatria defende que, embora haja risco dessa síndrome durante a amamentação, os riscos são mínimos e alerta que o decúbito lateral de bebês em berços não é aconselhado e seguro. Recomenda-se que, quando posicionados em berços, deve-se adotar a posição supina e garantir que a superfície seja firme, pois mantém sua forma e não recuará ou acompanhará o formato da cabeça do bebê. Outra medida aconselhada é a utilização de um único lençol para cobertura do colchão, sem outra roupa de cama ou objetos macios para reduzir o risco de SMSI e sufocamento (ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2016).

Também foi notado o aumento do número de quedas em RN entre o 2º e o 3º dia pós-parto, devido à exaustão materna associada à amamentação como fator contribuinte para o risco de quedas. De acordo com a informante A, “Agora o mais interessante, que eu vejo mais cair lá na B2, quando as pacientes já estão em cama, do que quando estão na maca, né? Parece que há uma certa vigilância imediata maior nesse período do atendimento no corredor”.

Segundo Hodges e Gilbert (2016), esse período é chamado de síndrome da segunda noite. Ocorre principalmente na segunda noite após um dia de vida do recém-nascido, durante a transição de estado de repouso, alimentação e choro inconsolável e contínuo do RN. A combinação de um neonato alerta com pais e acompanhantes fatigados aumenta as chances de queda nessa fase.

A experiência do parto é exaustiva para mães, cuidadores e recém-nascidos, pois as mães ainda estão se recuperando do parto e se deparam com várias noites de pouco ou nenhum sono, com várias visitas de enfermeiras, equipe médica e família, resultando em um nível de exaustão elevado. Diante disso, há o risco de mães adormecerem com seus recém-nascidos em seus braços, muitas vezes, enquanto os alimenta (HODGES; GILBERT, 2015).

As medicações que causam sonolência também foram relatadas como um fator que aumenta o risco de quedas nos RN, conforme aponta a informante C: “Com relação a medicamentos da mãe, né?... Atentar pra os que dão sono, né?... Que deixam a pessoa mais sonolenta, então ficar mais atenta com essa mãe”.

É declarado que os profissionais que assistem diretamente a puérpera necessitam ficar mais atentos às mães que ingerem medicamentos que causam sonolência no período pós-parto. Segundo Simpson (2015), medicamentos administrados para dor após o nascimento podem causar sonolência, especialmente aqueles para dor pós-operatória da cesárea. Por esse motivo, recém-nascidos deveriam não ser deixados sozinhos nos braços das mães nesse contexto. Ademais, fadiga do trabalho de parto associada com medicamentos para dor aumentam o risco de mães adormecerem enquanto seguram seu bebê. Diante do exposto, Simpson (2015) defende que são contraindicados medicamentos para dormir no sentido de garantir amamentação segura durante a noite.

Conforme Ainsworth, Summerlin-Long, Mog (2016), é possível avaliar o risco de quedas a partir de uma ferramenta que atribui risco (baixo, médio e alto). São consideradas de risco médio as genitoras que não têm uma pessoa alerta como apoio no quarto, e mulheres sonolentas, com dificuldade para despertar ou fazendo uso de medicações sedativas ou analgésicas controladas. Considera-se com um risco elevado de quedas sedativos e opioides consumidos nas últimas 4 horas (LIPKE *et al.*, 2018).

É notória, nas falas, a percepção dos funcionários quanto às rondas como meio de prevenção de quedas em RN.

[...] então, fazer rondas com os profissionais, marcar um horário pra passar perguntando se tá precisando de alguma coisa [...] (M).

Essa vigilância de verificação da ronda, várias vezes à noite, então, diminui muito ou pode até desaparecer o problema (A).

Outra coisa, questão de... da equipe da enfermagem fazer rondas, acho que isso deveria estar no protocolo, principalmente rondas noturnas, porque se você dar uma passadinha a cada duas horas, no seu horário, dar uma passadinha só pra ver como está, você já evita... (H).

As profissionais apontam que as rondas são necessárias e deveriam fazer parte da rotina da equipe de enfermagem. Surge, nas falas, a preocupação para que essas rondas se acentuem à noite e ainda se estipulam rondas a cada duas horas.

A esse respeito, Feldman-Winter *et al.* (2016) preconizam rondas intencionais em enfermarias e quartos para garantir o sono seguro dos recém-nascidos, a cada 30 minutos na madrugada e nas primeiras horas da manhã, considerando as crianças que apresentam alto risco de quedas. Conforme States (2018), é aceitável rondas a cada 1 hora para RN com alto de risco de quedas.

Já Carr *et al.* (2019) estabelecem que devem ser realizadas rondas a cada uma ou duas horas. Ademais, esclarecem que a intenção das rondas é avaliar a posição das grades da cama, a fim de eliminar os riscos existentes, e a fadiga da mãe e dos acompanhantes; mover o RN para o berço quando em situações que comprometam sua segurança; além de reforçar as medidas educativas de prevenção de quedas, principalmente quando evidenciar fatores de risco no ambiente.

No que tange às orientações que devem ser demandadas para mãe, familiares e acompanhantes, consideram-se os relatos a seguir.

Primeira coisa tem que orientar a mãe sobre os cuidados que ela deve ter sobre os riscos do bebê cair, né? (N).

Orientação pra os pais e acompanhantes sobre o cuidado que deve ter (H).

Orientação, né? ... logo no início para os acompanhantes, para as pacientes em si (E).

Pela ótica dos entrevistados, as orientações para genitores e acompanhantes devem ser o primeiro passo no processo de prevenção de quedas. Nesse sentido, foi enfatizado que essas orientações devem ser dadas desde o princípio.

Helsley, McDonald e Stewart (2010) apontam que a prática de orientação é de suma importância para evitar quedas em alojamento conjunto. Com intenção de educar e conscientizar pais, acompanhantes e familiares, foi sugerido um contrato de segurança na admissão contendo informações de prevenção de quedas em RN. Nele, há informações quanto a fatores que aumentam o risco de o neonato cair durante esse período, como fadiga e uso de medicações para dor pós-parto, assim como características da instituição.

São convidados a assinar o contrato a genitora e algum membro da família. Embora seja obtida a assinatura, é importante salientar que a informação, muitas vezes, não é compreendida ou assimilada, devido ao grande entusiasmo e à comoção com a chegada do bebê. Por isso, as abordagens educativas devem ser contínuas durante todo o internamento (HELSEY; MCDONALD; STEWART, 2010).

A importância do processo educativo é refletida pós-alta hospitalar. Quando orientados quanto aos riscos de compartilhar a cama com o bebê – uma das principais causas de queda no período pós-parto e algo frequentemente encontrado no AC, de acordo com os entrevistados –, os pais são mais propensos a seguir as

recomendações tanto no hospital quanto depois de irem para casa (FELDMAN-WINTER *et al.*, 2016).

O papel do acompanhante também é percebido como importante nesse processo, como visto a seguir.

Eu acredito que se, se houvesse um sistema de oferecer condições da mãe dormir, sair dessa exaustão e ter um acompanhante cuidando desse bebê seria melhor, porque quando a mãe tá muito exausta depois do trabalho de parto, ela merece ter um período de sono, um período de repouso pra poder ter a responsabilidade com o bebê (A).

É... inicialmente acho que a mãe tem que saber, se ela tem condição de ter alguém pra auxiliar, né? ... Um acompanhante, pedir uma ajuda, porque o parto normal, a mulher é mais independente, mas no parto cesáreo, ela sente muita dor, dificuldade pra levantar, pra ir ao banheiro, tudo é mais demorado... é mais lento e aumenta a permanência do bebê sozinho... então, a primeira coisa é isso (F).

Conforme evidenciado nas falas, o apoio do acompanhante, principalmente no período pós-parto imediato, é encarado como importante em um momento que requer mais cuidados. Nesse período, a puérpera estaria mais dependente para cuidados pessoais e para prestar cuidados também ao RN, conferindo ao acompanhante uma função significativa nesse contexto.

É garantido em lei o direito do acompanhante da parturiente durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2005 (BRASIL, 2005). Assim como os funcionários, membros da família podem se mostrar disponíveis para ajudar a mãe na transferência do bebê para o berço. Mesmo com o auxílio de parentes, é importante uma supervisão regular da equipe para reconhecimento de familiares sonolentos e colocação segura desses recém-nascidos em berço. Se um membro da equipe do hospital não está imediatamente disponível, situações inseguras podem ocorrer e os recém-nascidos podem cair no chão ou podem ser posicionados de uma maneira que obstrui suas vias aéreas, resultando em asfixia (FELDMAN-WINTER, 2016).

Nessa perspectiva, Simpson (2015) chama atenção para o fato de que, embora seja ideal alguém para ficar com a nova mãe durante a internação e a ajudar no seu próprio cuidado e do bebê, nem sempre é possível, pois amigos e familiares podem viver em outra cidade, o parceiro da mulher precisar estar em casa para cuidar das outras crianças e ela não ter alguém de apoio nesse momento. Essas situações em que mulheres se encontram sozinhas com o bebê ou que apresentam inúmeros

riscos ambientais, apesar das inúmeras abordagens educativas, são consideradas de alto risco, conforme ferramenta preditiva de riscos para queda em RN sugerida por Ainsworth, Summerlin-Long, Mog (2016). Nesses casos, é aconselhável o técnico de enfermagem ou a enfermeira permanecerem ao lado da cabeceira durante a amamentação e encaminhar o RN para o berçário após o consentimento da mãe, apesar de o objetivo maior ser a permanência do bebê com a mãe. A segurança do RN é avaliada pela enfermeira e decidida após avaliação (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016).

5.3 PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN

A seguir, será apresentado o produto desta pesquisa.

Tipo do Documento	PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO	– Página 46/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN (recém-nascidos)	Emissão: 20/12/2020	Próxima revisão: 20/12/2022
		Versão: 01	

1. OBJETIVO

Padronizar as medidas de prevenção de quedas em RN no alojamento conjunto.

2. DESCRIÇÕES DOS PROCEDIMENTOS

2.1 Informações Gerais

Conforme definição da National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), queda é quando o recém-nascido, o lactente ou a criança, sendo segurada pelo profissional de saúde, pelos familiares ou pelo acompanhante, cai ou escorrega das mãos, dos braços ou do colo, o que pode ocorrer quando é transferida de uma pessoa para outra. (STAGGS *et al.*, 2015)

Tipo do Documento	PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO	– Página 2/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN (recém-nascidos)	Emissão: 20/12/2020	Próxima revisão: 20/12/2022
		Versão: 01	

A queda independe da superfície da qual a criança cai (berço, cama, cadeira), e se causou danos ou não. Quando ocorre o incidente, as principais lesões relacionadas a esse evento são pequenos abrasões, escoriações, fratura craniana e dano cerebral, podendo ser fatais, (STAGGS *et al.*, 2015; KAITESI, 2013; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; WALLACE, 2015)

Alguns fatores maternos, que contribuem para o aumento do risco de quedas em RN, incluem: parto cesáreo, mobilidade prejudicada em razão da anestesia, história materna de abuso de substâncias, ingestão de opiáceos horas antes da queda, faixa etária ente 18 e 28 anos e exaustão materna. A última é considerada uma das principais causas de quedas, particularmente no segundo e terceiro dia pós-parto, devido à combinação de amamentação, choro inconsolável e contínuo nesse período, noites de pouco sono, visitas constantes de familiares, equipe médica e enfermagem (GALUSKA, 2011; HODGES; GILBERT, 2015; LIPKE *et al.*, 2018).

Conforme Phalen e Smolenski (2010), a maioria das quedas em recém-nascidos é prevenível e as instituições de saúde têm a responsabilidade de promover um ambiente seguro. Como proposta, sugere-se um programa de segurança do RN. Nesse sentido, States *et al.* (2018) consolidam essa afirmação ao identificar o potencial aumento de risco de quedas em RN como um grande desafio no ambiente hospitalar, sendo necessário considerar o desenvolvimento de uma ferramenta capaz de identificar aqueles com maior risco de quedas, a fim de promover uma linguagem única perante a equipe de saúde para que todos realizem a avaliação de maneira semelhante.

2.2 Indicações

Desenvolver medidas de prevenção para reduzir ou extinguir o número de quedas em RN no alojamento conjunto.

Tipo do Documento	PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO	– Página 3/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN (recém-nascidos)	Emissão: 20/12/2020	Próxima revisão: 20/12/2022
		Versão: 01	

2.3 Descrição de práticas assistenciais

a) Práticas para prevenção de quedas em RN desempenhada pela equipe de Enfermagem

- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e medidas seguras durante a amamentação.
- Identificar os principais fatores de risco para quedas do RN: parto cesáreo; uso de analgésicos ou opioides, anestesia peridural; genitora sem acompanhante; ou que demonstra alguma dificuldade para assimilar as orientações repassadas pela equipe por limitação cognitiva ou outro distúrbio; genitora que apresenta dificuldade para manter-se acordada.
- Monitorar nível de consciência da mãe.
- Monitorar sinais vitais da mãe.
- Identificar barreiras de linguagem e tentar contorná-las considerando fatores culturais e sociais.
- Equipe de enfermagem realizar rondas a cada duas horas e mulheres que apresentarem fator de risco elevado ser monitoradas a cada uma hora.
- Durante as rondas, identificar fatores de risco no ambiente e reforçar orientações.
- Viabilizar a criação de um ambiente seguro para o paciente conforme legislação preconiza: pisos antiderrapantes; mobiliário e iluminação adequados; corredores livres de obstáculos.
- Assegurar a oferta de berços de acrílico suficientes para garantir o sono seguro.
- Substituir maca ou cadeiras por cama para a mãe sempre que possível.
- Primeiro banho do RN deve ser realizado ou supervisionado pelo profissional de saúde em berço de acrílico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO	– Página 4/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN (recém-nascidos)	Emissão: 20/12/2020	Próxima revisão: 20/12/2022
		Versão: 01	

- Adequar o dispositivo de transporte conforme necessidade e estado clínico do RN; utilizar berços de acrílico para RN saudáveis e estáveis a termo ou pré-termo dentro das dependências hospitalares e incubadoras para RN prematuros e com instabilidade clínica no transporte intra e inter-hospitalar; e RN a termo em transporte inter-hospitalar.
- Supervisionar periodicamente o conforto e a segurança do paciente.
- Anotar no prontuário do paciente todas as orientações e os procedimentos realizados.
- Prestar assistência sempre que necessitar ou solicitar.
- Assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção implantadas.
- Notificar a ocorrência de queda.

b) Orientações para mãe, familiares e acompanhantes

Orientar genitores e acompanhantes sobre o risco de quedas do RN no período pós-parto na admissão.

- Orientar quanto aos efeitos colaterais de medicações analgésicas, opioides, anestésias, anti-hipertensivos, insulinas e outras medicações que possam vir a causar risco para quedas.
- Instruir a genitora e os acompanhantes a não dormir com o RN nos braços, em cama ou cadeira, transferir o RN para o berço quando a genitora estiver exausta ou com muito sono.
- Alertar sobre nunca deixar o RN sozinho em cama, trocador, sofás, mesas; colocar o RN no berço quando se sentirem exaustos ou com sono;
- Durante a troca de fraldas e o banho, pegar os itens necessários para realização dessa tarefa para evitar deixar o RN sozinho.

Tipo do Documento	PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO	– Página 5/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN (recém-nascidos)	Emissão: 20/12/2020	Próxima revisão: 20/12/2022
		Versão: 01	

- Utilizar o berço com apenas uma finalidade: manter o RN em superfície segura para sono ou troca de fraldas. Nunca utilizar para depósito de materiais pessoais ou outra finalidade.
- Ensinar a colocar o RN na posição correta no berço de acrílico: posição dorsal e cabeça lateral.
- Não caminhar com o bebê ao colo no corredor.
- Não deixar o bebê sozinho no quarto ou na enfermaria.
- Orientar levantar as quatro grades laterais da cama hospitalar durante a amamentação e baixar imediatamente após a alimentação e manter a cama mais baixa na maior parte do tempo.
- Orientar a paciente após o parto 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 (pacientes que se submeteram à anestesia peridural ou a raquidiana, respeitar repouso conforme prescrição médica).

c) Procedimentos em caso de queda do RN

Acionar imediatamente o(a) pediatra de plantão e o(a) enfermeiro(a) do setor.

- Avaliar circunstâncias da queda – Como? Onde? Quando?
- Monitorar sinais vitais.
- Observar padrão respiratório, avaliar e assegurar a permeabilidade da via aérea.
- Observar integridade da pele e das mucosas.
- Observar choro, reflexos e vômito.
- Atentar para integridade ou anormalidades na cabeça (fontanela, suturas e reação pupilar).
- Vigiar o local de impacto da queda.
- Vigiar perda de sangue.

Tipo do Documento	PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO	– Página 6/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN (recém-nascidos)	Emissão: 20/12/2020	Próxima revisão: 20/12/2022
		Versão: 01	

– Após queda, manter vigilância intra-hospitalar, entre 24 e 48h, ou conforme solicitação médica.

- Acalmar a mãe e tentar diminuir o sentimento de culpa.
- Dar continuidade aos planos de cuidados do RN.
- Readequar medidas de segurança do RN.
- Otimizar o ambiente seguro para o RN.

3. Executantes

Enfermeiros e técnicos de Enfermagem .

4. Riscos associados

O não seguimento das práticas de prevenção de quedas em RN podem acarretar escoriações, traumatismo craniano, prolongamento de internação, possíveis sequelas e sofrimento psíquico da família

5. Referências

AINSWORTH, R. M.; SUMMERLIN-LONG, S.; MOG, C. A. Comprehensive Initiative to Prevent Falls Among Newborns. **Nursing for Women's Health**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 247-257, 2016.

ALVES, V. C. *et al.* Ações do protocolo prevenção de quedas: mapeamento com a classificação de intervenções de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-11, 2017.

CARR, H. *et al.* A system-wide approach prevention of in hospital newborn falls. **MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [s. l.], v. 44, n. 2, p. 100-107, 2019.

Tipo do Documento	PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO	– Página 7/7	
Título do Documento	PREVENÇÃO DE QUEDAS EM RN (recém-nascidos)	Emissão: 20/12/2020	Próxima revisão: 20/12/2022
		Versão: 01	

GAFFEY, A. D. Fall prevention in our healthiest patients: Assessing risk and preventing injury for moms and babies. **The Journal of the American Society for Healthcare Risk Management**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 37-40, 2015.

GALUSKA, L. Prevention of In-Hospital Newborn Falls. **Nursing for Women's Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 59-61, 2011.

FELDMAN-WINTER, L. *et al.* Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. **Pediatrics**, [s. l.], v. 138, n. 3, 2016.

HELSEY, L.; MCDONALD, J. V.; STEWART, V. T. Addressing In-Hospital "Falls" of Newborn Infants. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, [s. l.], v. 36, n. 7, p. 327-333, 2010. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1553725010360491>. Acesso em: 12 set. 2019.

HODGES, K.T.; GILBERT, J.H. Rising above risk. **Nursing Management**, Springhouse, [s. l.], v. 46, n. 12, p. 28-32, 2015. Disponível em: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006247-201512000-00008>. Acesso em: 12 set. 2019.

JANISZEWSKI, H. *et al.* **Baby Falls Management and Prevention**. Geneva: WHO, 2019.

LIPKE, B. *et al.* Newborn safety bundle to prevent falls and promote safe sleep. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [s. l.], v. 43, n. 1, p. 32-37, 2018.

KAITESI, M. Newborn dies after falling off hospital bed. The new times, Rwanda's leading daily, Rwanda, 17 jul. 2013. Disponível em: <https://www.newtimes.co.rw/section/read/67549>. Acesso em: 17 set. 2019.

PARENTE, A. R.O. L. A queda do recém-nascido no ambiente hospitalar. 2016. Tese de Doutorado. [sn].

PHALEN A. G.; SMOLENSKI, J. Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. **Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 39, p. 46, 2010

STAGGS, V. S. et al. Challenges in Defining and Categorizing Falls on Diverse Unit Types: Lessons from Expansion of the NDNQI Falls Indicator. **Journal of Nursing Care Quality**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 106-112, 2015.

STATES, U. *et al.* Quick Safety: Preventing Newborn Falls and Drops. **The Joint Commission**, [s. l.], n. 40, 2018.

SIMPSON, K. R. Newborn safety in hospital. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [s. l.], v. 40, n. 4, 2015.

WALLACE, S. C. Preventing Newborn Falls While Supporting Family Bonding. **American Journal of Nursing**, [s. l.], v. 115, n. 11, p. 58-61, 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve por objetivo desenvolver, em conjunto com os enfermeiros assistenciais e integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente, um protocolo de prevenção de quedas para RN no alojamento conjunto. A metodologia escolhida pela pesquisadora permitiu que os profissionais contribuíssem para a construção do protocolo. Os participantes demonstraram ter vasto conhecimento acerca dos riscos que podem vir a causar a queda no RN no período pós-parto e as práticas efetivas para preveni-la.

Consoante ao observado na literatura, estudos apontaram os elementos que estão intrinsecamente relacionados à queda do RN, a saber: amamentação; segunda ou terceira noite pós-parto; medicações que causam sonolência; não realização de rondas; escassez de orientações para mães, familiares e acompanhantes; e ausência de acompanhantes. Em relação aos fatores responsáveis por dificultar a prevenção de quedas do RN na instituição, foram apontados pelos entrevistados: carência de capacitação dos profissionais; ausência de protocolo; dimensionamento dos profissionais de enfermagem inferior à necessidade assistencial; dificuldades na infraestrutura e em equipamentos; e transporte intra-hospitalar inadequado.

Situações desafiadoras como as referidas exigem que sejam traçadas estratégias imediatas e em longo prazo. Como proposta inicial, o protocolo norteará a adoção de boas práticas e a promoção da segurança do paciente, além de sua implantação ser de baixo custo e possuir grande impacto na diminuição e na mitigação de eventos adversos. Em longo prazo, propõe-se elaborar indicadores que permitam avaliar processos e resultados.

Além dos colaboradores que lidam diretamente com o cuidado, os gestores desempenham um papel importante nesse cenário. Para tanto, fazem-se necessários investimentos em aperfeiçoamento profissional, estrutura física e equipamentos adequados para se exercer a assistência segura ao paciente.

É necessário também incentivar a cultura de segurança e abonar a cultura punitiva, desmistificar que eventos adversos, como a queda em RN, não estão relacionados exclusivamente ao mau desempenho de profissionais, ou ao pouco zelo da mãe, mas a sistemas frágeis e falhos que podem ser modificados a partir de modelos de cuidados que envolvam toda a equipe. Além de garantir a efetivação de

cuidados relacionados à segurança do paciente, o fortalecimento da cultura de segurança nas instituições estimula a notificação e, conseqüentemente, o conhecimento dos fatores que comprometem o processo de trabalho e interferem diretamente na segurança dos pacientes, otimizando a prestação do cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

ABREU, H. C. A. *et al.* Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 49, 2015.

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Task Force On Sudden Infant Death Syndrome *et al.* SIDS and other sleep-related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. **Pediatrics**, [s. l.], v. 138, n. 5, 2016.

AINSWORTH, R. M. *et al.* Protecting Our Littlest Patients: A Newborn Falls Prevention Strategy. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 42, p. 76-77, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12164>. Acesso em: 12 set. 2019.

AINSWORTH, R. M.; SUMMERLIN-LONG, S.; MOG, C. A. Comprehensive Initiative to Prevent Falls Among Newborns. **Nursing for Women's Health**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 247-257, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nwh.2016.04.025>. Acesso em: 12 set. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BERNARDO E. B. R. *et al.* Methodological approach to translation and adaptation of scales in the area of sexual and reproductive health: an integrative review. **Rev Bras Enferm.**, [s. l.], v. 66, n. 4; p. 592-598, jul./ago. 2013.

BITTLE, M. D. *et al.* Maternal Sleepiness and Risk of Infant Drops in the Postpartum Period. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, [s. l.], v. 45, n. 5, p. 337-347, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.12.001>. Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas**. Brasília, DF: ANVISA, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde** Portal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: ANVISA, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 553, de 9 de agosto de 2017**. Dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012b**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema único de saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.068, de 21 de outubro de 2016**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção 1, p. 1-43, 2 abr. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de orientações sobre o transporte neonatal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo [recurso eletrônico]**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema de informação sobre mortalidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRENNAN, T. A. *et al.* Special articles incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients results of the harvard medical practice study. **Appendix I**, [s. l.], p. 370-376, 1991.

CAETANO, S. A.; PRADO, J. T. C. Mercado de trabalho: condições gerais do trabalho da enfermagem. Labor market: general conditions of nursing work. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 98-105, 2016.

CARLESI, K. C. *et al.* Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 25, 2017.

CARR, H. *et al.* A system-wide approach prevention of in hospital newborn falls. **MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [s. l.], v. 44, n. 2, p. 100-107, 2019.

CASTRO, C. S. *et al.* Fatores que influenciam no cuidado seguro de enfermagem ao paciente. **Rev elet estágio saúde**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 32-39, 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Infant mortality**. 2017a. Disponível em: www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.html. Acesso em: 26 out. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Nonfatal injury data**. 2017b. Disponível em: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/nonfatal.html>. Acesso em: 22 maio 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 543/2017**. Dispõe sobre os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem, 2017. Disponível em : http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em : 20 set. 2020.

COSTA, F. S. O.; NUNES, H. H. M.; SOUZA, M. W. O. Segurança do paciente: Percepção de profissionais de saúde de uma fundação pública estadual de Belém-PA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 11, n. 9, p. e350, 30 abr. 2019.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DONALDSON, S. L.; SAFETY, W. H. O. P. **Hand hygiene technical meeting** - a great success Guest Editorial Patient safety research. Geneva: WHO, 2009.

DULFE, P. A. M. *et al.* Intercorrências ao recém-nascido na transferência intra-hospitalar do alojamento conjunto. **Rev. enferm. UFPE**, on line, p. 514-522, 2014.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Gerência de vigilância em saúde e segurança do paciente**. Natal: Maternidade Escola Januário Cicco/MEJC, 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **História**. 2018. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/mejc-ufrn/nossa-historia>. Acesso em: 22 maio 2018.

FELDMAN-WINTER, L. *et al.* Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. **Pediatrics**, [s. l.], v. 138, n. 3, 2016.

FUGULIN, F. M. T. *et al.* Dimensionamento de profissionais de enfermagem: implicações para a prática assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 126-133, 2016.

GAFHEY, A. D. Fall prevention in our healthiest patients: Assessing risk and preventing injury for moms and babies. **The Journal of the American Society for Healthcare Risk Management**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 37-40, 2015.

GALUSKA, L. Prevention of In-Hospital Newborn Falls. **Nursing for Women's Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 59-61, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, T. A. *et al.* Dispositivo seguro para transporte intra-hospitalar do recém-nascido junto à sua mãe: avaliação e usabilidade. **Cogitare enferm**, [s. l.], 2020.

GONDIM, F. M. *et al.* Prevenção e tratamento da mucosite oral. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 67-74, 2010.

HELSEY, L.; MCDONALD, J. V.; STEWART, V. T. Addressing In-Hospital "Falls" of Newborn Infants. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, [s. l.], v. 36, n. 7, p. 327-333, 2010. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1553725010360491>. Acesso em: 12 set. 2019.

HIRSHKOWITZ, M. *et al.* National sleep foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. **Sleep Health**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 40-43, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>. Acesso em: 12 set. 2019.

HODGES, K.T.; GILBERT, J.H. Rising above risk. **Nursing Management**, Springhouse, [s. l.], v. 46, n. 12, p. 28-32, 2015. Disponível em: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006247-201512000-00008>. Acesso em: 12 set. 2019.

JANISZEWSKI, H. *et al.* **Baby Falls Management and Prevention**. Geneva: WHO, 2019.

JANISZEWSKI, H. Reducing the risk of baby falls in maternity units. **Nursing Times**, [s. l.], v. 111, n. 28/29, 2015.

KAITESI, M. Newborn dies after falling off hospital bed. **The new times**, Rwanda's leading daily, Rwanda, 17 jul. 2013. Disponível em: <https://www.newtimes.co.rw/section/read/67549>. Acesso em: 17 set. 2019.

KOHN, L. T. *et al.* To err is human: building a safer health care system. **National Academy of Services**, EUA, 2000. Disponível em: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14460_recurso_1.pdf. Acesso em: 25 maio 2019.

LAURINDO, V. R. F.; MENEZES, M. F.; NADAI, T. R. A implantação do protocolo de identificação segura como ferramenta de segurança do paciente. **Revista Qualidade HC**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 14-20, 2016.

LIPKE, B. *et al.* Newborn safety bundle to prevent falls and promote safe sleep. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [s. l.], v. 43, n. 1, p. 32-37, 2018.

LOYAL, J. *et al.* Newborn Falls in a Large Tertiary Academic Center Over 13 Years. **Hospital Pediatrics**, [s. l.], v. 8, n. 9, set. 2018.

LUZIA, M. F. *et al.* Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MONSON, S. A. *et al.* In-Hospital falls of newborn infants data from a Multi-Hospital health care system. **Pediatrics**, [s. l.], v. 122, n. 2, p. 277-280, 2008.

PHALEN A. G.; SMOLENSKI, J. Newborn Falls: Seeking Solutions for a Never Event. **Journal of Obstetric, Gynecological & Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 39, p. 46, 2010.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2015.

RIBEIRO, J.; DE SOUZA, F. N.; LOBÃO, C. Saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados? **Revista Pesquisa Qualitativa**, [s. l.], v. 6, n. 10, 2018.

RUDDICK, C.; WARD PLATT, M.; LAZARO, C. Head trauma outcomes of verifiable falls in newborn babies. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, [s. l.], v. 95, n. 2, p. 2008-2010, 2010.

SCHWENDIMANN, R. *et al.* The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 18, n. 521, 2018.

SIMPSON, K. R. Newborn safety in hospital. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [s. l.], v. 40, n. 4, 2015.

SIMPSON, K. R. Sudden unexpected postnatal collapse and sudden unexpected infant death. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [s. l.], v. 42, n. 6, p. 368, 2017.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: ENSP/CDEAD, 2019.

SOUZA, E. N. V. de. **Avaliação do processo de transporte neonatal inter-hospitalar de uma maternidade escola**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação) – Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

STAGGS, V. S. *et al.* Challenges in Defining and Categorizing Falls on Diverse Unit Types: Lessons from Expansion of the NDNQI Falls Indicator. **Journal of Nursing Care Quality**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 106-112, 2015.

STATES, U. *et al.* Quick Safety: Preventing Newborn Falls and Drops. **The Joint Commission**, [s. l.], n. 40, 2018.

TEUTEN, P.; BOLGER, S.; PAUL, S. P. Need for improved recognition of in-hospital newborn falls. **Health times**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 28-32, 2015.

TULLY, K. P.; BALL, H. L. Postnatal unit bassinet types when rooming-in after cesarean birth: implications for breastfeeding and infant safety. **Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 495-505, 2012.

WALLACE, S. C. Balancing family bonding with newborn safety. **Pennsylvania Patient Safety Advisory**, Pennsylvania, v. 11, n. 3, p. 102-108, 2014.

WALLACE, S. C. Preventing Newborn Falls While Supporting Family Bonding. **American Journal of Nursing**, [s. l.], v. 115, n. 11, p. 58-61, 2015.

WERNECK, M. A. F.; DE FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina; UFMG (Nescon); Ed. Coopmed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Falls**. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>. Acesso em: 12 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Handbook for Guideline development**. 2. ed. [s.l]: [s.n.], 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Geneva: WHO, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



CARTA DE ANUÊNCIA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa Central/ UFRN

A Maternidade Escola Januário Cicco, CNPJ nº 24.365.710/0014-06, situada na Avenida Nilo Peçanha, 259, Petrópolis, Natal, RN, tem ciência e concorda com a execução do projeto de pesquisa intitulado “**PROTÓCOLO DE PREVENÇÃO PARA ACIDENTES POR QUEDA EM RECÉM-NASCIDOS**”, que será executado pelo (a) pesquisador (a) **Renata Rilka Pedrosa Bezerra**, sob orientação do (a), **Simone Pedrosa Lima**.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares.

O descumprimento desses condicionamentos assegura o direito da Maternidade Escola Januário Cicco retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa.

Natal, 13 de abril de 2020.

Prof.ª. Dr.ª Janaina Cristiana de Oliveira Crispim Freitas
Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica
GEP/MEJC/UFRN

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO – MEJC
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA - GEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO PARA ACIDENTES POR QUEDA EM RECÉM-NASCIDOS. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Renata Rilkia Pedrosa Bezerra, do programa de Pós-Graduação em Práticas de Saúde e Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

A pesquisa foi motivada pela alta taxa de quedas em Recém-nascidos (RN) na instituição (22,6 quedas para cada 10.000 nascidos vivos), comparado a outros estudos (1.6 - 4.14 quedas para 10.000 nascidos vivos).

Surgiu o interesse de confeccionar coletivamente um protocolo de prevenção de quedas, diante da inexistência de um protocolo na instituição, que subsidie estratégias de segurança na prevenção de quedas em RN no Alojamento Conjunto e Uti Neonatal.

Caso você decida participar, no primeiro momento você deverá responder a um questionário elaborado pela pesquisadora para conhecimento da atuação profissional e conhecimentos prévios sobre a temática, que será aplicado após assinatura do TCLE, com duração média de 10 e 20 minutos.

Em seguida, serão realizadas entrevistas individuais e em um único encontro com cada participante que aceitar participar do estudo, agendadas previamente por telefone e em local escolhido por estes. Será indagada aos participantes a seguinte pergunta: “Quais cuidados são necessários para compor um protocolo assistencial de prevenção para acidentes por queda em recém-nascidos em alojamento e UTI neonatal?” As entrevistas serão gravadas.

Os riscos da pesquisa são mínimos, porém os participantes podem ser expostos a aborrecimento, exaustão ou insegurança em responder o questionário,

sentir desconforto, constrangimento ou alteração de comportamento durante gravação de áudios. Para atenuar tais situações, será assegurado a confidencialidade de seus dados para aplicar o questionário.

A participação é voluntária, o que significa que o participante poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade, e você terá como benefício contribuir para aprimorar a assistência ofertada através da padronização das ações embasadas em práticas cientificamente sustentadas com conseqüente redução do número de quedas em recém-nascidos hospitalizados. Pretende-se construir um protocolo dentro dos princípios da prática baseada em evidências, oferecendo as melhores opções disponíveis de cuidado, além de maior objetividade, transparência e uso racional dos recursos disponíveis para diminuir ou extinguir novos casos de queda em RN.

Em caso de algum problema que você possa ter relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada por Renata Rilkia Pedrosa Bezerra. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Renata Rilkia Pedrosa Bezerra no número Telefone fixo : (84) 3025- 6787 ou celular : (081) 996322604.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Renata Rilkia Pedrosa Bezerra, email: renatarilkia@yahoo.com.br, ou celular: (81) 996322604.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos. Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/Rn, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Renata Rilkia Pedrosa Bezerra.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa PROTOCOLO DE PREVENÇÃO PARA ACIDENTES POR QUEDA EM RECÉM-NASCIDOS, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, 16 de setembro de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

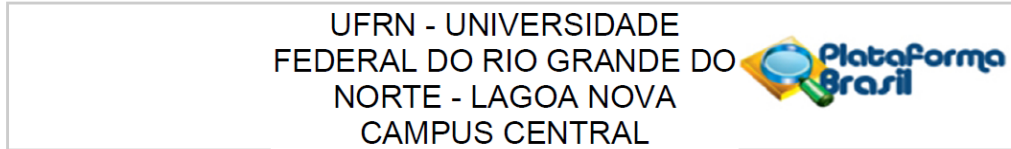
Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, 05 novembro de 2019.

Renata Rilkia Pedrosa Bezerra

ANEXOS I

ANEXO A – PARECER



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO PARA ACIDENTES POR QUEDA EM RECÉM-NASCIDOS

Pesquisador: renata rilka pedrosa bezerra

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30108920.7.0000.5537

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.120.550

Apresentação do Projeto:

Emenda aplicada ao projeto:

Justificativa:

FRENTE AO CENÁRIO ENFRENTADO PELA PANDEMIA POR COVID 19, NÃO SERÁ POSSÍVEL REALIZAR TODAS AS ETAPAS, SENDO EXCLUÍDA AS OFICINAS, DEVIDO A ORIENTAÇÃO DE DISTANCIAMENTO SOCIAL.

Objetivo da Pesquisa:

Emenda ao projeto: Em decorrência da pandemia, algumas etapas do projeto precisarão ser modificadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000	CEP: 59.078-970
Bairro: Lagoa Nova	
UF: RN	Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135	Fax: (84)99193-6266
	E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA
CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 4.120.550

De acordo com a pesquisadora, durante a aplicação de questionários, entrevistas e Oficina a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que o participante corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina. Pode acontecer algum tipo de desconforto, como aborrecimento, exaustão ou insegurança em responder ao questionário, constrangimento ou alteração durante gravação de áudios. Para atenuar tais situações, será escolhido locais que assegurem sua privacidade e conseqüentemente confidencialidade de seus dados para aplicar o questionário.

Benefícios:

Os benefícios esperados com essa pesquisa são aprimorar o conhecimento dos envolvidos e participação na mudança da realidade da instituição através do protocolo construído coletivamente que tem como objetivo principal diminuir ou extinguir os riscos de queda em RN, contribuindo diretamente para segurança do paciente e conseqüentemente assistência prestada, assim como, fomentar pesquisas voltados a essa temática, no qual os estudos são muito restritos, com o propósito de gerar mais conhecimento no campo científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os resultados deste estudo poderão contribuir para segurança do paciente, de forma a fornecer subsídios para prevenção de acidentes por queda em recém-nascidos hospitalizados, para planejamento do cuidado individualizado, aumentando a tomada de decisão através de estratégias de ação afim de reduzir ou extinguir esses incidentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:


Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Caro(a) pesquisador(a), se, em decorrência da pandemia do Corona vírus (COVID-19) o cronograma apresentado sofrer alteração, recomenda-se, ao se estabelecerem datas atualizadas, o

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000
Bairro: Lagoa Nova **CEP:** 59.078-970
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3215-3135 **Fax:** (84)99193-6266 **E-mail:** cepufm@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA
CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 4.120.550

envio de novo cronograma ao CEP Central/UFRN, sob a forma de notificação do tipo "Comunicação de Início do Projeto".

Conforme procedimentos definidos na Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais, final ou de suspensão para avaliação do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Alteração do projeto mediante a emenda:

1. O período de coleta de dados será modificado para julho a setembro de 2020 após aprovação do CEP (APROVADO).
2. Exclusão das 02 oficinas, mantendo as demais etapas da coleta de dados (APROVADO).
3. Acréscimo de 09 perguntas no questionário (APROVADO).

A emenda proposta ao projeto PROTOCOLO DE PREVENÇÃO PARA ACIDENTES POR QUEDA EM RECÉM-NASCIDOS está aprovada.

ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS DURANTE A PANDEMIA

A Conep, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, por meio do documento ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19), de 09 de maio de 2020, na página 02, orienta que:

"3.1. Aconselha-se a adoção de medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000	CEP: 59.078-970
Bairro: Lagoa Nova	
UF: RN	Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135	Fax: (84)99193-6266
	E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA
CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 4.120.550

de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa.

3.2. Em observância às dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2 (Covid-19), é necessário zelar pelo melhor interesse do participante da pesquisa, mantendo -o informado sobre as modificações do protocolo de pesquisa que possam afetá-lo, principalmente se houver ajuste na condução do estudo, cronograma ou plano de trabalho.

3.3. Em virtude disso, enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-se que os CEP e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, as orientações da Conep, observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

(...)

3.6. Caso sejam necessários a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, caberá aos investigadores a submissão de notificação para apreciação do Sistema CEP/CONEP.”

Vale mencionar que, diante das recomendações governamentais e da Organização Mundial de Saúde, a UFRN, através da Portaria N° 452/2020-R, em 17 de março de 2020, no Art. 2º, “autoriza as atividades de extensão e de pesquisa que, por sua natureza, não impliquem aglomeração de pessoas, cabendo aos responsáveis avaliar as condições para cumprimento das recomendações das autoridades sanitárias.”

Por fim, recomendam-se ações que visem salvaguardar os envolvidos, participantes e pesquisadores, nas atividades de pesquisa, como, por exemplo, a aplicação de instrumentos (questionários, entrevistas, entre outros) de forma on-line e mais outras medidas que se julguem necessárias. Quaisquer dúvidas podem ser direcionadas aos nossos canais de comunicação: número móvel (84) 9.9193-6266, endereço de e-mail cepufrn@reitoria.ufrn.br ou formulário de contato do site <www.cep.ufrn.br>.

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)99193-6266

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA
CAMPUS CENTRAL**



Continuação do Parecer: 4.120.550

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução 466/12 e ou a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. Elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. Desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. Apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. Descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u);
5. Elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_157574_4_E1.pdf	11/06/2020 22:04:26		Aceito
Outros	questionarioEMENDAmodificado.docx	11/06/2020 21:39:08	renata rilikia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	questionarioEMENDAmodificado.pdf	11/06/2020 21:38:49	renata rilikia pedrosa bezerra	Aceito

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)99193-6266

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA
CAMPUS CENTRAL**



Continuação do Parecer: 4.120.550

Outros	CartadeEmenda.docx	11/06/2020 21:35:39	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	cartadeemenda.pdf	11/06/2020 21:34:44	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoEMENDAmodificado.docx	11/06/2020 21:33:41	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoEMENDAmodificado.pdf	11/06/2020 21:32:38	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAemendaMODIFICADO.docx	11/06/2020 21:32:01	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAemendaMODIFICADO.pdf	11/06/2020 21:31:37	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEemendaMODIFICADO.docx	11/06/2020 21:30:58	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEemendaMODIFICADO.pdf	11/06/2020 21:30:29	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_COMITE_PENDE NCIAS_NOVO_DIGITALIZADO.pdf	24/04/2020 07:52:19	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	FORMULARIO_CEP_DIGITALIZADO.pdf	24/04/2020 07:48:54	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_COMITE_PENDE NCIAS_NOVO.docx	22/04/2020 10:52:16	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_QUEDA_NOVO_MODIFICA DO.docx	22/04/2020 10:51:44	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_QUEDA_NOVO_MODIFICA DO.pdf	22/04/2020 10:45:50	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	FORMULARIO_CEP_MODIFICADO.docx	17/04/2020 13:48:53	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeautorizaoparagravaodevoz.pdf	17/04/2020 13:47:19	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	DECLARACAO_NAO_INICIO_MODIFIC ADO.pdf	17/04/2020 13:45:26	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	DECLARACAO_NAO_INICIO_MODIFIC ADO.docx	17/04/2020 13:44:53	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_MODIFICADO.pdf	17/04/2020 13:37:54	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN **Município:** NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)99193-6266

E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

**UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA
CAMPUS CENTRAL**



Continuação do Parecer: 4.120.550

Outros	CARTA_ANUENCIA_MODIFICADO.docx	17/04/2020 13:37:08	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO.pdf	17/04/2020 13:36:20	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_NOVO_MODIFICADO.docx	17/04/2020 13:35:48	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1MODIFICADO.docx	17/04/2020 13:20:51	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	17/04/2020 13:16:45	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_MODIFICADO.pdf	17/04/2020 13:12:09	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOWORD.docx	03/03/2020 16:44:39	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	03/03/2020 10:53:13	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade.docx	03/03/2020 10:52:39	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.docx	28/02/2020 17:45:12	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	28/02/2020 17:44:31	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/02/2020 17:40:02	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	28/02/2020 17:39:51	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	TERMODEAUTORIZACAOINSTITUCIONAL.docx	28/02/2020 17:38:12	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	autorizaoparausedeimagenspreenchido.pdf	28/02/2020 17:30:16	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Outros	autorizaoparausedeimagenspreenchido.docx	28/02/2020 10:21:40	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeautorizaoparagravaodevoz.docx	07/01/2020 18:47:55	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_04_Termo_de_autorizacao_para_gravao_de_voz.docx	07/01/2020 18:44:05	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termodeautorizacaoassinada.pdf	07/01/2020 18:21:41	renata rilkia pedrosa bezerra	Aceito

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)99193-6266

E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

UFRN - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - LAGOA NOVA
CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 4.120.550

Outros	termodecompromisso.pdf	26/11/2019 16:00:38	renata rilikia pedrosa bezerra	Aceito
--------	------------------------	------------------------	-----------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 29 de Junho de 2020

Assinado por:
LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ
(Coordenador(a))