

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

**GEISA FONSECA REBOUÇAS**

**ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E  
MANEJO DE QUEDAS EM PEDIATRIA**

**VITÓRIA  
2021**

GEISA FONSECA REBOUÇAS

**ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E  
MANEJO DE QUEDAS EM PEDIATRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para conclusão do Mestrado Profissional em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cândida Caniçali Primo

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paula de Souza Silva Freitas

VITÓRIA  
2021

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

R292e

REBOUÇAS, GEISA FONSECA, 1985-

Elaboração e implantação de protocolo de prevenção e manejo de quedas em pediatria / GEISA FONSECA REBOUÇAS. - 2021.

132 f. : il.

Orientadora: CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO. Coorientadora: PAULA DE SOUZA SILVA FREITAS. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) -

Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Crianças - assistência hospitalar. 3. Pacientes - medidas de segurança. 4. Crianças - acidentes - prevenção. I. PRIMO, CÂNDIDA CANIÇALI. II. FREITAS, PAULA DE SOUZA SILVA. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

---

GEISA FONSECA REBOUÇAS

**ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E  
MANEJO DE QUEDAS EM PEDIATRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para conclusão do Mestrado Profissional em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado e Administração em Saúde. Vitória, 24 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cândida Caniçali Primo  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Paula de Souza Silva Freitas  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Coorientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliane de Fátima Almeida  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Interno

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Flávia Batista Portugal  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Suplente Interna

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Elisabete Maria Garcia Teles Nunes  
Universidade Católica Portuguesa (Lisboa, Portugal)  
Membro Externo

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Margarida Maria de Sousa Lourenço Quitério  
Universidade Católica Portuguesa (Lisboa, Portugal)  
Suplente Externa

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por seu imenso amor e misericórdia.

Aos meus pais, Jorge e Iracema pelo amor e cuidado de uma vida inteira.

Aos colegas do setor de pediatria, em especial à equipe de enfermagem pelo incentivo diário.

Às minhas orientadoras Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cândida Caniçali Primo e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paula de Souza Silva Freitas pela oportunidade e pelo auxílio necessário para construção deste estudo.

Aos docentes do Mestrado Profissional em Enfermagem, pelos valiosos ensinamentos.

Aos membros da banca, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane de Fátima Almeida, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Batista Portugal, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisabete Maria Garcia Teles Nunes, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margarida Maria de Sousa Lourenço Quitério pelas valiosas contribuições e disponibilidade.

À equipe do Núcleo de Segurança do Paciente, nas pessoas da Andressa Tomazini Borghardt, Hilmará Jesus Maioli e Rosali por contribuírem ricamente com meu estudo, me permitindo chegar até aqui.

À equipe multidisciplinar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, que participou da pesquisa com tanto empenho e comprometimento.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

REBOUÇAS, GEISA FONSECA. **Elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e manejo de quedas em pediatria**. Dissertação - Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, 2021.

## RESUMO

**Introdução:** A proposta de elaborar e implantar um protocolo institucional de queda específico para a população pediátrica emergiu da vivência da autora enquanto líder da qualidade no setor de pediatria e da necessidade da instituição em construir e implementar medidas de prevenção e manejo das quedas pediátricas junto aos profissionais de saúde, atendendo a uma prerrogativa do Programa Nacional de Segurança do Paciente, a fim de mitigar os riscos e diminuir a ocorrência desse tipo de incidente. **Objetivos:** Descrever o processo de elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e manejo de quedas em pediatria. **Metodologia:** Pesquisa-ação operacionalizada pelas 12 fases da pesquisa-ação de Thiollent e agrupadas pela pesquisadora em 3 eixos de ação: 1. Preparação — revisão de literatura; elaboração do protocolo preliminar e formação do grupo de trabalho com 10 membros da equipe multidisciplinar; 2. Execução — reestruturação e aprovação do protocolo de prevenção e manejo de quedas pelo grupo de trabalho, por consenso, em duas rodadas online e três seminários presenciais. Os seminários presenciais foram registrados por um diário de campo, gravados em formato *mp3*, transcritos posteriormente e analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin; 3. Disseminação — reprodução das informações contidas no protocolo à comunidade hospitalar e treinamento das equipes *in loco*, por turno de trabalho. **Resultados/Produto:** A busca por evidências científicas resultou na versão preliminar do protocolo de quedas, que foi estruturado conforme realidade institucional e aprovado pelo grupo de trabalho durante os seminários de forma coletiva. A pesquisa ação permitiu a interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, possibilitando convergência entre saberes formais e informais, teoria e prática. Além do Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas Pediátricas, foram produzidos materiais educativos para a família e profissionais de saúde (Cartaz de Orientação; Folheto de Orientação; Placa de Identificação de Leito do Paciente com Alto Risco de Queda; Fluxograma do protocolo de prevenção e manejo de queda

pediátrica). **Conclusão:** O protocolo e os materiais educativos já estão em uso na instituição e contribuem para a gestão do risco de queda dos pacientes pediátricos (0 a 18 anos) internados, a partir da padronização das ações e condutas, adoção de medidas preventivas com base na avaliação de risco individualizada e do envolvimento de usuários, familiares e profissionais, além de disponibilizar os resultados à comunidade científica. Essa pesquisa tem potencial de gerar impacto e ser aplicada a nível local, regional e nacional, pois descreve de forma sistematizada as etapas e recursos necessários para elaboração e implementação de um Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas Pediátricas.

**Descritores:** Criança Hospitalizada; Acidentes por Quedas; Enfermagem Pediátrica; Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Qualidade da Assistência à Saúde.

REBOUÇAS, GEISA FONSECA. **Elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e manejo de quedas em pediatria.** Dissertação - Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, 2021.

## ABSTRACT

**Introduction:** The proposal to develop and implement a specific institutional fall protocol for the pediatric population emerged from the author's experience as a quality leader in the pediatric sector, as from the institution's need to build and implement actions for the prevention and management of pediatric falls with the health professionals, answering a prerogative of the National Patient Safety Program, in order to mitigate risks and reduce the occurrence of this type of incident.

**Objectives:** To describe the process of elaboration and implementation of a protocol for the prevention and management of falls in pediatrics. **Methodology:** Action research operationalized by the 12 phases of Thiollent's action research and grouped by the researcher into 3 action axes: 1. Preparation — literature review; preparation of the preliminary protocol and formation of the working group with 10 members of the multidisciplinary team; 2. Execution — restructuring and approval of the fall prevention and management protocol by the working group, by consensus, in two online rounds and three in-person seminars. The in-person seminars were recorded in a field diary, in *mp3* format, later transcribed and analyzed using Bardin's content analysis technique; 3. Dissemination — reproduction of the information contained in the protocol to the hospital community and training of teams in loco, by work shift.

**Results/Product:** The search for scientific evidence resulted in the preliminary version of the fall protocol, which was structured according to institutional reality and approved collectively by the working group during the seminars. Action research allowed the interaction between researcher and researched subjects, enabling convergence between formal and informal knowledge, theory and practice. In addition to the Pediatric Fall Prevention and Management Protocol, educational materials were produced for the family and health professionals (Orientation Poster; Orientation Leaflet; Identification Plate for Patients with High Risk of Falls; Flowchart of the prevention protocol and pediatric fall management). **Conclusion:** The protocol and educational materials are already in use at the institution and contribute to the management of the risk of falling in pediatric patients (0 to 18 years old) hospitalized, from the standardization of actions and conduct, adoption of preventive measures



based on individualized risk assessment and the involvement of users, family members and professionals, in addition to making the results available to the scientific community. This research has the potential to generate impact and be applied at local, regional and national levels, as it systematically describes the steps and resources required for the elaboration and implementation of a Protocol for the Prevention and Management of Pediatric Falls.

**Descriptors:** Child, Hospitalized; Accidental Falls; Pediatric Nursing; Patient Safety; Risk Management; Quality of Health Care.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Etapas metodológicas da pesquisa-ação para a construção do protocolo de manejo e prevenção de quedas pediátricas, baseadas nas 12 fases propostas por Thiollent (2011). Vitória, ES, 2021.....	35
<b>Quadro 2</b> – Síntese das recomendações sobre prevenção e manejo de quedas pediátricas identificadas na revisão de literatura. Vitória, ES, 2021.....	44
<b>Quadro 3</b> – Protocolos institucionais consultados para construção do protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas. Vitória, ES, 2021.....	52
<b>Quadro 4</b> – Descrição das atividades do Eixo Execução para construção do protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas. Vitória, ES, 2021.....	54

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Percurso metodológico: agrupamento das 12 fases da pesquisa-ação propostas por Thiollent (2011) em três eixos de ação para operacionalização do projeto.....	37
<b>Figura 2</b> – Fluxograma com a descrição do processo de seleção dos artigos para resposta à questão norteadora. Vitória, ES, Brasil, 2021.....	43
<b>Figura 3</b> – Calculadora disponível no diretório da Qualidade para cálculo numérico da escala Humpty Dumpty. Vitória, ES, 2021.....	57
<b>Figura 4</b> – Página do AGHU com espaço para anotação do índice numérico da escala nos controles do paciente. Vitória, ES, 2021.....	58
<b>Figura 5</b> – Placa de Identificação e Gerenciamento dos Riscos Assistenciais a Beira Leito com a tag de queda. Vitória, ES, 2021.....	59
<b>Figura 6</b> – Placa de Identificação de Leito do Paciente com Alto Risco de Queda. Vitória, ES, 2021.....	60
<b>Figura 7</b> – Cartaz de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar. Vitória, ES, 2021.....	64
<b>Figura 8</b> – Folder de Orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar - Maternidade. Vitória, ES, 2021.....	66
<b>Figura 9</b> – Convite para o treinamento em Prevenção e Manejo de Quedas. Vitória, ES, 2021.....	69

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

- ANA** — American Nurses Association
- CHCA** — Child Health Corporation of America
- EBSERH** — Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ECA** — Estatuto da Criança e do Adulto
- EUA** — Estados Unidos da América
- GM/MS** — Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
- GRAF PIF** — General Risk Assessment for Pediatric In-patient Falls
- HDFS** — Humpty Dumpty Falls Scale
- ICPS** — International Classification for Patient Safety
- JC** — Joint Commission
- MS** — Ministério da Saúde
- NANDA** — North American Nursing Diagnosis Association
- NDNQI** — National Database of Nursing Quality Indicators
- NSP** — Núcleo de Segurança do Paciente
- OMS** — Organização Mundial da Saúde
- PE** — Processo de Enfermagem
- PROQUALIS** — Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
- RDC** — Resolução da Diretoria Colegiada
- SEQUALIS** — Selo Ebserh de Qualidade
- TCLE** — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UESC** — Universidade Estadual de Santa Cruz
- UFES** — Universidade Federal do Espírito Santo
- UTIN** — Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
- UTIP** — Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1	TEMPORALIDADE DA AUTORA .....	16
1.2.	JUSTIFICATIVAS E PROBLEMATIZAÇÃO .....	17
<b>2.</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>22</b>
<b>3.</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>23</b>
3.1	QUEDAS PEDIÁTRICAS EM AMBIENTE HOSPITALAR: UM INCIDENTE DE SEGURANÇA .....	23
3.2	CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS .....	26
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	32
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	32
4.3	COLABORADORES DA PESQUISA.....	32
4.4	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	33
4.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	39
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	40
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>41</b>
5.1	PRODUTO.....	41
5.1.1.	Produto 1 — Produção Técnica.....	41
5.1.2.	Produto 2 — Artigo Científico.....	70
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
	<b>APÊNDICE A - ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE B - CARTA CONVITE.....</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....</b>	<b>100</b>
	<b>APÊNDICE D - CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES .....</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE E - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS E ANEXOS .....</b>	<b>103</b>
	<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP .....</b>	<b>132</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

Graduei-me em Enfermagem em 2007, pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), na cidade de Ilhéus-BA. Nesse mesmo ano, comecei a trabalhar como enfermeira de uma Unidade de Saúde da Família, função que desempenhei por seis anos. No entanto, em 2014, mudei os rumos da minha trajetória profissional: tornei-me funcionária do Estado do Espírito Santo, optando por trabalhar em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), como enfermeira assistencial. Foi meu primeiro contato com serviços de atenção especializada voltado ao público pediátrico.

Nesse período, teve início a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no hospital em que trabalhava e a deflagração de ações para prevenir, monitorar e reduzir a ocorrência de erros e/ou danos no processo do cuidado. Apesar de ainda incipientes, as ações voltadas para segurança do paciente me levaram a refletir e repensar minha prática profissional, particularmente no que tange ao tipo de assistência que estava entregando aos pacientes sob meus cuidados.

Desde 2017, estou como enfermeira assistencial de uma Unidade de Internação Pediátrica de um hospital de ensino. Tendo sido a partir de observações empíricas e de evidências científicas que apontam para uma maior vulnerabilidade do paciente pediátrico, que vislumbrei a possibilidade de desenvolver estratégias de mitigação de eventos adversos nessa população.

Acreditando ser uma pauta emergente e ainda com lacunas importantes no campo da pesquisa e da prática, em 2018, ao ingressar no Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), dediquei-me a estudar a segurança do paciente no ambiente pediátrico — público com o qual já trabalhava há quatro anos.

Ademais, em 2020, me tornei representante do setor de pediatria no Grupo Técnico de Trabalho de Líder da Qualidade, criado com o objetivo de operacionalizar as atividades de gestão da qualidade no Hospital do qual faço parte, junto ao setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. Entre as atribuições do Líder da Qualidade está a participação na elaboração de documentos institucionais e de

projetos de melhoria, principalmente junto às atividades que objetivem a obtenção do Selo Ebserh de Qualidade (SEQualis).

O Programa e o Selo Ebserh de Qualidade, por sua vez, consistem em um sistema próprio de avaliação periódica, que tem como objetivo promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira pelos hospitais da rede Ebserh. O SEQualis visa reconhecer formalmente os hospitais da rede que atingirem os padrões estabelecidos no sistema de avaliação. Entre os requisitos para obtenção do selo está a existência de um protocolo de prevenção de quedas implementado para todos os pacientes internados. O Hospital, no entanto, dispunha apenas de um protocolo destinado ao público adulto, persistindo uma lacuna acerca de ações de prevenção a quedas para o público pediátrico que fossem organizadas de maneira sistemática e protocolizadas (EBSERH, 2018).

A partir dessa lacuna, surgiu a necessidade de construir um protocolo com orientações capazes de nortear a equipe de saúde nas ações de prevenção e gerenciamento dos riscos de queda, bem como na adequada notificação desses incidentes potencialmente causadores de lesão, com o objetivo de diminuir os erros relacionados à assistência, contribuindo para a melhoria da qualidade do serviço prestado, na tentativa de fortalecer uma política institucional de cultura de segurança.

## 1.2. JUSTIFICATIVAS E PROBLEMATIZAÇÃO

Após a publicação do relatório *To Err is Human (1999)*, que apontava a elevada ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência à saúde em hospitais dos Estados Unidos da América (EUA), com a estimativa de que 44.000 a 98.000 óbitos por ano poderiam ser evitados, a segurança do paciente entra para a agenda da comunidade científica de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999; NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015).

Entendida como parte das ações necessárias para reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, a segurança do paciente se tornou uma prioridade estratégica dos serviços de saúde, levando a um

grande investimento em tempo, recursos humanos e pesquisa, a fim de reduzir a ocorrência de eventos adversos considerados evitáveis. Para tanto, foi organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a proposta de definir e identificar prioridades e contribuir para uma agenda mundial na área da segurança do paciente, por meio do comprometimento político dos seus Estados membros (BRASIL, 2014).

No Brasil, sabendo da importância do tema, o Ministério da Saúde (MS) editou a Portaria GM/MS 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos que gerem danos ao paciente, adotando como escopo de atuação as Metas Internacionais de Segurança do Paciente da OMS (BRASIL, 2017).

Tais metas estão traduzidas nos seis Protocolos de Segurança do Paciente publicados nas portarias GM/MS 1377/2013 e GM/MS 2.095/2013. Esses protocolos devem ser elaborados e implantados nos serviços de saúde: Identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde e reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas (BRASIL, 2013).

Os protocolos são recomendados pela OMS e pelo MS devido ao pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles, de modo que eles se configurem, portanto, como instrumentos para a construção de uma prática assistencial segura e como componentes obrigatórios dos planos locais de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.

O sexto e último protocolo — Prevenção de Quedas — tem como meta reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e/ou o dano dela decorrente. Para alcançar esses objetivos, a legislação prevê a implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação do risco de queda do paciente, o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e a educação do paciente, familiares e profissionais quanto aos cuidados de prevenção e manejo (BRASIL, 2013).



As quedas podem ser decorrentes de fatores intrínsecos, como alterações fisiológicas ou patológicas, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos; ou extrínsecos, relacionados às condições do ambiente hospitalar e situações que envolvam a atenção à saúde pelo cuidador e equipe multiprofissional. Além do dano ao paciente, esse tipo de incidente leva ao prolongamento das internações, ao aumento dos custos hospitalares, produzindo repercussões de ordem legal e de credibilidade, o que pode desqualificar o cuidado prestado (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014).

Ainda, pode causar aos cuidadores que assistiram a queda, sentimento de ansiedade, depressão, vergonha e culpa, o que faz com que haja relutância em comunicar o incidente, sentimentos esses que também podem acometer os profissionais envolvidos com o evento, tornando-os a “2ª vítima”, termo usado por Albert Wu, em 2000, para descrever o impacto dos eventos adversos nos profissionais de saúde (WATCHER, 2013).

Por conseguinte, os acidentes por quedas são um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem e um fator de preocupação das instituições de saúde, logo, a prevenção desse incidente é considerada um foco sensível não apenas da assistência de enfermagem, devendo ser atribuído ao processo de trabalho de toda equipe de saúde, uma vez que é considerada uma obrigação ética dos profissionais e gestores dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

No que tange à população pediátrica, a hospitalização nessa faixa etária é marcada por um distanciamento do ambiente familiar, de vivência em ambiente desconhecido, de ausência de atividades recreativas costumeiras e de submissão a procedimentos invasivos que podem causar desconforto e dor. Todas essas dimensões, aliadas a processos de cuidados muitas vezes inseguros podem levar a ocorrência de incidentes diversos, entre eles a queda (CARVALHO et al., 2020; WEGNER et al., 2017).

As quedas já são a principal causa de internação por motivos acidentais de crianças e adolescentes de zero a 14 anos no Brasil. Segundo o MS, 45% das hospitalizações no país em razão de algum tipo acidente em 2017 foram em decorrência de quedas (DATASUS, 2017). Esse incidente também pode ocorrer em ambiente intra-hospitalar, com potencial para causar danos. Uma revisão integrativa da literatura encontrou uma variação na prevalência de quedas pediátricas de 0,6 a

1,7 casos de quedas por 1.000 pacientes/dia nos estudos revisados. Por isso, faz-se necessária a adoção de medidas que visem gerenciar o risco de queda pediátrica em ambiente hospitalar (VIEIRA et al., 2019).

No Brasil, o Ministério da Saúde considera atendimento pediátrico aquele prestado a pessoas de 0 a 18 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu 2º artigo, considera criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, estendendo-se excepcionalmente até os vinte e um anos de idade. Sendo assim, entende-se por criança hospitalizada indivíduos de 0 a 18 anos que permanecem em estabelecimento hospitalar para cuidados de saúde, faixa etária que também será considerada nesta pesquisa (BRASIL, 1990).

Ainda, o ECA estabelece ações de proteção à criança em ambiente hospitalar, que passam pela garantia dos direitos fundamentais e disposições legais estabelecidos por este estatuto, como o direito à proteção à vida e à saúde, ao nascimento e ao desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Além desses direitos, o Estatuto prevê que os estabelecimentos de atendimento à saúde proporcionem condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou outro responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990).

Igualmente, uma revisão da literatura destaca a importância do acompanhante durante o período de hospitalização da criança, neste caso, como parceiro para a promoção da segurança do paciente pediátrico. Os autores concluem que pais e responsáveis podem ser uma barreira para a ocorrência de incidentes, além de chamar atenção para a necessidade de utilização de tecnologias inteligentes e da padronização/protocolização das práticas como iniciativas capazes de contribuir para promoção da segurança da criança hospitalizada (WEGNER et al., 2017).

Neste contexto, a construção de um protocolo institucional de queda específico para a população pediátrica se justifica pela necessidade de se mapear os riscos aos quais as crianças e os adolescentes estão expostos no ambiente hospitalar, implementar medidas de prevenção e manejo das quedas junto aos profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes e atender a uma prerrogativa do Programa Nacional de Segurança do Paciente e do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, a fim de mitigar os riscos e diminuir a ocorrência desse tipo de incidente.

Diante do exposto, enquanto líder da qualidade no setor de pediatria, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e integrante do Laboratório de Tecnologias em Saúde — CuidarTech, da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) emergiu a seguinte questão norteadora: Como implantar as melhores evidências para prevenção e manejo de queda em pediatria? A fim de desenvolver e implantar um protocolo com ênfase na prevenção e manejo adequado dos incidentes de queda em crianças hospitalizadas, com a finalidade de contribuir para organizar e normatizar os processos de trabalho e dar suporte ao profissional de saúde na identificação dos riscos e na prevenção das quedas pediátricas, esta pesquisa tem como objeto de estudo: a segurança do paciente pediátrico.

## **2. OBJETIVO**

Descrever o processo de elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e manejo de quedas em pediatria.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 QUEDAS PEDIÁTRICAS EM AMBIENTE HOSPITALAR: UM INCIDENTE DE SEGURANÇA

A segurança do paciente tem por objetivo reduzir a ocorrência de incidentes durante a assistência à saúde ao fazer uso das melhores práticas, a fim de alcançar os melhores resultados possíveis ao paciente. Para tanto, as instituições de saúde devem cultivar uma cultura que apoie a segurança, desenvolva o trabalho em equipe, utilize práticas seguras, envolva profissionais, pacientes e suas famílias na segurança (BRASIL, 2017).

Definitivamente, um serviço de saúde não pode ser de qualidade se os riscos de dano ao paciente não estiverem reduzidos e controlados. Neste sentido, a segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo, e é importante ressaltar, que a área de estudo da segurança, não inclui somente os incidentes que causam danos, mas também as falhas que não causaram danos, mas que poderiam ter causado (WATCHER, 2013).

Este ano, a 74ª Assembleia Mundial da Saúde (2021) reafirmou a preocupação global com a qualidade e a segurança dos serviços de saúde ao propor o desenvolvimento de ações para eliminar os danos evitáveis na prestação de cuidados de saúde, adotando o “Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021—2030”, chamando atenção dos países membros para a necessidade de desenvolver políticas de saúde para eliminar danos evitáveis; criar sistemas de saúde de elevada confiança; garantir a segurança dos processos clínicos; envolver e capacitar os pacientes e as famílias; motivar, educar e capacitar os profissionais de saúde; garantir a informação e a investigação e desenvolver parcerias, sinergias e a solidariedade (WHO, 2021).

Para melhor compreensão do arcabouço teórico da segurança do paciente foi desenvolvida pela OMS, uma taxonomia própria com o objetivo de padronizar alguns conceitos-chave, a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety — ICPS), traduzida no Brasil pelo

Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS).

Segundo a ICPS, um incidente em saúde é definido como: ocorrência comunicável - quando a situação possui potencial significativo para causar dano, mas o dano não ocorreu; quase evento - quando o incidente ocorreu e não alcançou o doente; incidente sem danos - quando o evento chegou ao doente, mas não resulta em danos discerníveis; e evento adverso - quando decorre de um incidente que envolveu danos. Quanto ao dano, compreende-se como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele, podendo ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2017).

Risco é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano; o gerenciamento de risco, por sua vez, é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das consequências ou probabilidade de ocorrência (BRASIL, 2014). Uma das estratégias de gerenciamento de riscos nas instituições de saúde tem sido a utilização do Processo de Enfermagem (PE), método de trabalho sistematizado e embasado cientificamente, que orienta o cuidado dos profissionais de enfermagem. No caso de acidentes por quedas em ambiente hospitalar, o PE permite avaliar e identificar os fatores de risco para queda, estabelecer diagnósticos e prescrever intervenções visando a prevenção deste incidente (BARROS et al., 2015).

As quedas em ambiente hospitalar, são um tipo de incidente de segurança capaz de causar danos desnecessários ao paciente e sua prevenção está entre as Metas Internacionais para Segurança do Paciente, estabelecidas pela OMS e incentivadas pela Joint Commission (JC), organização internacional responsável pela certificação de qualidade de instituições de saúde, que, em 2005, também passou a exigir que as organizações avaliassem o risco de queda e implementassem intervenções para reduzi-lo (BRASIL, 2017).

Doravante, a ocorrência de quedas no ambiente hospitalar em populações adultas foi extensivamente estudada, foram implementados protocolos de prevenção de quedas e aplicadas escalas para avaliação do risco de cair, com medidas específicas de prevenção, como a escala de MORSE. Tais instrumentos passaram a ser eficazes para manter a melhoria sustentada nos programas de prevenção de queda em adultos. No entanto, esses achados não puderam ser extrapolados para a

população pediátrica, uma vez que estudos mostram que a capacidade dessas escalas identificarem um paciente pediátrico em risco de queda foi questionável e que elas previam mal o risco em crianças (RAZMUS; WILSON; SMITH; NEWMAN, 2006; MORSE, 2009)

A escassez de informações acerca das quedas hospitalares em populações pediátricas levou a *Child Health Corporation of America* (CHCA) a organizar uma força tarefa, em 2009, para estudar as práticas de prevenção desse tipo de incidente nos hospitais pediátricos dos EUA. A pesquisa revelou que os hospitais consultados, apesar de monitorarem as quedas, apresentavam entre si ausência de uma definição padrão para quedas pediátricas, uma variação no modo de classificar quedas e medir indicadores. Essa falta de consenso dificultava a apreciação da incidência de quedas pediátricas, das lesões relacionadas às quedas e comparações dos resultados entre as populações (CHILD HEALTH CORPORATION OF AMERICA, 2009).

A hospitalização aumenta o risco de queda na população pediátrica pelo fato de se encontrarem em ambientes que não lhes são familiares e por apresentarem características físicas e psicológicas específicas, dentre as quais a imaturidade no desenvolvimento de órgãos e sistemas, bem como a curiosidade inata, a imprevisibilidade dos movimentos e os comportamentos desafiadores (PERES et al., 2018).

O mecanismo de queda, portanto, pode diferir de acordo com a faixa etária da criança: em bebês, podem ocorrer quedas quando começam a rolar na cama, engatinhar ou dar os primeiros passos; em crianças pequenas, as quedas podem acontecer quando correm pelos corredores; e com os adolescentes, ao hesitarem em pedir ajuda para ir ao banheiro ou trocar de roupa. Além da idade, status de mobilidade na admissão, ambiente hospitalar e histórico anterior de quedas, certas condições de saúde, como convulsões e medicamentos, também desempenham um papel no aumento do risco de quedas pediátricas nos hospitais (BORDALO; CALDEIRA, 2013; KRAMLICH; DENDE, 2016).

Em geral, todas as crianças são consideradas com risco de queda e, em alguns casos, as quedas são vistas como um evento normal no processo de desenvolvimento da criança — ao aprender a andar e explorar o ambiente físico. Essas particularidades podem levar a uma subnotificação dos casos de queda em

pediatria, principalmente quando não chegam a causar danos. No entanto, ao classificar todas as crianças com risco de cair, sem estratificar esse risco, pode-se também dificultar a concentração de esforços de prevenção naquelas que realmente possuem um alto risco de queda e lesão (DIGEROLAMO; DAVIS, 2017; VIEIRA et al., 2019).

Em 2020, a taxonomia NANDA incluiu no domínio Segurança/Proteção o diagnóstico “Risco de queda de criança”, definido como: “criança suscetível a experimentar um evento que resulte em parar inadvertidamente tentativamente no térreo, andar ou outro nível inferior, o que pode comprometer saúde”, e cita fatores de risco que podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade do paciente pediátrico para queda, como ambientais, fisiológicos e relacionados ao cuidador (NANDA, 2021).

É dever da equipe de saúde estar empenhada na criação de ambientes seguros no hospital, nos quais a criança possa explorar e desenvolver suas habilidades, sem estarem em risco de cair. Desse modo, a redução do dano causado por quedas ao paciente pediátrico requer esforços para identificar e relatar a ocorrência desses incidentes, bem como para disseminar as melhores práticas para evitá-lo e cultivar a cultura de segurança (BRASIL, 2014; MUELLER; NEUSPIEL; FISHER, 2019).

### 3.2 CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS

A prevenção da ocorrência de quedas hospitalares em pediatria deve ser motivada pela instituição de medidas de prevenção e descritas em protocolos, para que mesmo diante de uma queda, o profissional de saúde saiba quais condutas devem ser adotadas para prevenção e manejo adequados deste incidente, minimizando possíveis complicações (MELLO; ÉVORA; GARCIA et al., 2014).

As quedas hospitalares são decorrentes de uma multiplicidade de fatores, sejam fatores intrínsecos ou extrínsecos à criança hospitalizada, que somados à complexidade do processo do cuidado podem gerar a ocorrência nesse público específico. As estratégias de prevenção das quedas pediátricas devem, portanto, ser abrangentes e multifacetadas, enfatizando a criação de ambientes seguros, a avaliação do risco de queda e a adoção de boas práticas baseadas nos riscos identificados (CHILD HEALTH CORPORATION OF AMERICA, 2009; KRAMLICH;



DENDE, 2016).

Em relação à construção de protocolos institucionais, os mesmos devem ser de boa qualidade formal, de fácil leitura, válidos e confiáveis. Para tanto, faz-se necessário trabalhar com conteúdo baseado em evidências, considerando também a experiência do profissional e a realidade local, tudo isso aliado a um rigoroso processo de construção e implementação. Diretrizes vagas, não alinhadas à realidade local, bem como a não aprovação dos protocolos pela equipe de profissionais e usuários, são falhas recorrentes na construção desse tipo de tecnologia (PIMENTA et al., 2017).

Os protocolos são considerados tecnologias leve-duras, elaborados a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos dos trabalhadores dos serviços de saúde, são instrumentos legais que oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009; PIMENTA et al., 2017).

Segundo Merhy (2002), existem três tipos de tecnologia que os profissionais de saúde podem utilizar: as tecnologias duras, quando se utilizam instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos; as tecnologias leve-duras, quando se valem de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, processo de enfermagem); e as tecnologias leves, em que se percebe a implementação do cuidado para o estabelecimento de relações (vínculo, gestão de serviços e acolhimento).

Nesse cenário, a construção de um protocolo de prevenção e manejo de quedas é uma forma de aperfeiçoar a prática do cuidado à criança hospitalizada, e o desenvolvimento dessa tecnologia se inicia a partir do estabelecimento de conceitos claros e um consenso nas definições acerca do tema. Quanto a definição de queda, para o Ministério da Saúde corresponde ao “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade, resultando ou não em dano” (CHILD HEALTH CORPORATION OF AMERICA, 2009; ANVISA, 2013).

Já 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 (STAGGS; DAVIDSON; DUNTON; CROSSER, 2015).

Compreender os tipos de quedas e suas causas também se faz importante para o desenvolvimento de um protocolo de prevenção. O sistema de classificação desenvolvido por Janice Morse, em 2009, classificou as quedas em três tipos:

- Quedas Fisiológicas Antecipadas: ocorrem em pacientes com fatores de risco para quedas que podem ser identificados com antecedência, como estado mental alterado, marcha anormal e uso de medicamentos de alto risco.
- Quedas Fisiológicas Imprevistas: ocorrem em um paciente com risco de queda baixo, devido a um evento que não pode ser previsto até que aconteça, como convulsões, derrame ou episódio sincopal.
- Quedas Acidentais: ocorrem em pacientes de baixo risco devido a um risco ambiental, como piso molhado. Melhorar a segurança ambiental ajudará a reduzir o risco de queda nesses pacientes.

No caso específico de pacientes pediátricos, foi estabelecido pela *American Nurses Association* (ANA) o conceito da Queda do Desenvolvimento, como aquelas quedas comuns a bebês e crianças pequenas que ocorrem à medida que aprendem a andar, girar e correr ou aquelas durante a fisioterapia ou na sala de jogos, precisando ser relatados apenas se resultarem em lesão, sendo essa a principal diferença entre as quedas pediátricas e em adultos (KRAMLICH; DENDE, 2016).

Alguns estudos demonstraram que o tipo de queda mais comum entre as populações pediátricas estudadas foram as quedas fisiológicas antecipadas, o que evidencia que em parte esses incidentes podem ser evitados com o uso de estratégias de prevenção adequados (JAMERSON et al., 2014; FRANCK et al., 2016).

Em relação aos fatores de risco para queda pediátrica, esses são diferentes daqueles observados em adultos. São diversos, variando de acordo com o perfil da população assistida e o instrumento de avaliação de risco usado. Quanto às características do paciente, a literatura aponta que idade, sexo, diagnóstico, fatores cognitivos e história de queda pregressa podem interferir na probabilidade de a criança cair. As condições do ambiente como organização do espaço na enfermaria,

luminosidade, uso de leito inadequado à idade, falta de sinalização, e fatores relacionados ao acompanhante (idade, escolaridade, tabagismo, cansaço) também podem contribuir para a ocorrência de quedas (DIGEROLAMO; DAVIS, 2017; VIEIRA et al., 2019).

A avaliação dos fatores de risco para queda ajuda na tomada de decisão, permite direcionar intervenções preventivas aos pacientes corretos, facilita o planejamento do atendimento e promove uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e entre os locais de atendimento. Uma vez identificado o risco, o planejamento do atendimento deve lhe corresponder. Isso inclui o planejamento de ações de prevenção para quaisquer riscos encontrados na ferramenta de avaliação, bem como o planejamento das ações acerca dos riscos de um paciente que podem não ter sido capturados pela ferramenta em uso (DIGEROLAMO; DAVIS, 2017; ANVISA, 2013; SCHAFFER et al., 2011).

No Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde, em parceria com a Anvisa e o Proqualis/Fiocruz, elaboraram um protocolo de prevenção de queda. Esse documento é parte integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente e elenca alguns fatores de risco para queda pediátrica e medidas específicas de prevenção relacionada ao risco identificado, porém, não sugere uma escala de avaliação do risco de queda para ser usado nos serviços de atendimento pediátrico (ANVISA, 2013).

Estão disponíveis instrumentos internacionais de avaliação do risco de queda para crianças, a saber: a *General Risk Assessment for Pediatric Inpatient Falls* (GRAF PIF), a *Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS), a *CHAMPS Pediatric Fall Risk Assessment Tool*, a escala *I'M SAFE* e a escala *Cummings*, entretanto, o único desses instrumentos que está passando por processo de tradução, adaptação e validação de suas propriedades de medida para uso no Brasil é a escala *Humpty Dumpty* (RAZMUS; WILSON; SMITH; NEWMAN, 2006; HILL-RODRIGUEZ et al., 2009; HARVEY et al., 2010; NEIMAN et al., 2011).

Ainda, em relação aos instrumentos de avaliação do risco de queda, uma revisão sistemática e de metanálise acerca da precisão desses instrumentos em pediatria, mostrou que dos nove estudos selecionados, quatro utilizaram a Escala de Quedas de Humpty Dumpty, que os itens mais comuns incluídos nos instrumentos foram: o diagnóstico do paciente, uso de medicamentos sedativos e mobilidade, e que as

escalas atualmente disponíveis apresentam alta sensibilidade e baixa especificidade — a sensibilidade e especificidade combinadas dos nove estudos foram 0,79 e 0,36, respectivamente. Isso revela a necessidade de se subdividir as categorias de pontuação e minimizar os itens que são avaliados apenas pelo julgamento subjetivo dos enfermeiros nas escalas (KIM; LIM; KIM; LEE, 2019).

Nesse sentido, o maior desafio para implantação da prevenção e manejo de quedas nos hospitais e unidades de internação pediátricas é a identificação de um instrumento de avaliação de risco adequado ao perfil dos pacientes da instituição, porquanto a maioria dos instrumentos disponíveis na literatura não apresenta confiabilidade adequada para serem utilizados, tornando imprescindível o gerenciamento de risco à beira leito e a supervisão direta pelos profissionais de saúde e acompanhantes de crianças hospitalizadas (HARVEY et al., 2010; DIGEROLAMO; DAVIS, 2017; KIM; LIM; KIM; LEE, 2019).

A equipe de enfermagem assume, nessa perspectiva, um papel relevante na prevenção das quedas, uma vez que a proximidade com o paciente permite a identificação precoce de situações de risco e favorece o planejamento de ações pelo enfermeiro, em conjunto com a equipe multidisciplinar, com vistas à redução desse incidente que interfere na continuidade do cuidado e na segurança do paciente (HARVEY et al., 2010; SCHAFFER et al., 2011; PASA et al., 2017).

Salienta-se necessário aos profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, se conscientizar dos fatores de risco para quedas em crianças hospitalizadas, para que seja possível identificar e implementar ações baseadas nos riscos avaliados, culminando na melhoria dos processos de trabalho relacionados ao gerenciamento de riscos assistenciais. Os protocolos são, neste contexto, instrumentos que auxiliam no enfrentamento de problemas assistenciais e de gestão, conferindo segurança aos usuários e profissionais de saúde ao minimizar a variabilidade das condutas, apoiar os profissionais na tomada de decisão, melhorando a comunicação e a coordenação do cuidado (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009; PIMENTA et al., 2017; VIEIRA et al., 2019).

Em um programa de gestão de risco em ambiente hospitalar, os indicadores são uma importante ferramenta para comparar resultados e promover modificações, visto que retratam uma evidência dos resultados assistenciais. Portanto, é imperativo identificar os indicadores e como cada um deles será definido e medido. O protocolo

de prevenção de quedas do Ministério da Saúde propõe como indicador de segurança para quedas, o índice de queda, e o define como o número de quedas dividido pelo número de pacientes-dia multiplicado por 1000. O numerador corresponde ao número de quedas e o denominador ao número de pacientes-dia. O uso desses e outros indicadores padronizados pelo Ministério da Saúde torna possível o monitoramento da ocorrência das quedas, a avaliação das intervenções e a comparação os dados entre instituições (ANVISA, 2013; BÃO; AMESTOY; MOURA; TRINDADE, 2019).

Faz-se necessário, ainda, no caso da ocorrência de uma queda, ter desenhado o fluxo de notificação desse incidente e da avaliação e manejo do paciente, a fim de atenuar possíveis danos. Os dados notificados podem gerar informações para identificar padrões e tendências das quedas na instituição, possibilitando a aprendizagem contínua, com enfrentamento dos problemas identificados e adoção de medidas de prevenção e manejo. A notificação é uma ferramenta reativa para a gestão do risco, que depende da mudança de cultura dos profissionais para sua efetivação (BRASIL, 2014).

São diversos os métodos de trabalho usados para construção de protocolos, segundo Pimenta et al. (2017), as etapas para a construção e implementação de um Protocolo Assistencial Baseado em Evidência descritas no “Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem” compreendem identificar e estruturar a dúvida sobre o cuidado; buscar respostas nas fontes de informação; identificar e sintetizar a melhor evidência disponível; construir Protocolo Assistencial; implementar a evidência e avaliar os resultados.

Outrossim, no tocante a elaboração de protocolos assistenciais na enfermagem, a literatura aponta o uso do método de Pesquisa-ação, como método capaz de aproximar o pesquisador da realidade a ser pesquisada e os sujeitos da pesquisa ao objeto de investigação, favorecendo o compartilhamento de saberes, além de tecer uma estrutura relacional entre os sujeitos que integram a realidade a ser transformada, ou seja, o protocolo passa a ser uma produção coletiva, com participação ativa dos profissionais que o utilizarão, o que pode garantir maior comprometimento e êxito na sua execução (LACERDA; COSTERNARO, 2019).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa-ação, enquanto estratégia de interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, possibilitando a convergência entre saberes formais e informais, teoria e prática.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social, com base empírica, realizada através de uma ação ou resolução de um problema coletivo, no qual os participantes da pesquisa e o pesquisador estão envolvidos de maneira cooperativa e participativa, para construir soluções que possam mudar o contexto investigado, por meio do incentivo a uma ação transformadora da realidade (THIOLLENT, 2011).

Na área da saúde e enfermagem, a pesquisa-ação tem sua importância como instrumento, ao mesmo tempo, de educação, investigação e mudança, podendo ser utilizada com diversos grupos: profissionais, gestores, estudantes e população em geral, tanto nas comunidades quanto em instituições (LACERDA; COSTERNARO, 2019).

### **4.2 CAMPO DE ESTUDO**

O campo de estudo da pesquisa foi um hospital público de médio porte, com 249 leitos, referência nas linhas de cuidado Materno-Infantil e de Urgência e Emergência do sudeste do Brasil. O referido hospital possui um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) constituído formalmente em 2014, mas ainda não possui um protocolo de queda específico para pacientes pediátricos. O protocolo em questão é para ser aplicado nos setores de internação pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e maternidade (ESPÍRITO SANTO, 2018).

### **4.3 COLABORADORES DA PESQUISA**

Foram selecionados e convidados a participar da pesquisa, compondo o grupo de

trabalho de prevenção e manejo de quedas pediátricas, enfermeiros dos setores de internação pediátrica, maternidade, UTIN, além de representantes do núcleo de segurança do paciente e da equipe multidisciplinar, conforme relatado abaixo no desenvolvimento da pesquisa.

#### 4.4 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O presente estudo foi fundamentado na perspectiva do referencial teórico da pesquisa-ação, desenvolvido com base nas 12 fases propostas por Thiollent (2011):

I. **Fase exploratória:** Consiste em conhecer o campo de pesquisa, as características dos participantes e suas expectativas referentes à pesquisa, além de realizar o diagnóstico da realidade. Após o levantamento de todas as informações iniciais, são estabelecidos pelos participantes e pesquisadores, os objetivos da pesquisa. Os objetivos devem estar relacionados aos problemas prioritários, ao campo de observação, aos atores e tipo de ação centrado no processo de investigação (THIOLLENT, 2011).

II. **O tema da pesquisa:** Refere-se à definição do problema prático e área de conhecimento a serem abordados. A concretização do tema e seu desdobramento em problemas deve ser realizado em conjunto, entre os participantes e pesquisadores, e a definição necessita ser precisa, sem ambiguidades, tanto empírica quanto conceitual. O tema, geralmente, é definido devido à urgência do problema encontrado na situação. Nesta fase, escolhe-se, também, o marco referencial que norteará a pesquisa (THIOLLENT, 2011).

III. **A colocação dos problemas:** Definição de uma problemática que atribua sentido ao tema escolhido, ou seja, discussão da relevância científica e técnica do tema pesquisado através da análise e delimitação da situação inicial do problema; delineamento da situação final, em função de critérios de desejabilidade e de factibilidade; identificação de todos os problemas a serem solucionados; planejamento das ações correspondentes; execução e avaliação das ações (THIOLLENT, 2011).

IV. **O lugar da teoria:** O projeto da pesquisa-ação deve estar articulado com um referencial teórico adaptado à área de pesquisa, com o objetivo de garantir o rigor

científico e o direcionamento da pesquisa. A linguagem utilizada aos participantes necessita ser acessível e compreendida por todos (THIOLLENT, 2011).

V. **Hipóteses:** Podem ser definidas como suposições formuladas pelo pesquisador para um possível problema em nível observacional; através delas, o pesquisador é capaz de organizar sua pesquisa, identificando as informações necessárias, evitando a dispersão, focalizando determinados segmentos do campo de observação e selecionando os dados. A hipótese deve ser formulada com termos claros e concisos (THIOLLENT, 2011).

VI. **Seminário:** Constituição dos grupos responsáveis pela condução da investigação e pelo conjunto do processo. O Seminário centraliza todas as informações coletadas e discute as interpretações, elabora diretrizes de pesquisa e de ação, que serão testadas na prática dos atores considerados. Assim, o Seminário produz material a partir do conjunto de informações processadas e todas as reuniões e informações são registradas em atas (THIOLLENT, 2011).

VII. **Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa:** A delimitação do campo de observação em que se aplica o tema da pesquisa pode ser concentrada ou espalhada. Quando o tamanho do campo é grande, institui-se a amostragem e representatividade. O tamanho da amostra, a sua representatividade e o cálculo da confiabilidade são realizados a partir de regras estatísticas. E a terceira posição valoriza os critérios de representatividade qualitativa, chamadas de “amostras intencionais”, pessoas selecionadas intencionalmente devido a relevância que apresentam em determinado assunto (THIOLLENT, 2011).

VIII. **Coleta de dados:** As principais técnicas utilizadas são: entrevistas (coletivas e individuais), questionários, observação participante, diários de campo, histórias de vida, técnicas de grupo, como o sociodrama (THIOLLENT, 2011).

IX. **Aprendizagem:** Na pesquisa-ação, a aprendizagem está associada ao processo de investigação que produz conhecimento e pela circulação de informações entre os participantes. Os participantes e pesquisadores trocam experiências nos Seminários, que também podem contar com a contribuição de especialistas técnicos no assunto (THIOLLENT, 2011).

X. **Saber formal/saber informal:** diz respeito à relação entre os saberes dos técnicos pesquisadores e os saberes dos participantes da pesquisa. Quanto melhor



a interação entre estes saberes, maior será a produção do conhecimento (THIOLLENT, 2011).

XI. **Plano de ação:** Consiste na definição dos atores e unidades de intervenção da pesquisa e, da relação entre eles; definição de lideranças, objetivos e estratégias de avaliação; continuidade da ação; participação da população; incorporação das sugestões; e avaliação dos resultados. (THIOLLENT, 2011).

XII. **Divulgação externa:** O retorno da informação deve ser dado aos participantes, primeiramente, em meio compatível com a compreensão dos mesmos. E em seguida, apresentação da dissertação, divulgação dos resultados em congressos, conferências, publicações (THIOLLENT, 2011).

A elaboração do Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas Pediátricas com base nas 12 fases propostas por Thiollent (2011) estão descritas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Etapas metodológicas da pesquisa-ação para a construção do protocolo de manejo e prevenção de quedas pediátricas, baseadas nas 12 fases propostas por Thiollent (2011). Vitória, ES, 2021.

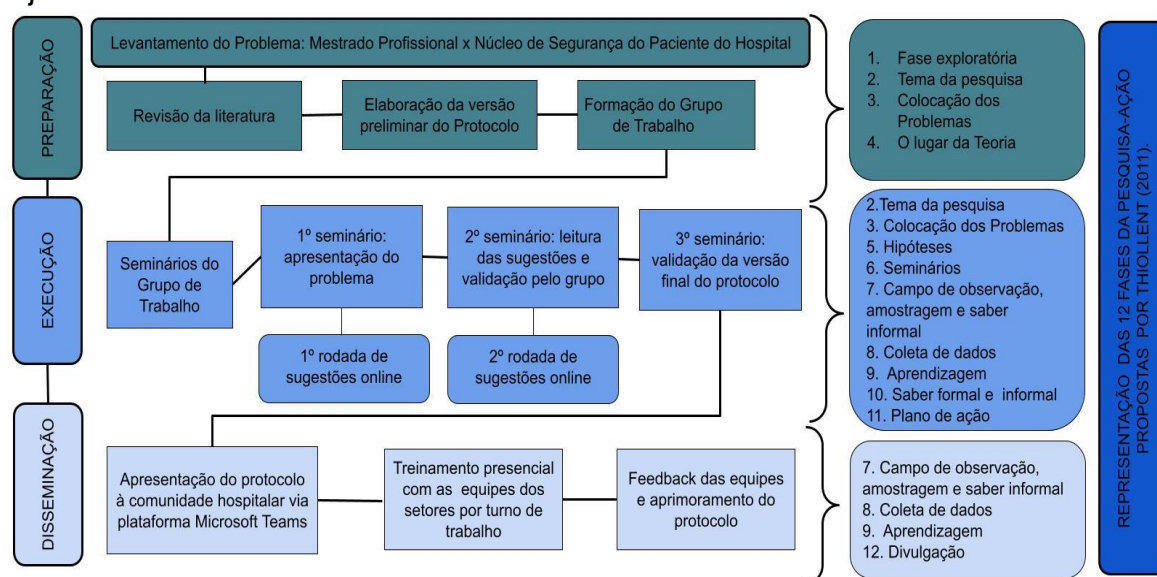
<b>Etapa</b>	<b>Operacionalização</b>
1.Fase exploratória	Levantamento do problema junto ao NSP, revisão da literatura.
2.Tema da pesquisa	Prevenção e Manejo de Quedas Pediátricas definido pela pesquisadora e instituição e subtemas definidos em conjunto com o grupo de trabalho multiprofissional.
3.Colocação dos Problemas	Primeiro seminário: Apresentação dos achados na literatura sobre queda hospitalar pediátrica pela pesquisadora e do panorama das notificações de queda pela representante do NSP.
4. O lugar da Teoria	As políticas e programas sobre segurança do paciente. Utilização de artigos e protocolos de outras instituições para discussão das melhores práticas e evidências com o grupo de trabalho.
5. Hipóteses	Primeiro seminário: levantamento de questões sobre o tema — queda hospitalar pediátrica — e o envio do protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas na sua versão preliminar para análise pelo grupo de trabalho.

6. Seminários	Programação de três seminários presenciais com o grupo de trabalho multiprofissional para prevenção e manejo de quedas pediátricas e duas rodadas de sugestões online.
7. Campo de observação, amostragem e saber informal	Os setores de internação pediátrica, maternidade e UTIN, representados por profissionais atuantes nos respectivos campos e representante do setor de segurança do paciente.
8. Coleta de dados	Sugestões escritas apresentadas pelos representantes do grupo de trabalho durante as rodadas online, além do diário de campo e gravação dos seminários em sistema mp3 para posterior transcrição integral.
9. Aprendizagem	Produto das teorizações e discussões durante as rodadas online e os seminários presenciais com o grupo de trabalho.
10. Saber formal e saber informal	Representado pelas pesquisas, contribuições escritas e discussões com o grupo de trabalho.
11. Plano de ação	Desenvolvido de forma coletiva entre a pesquisadora e o grupo de trabalho.
12. Divulgação externa	Resultado da dissertação apresentado em forma de artigo científico e trabalhos em congressos.

**Fonte:** Adaptada pela autora de Thiollent (2011).

O desenvolvimento da pesquisa-ação ocorreu por meio de um roteiro flexível, levando em consideração as circunstâncias do pesquisador junto às peculiaridades da situação investigada. Esse roteiro é somente um ponto de partida que se inicia na “fase exploratória” e termina na “divulgação dos resultados”. Os temas intermediários da pesquisa não foram organizados numa sequência rígida, o que levou a pesquisadora, para melhor leitura e compreensão metodológica, a agrupar as 12 fases propostas por Thiollent em 3 eixos de ação representados na Figura 1 e descritos abaixo.

**Figura 1** – Percurso metodológico: agrupamento das 12 fases da pesquisa-ação propostas por Thiollent (2011) em três eixos de ação para operacionalização do projeto.



**Fonte:** Elaborado pela autora.

### 1º) Eixo de Preparação:

a) Realização de uma revisão da literatura com o objetivo de identificar as evidências científicas disponíveis acerca dos fatores de risco, medidas de prevenção e instrumentos de gerenciamento do risco de queda em crianças hospitalizadas. Utilizou-se a pergunta norteadora: Como prevenir os acidentes por quedas em crianças hospitalizadas? A busca foi realizada nas bases de dados LILACS — Literatura Latino-americana, do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE — *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, BDEF — Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem e CINAHL Complete — *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, por meio dos sites de busca da BVS — Biblioteca Virtual de Saúde e Periódicos Capes.

Foram escolhidos os descritores *Mesh*: “*Child, Hospitalized*” OR “*Child*”, “*Risk Management*” e “*Accidental Falls*”, com recorte temporal de 10 anos (2010 a 2020), nos idiomas inglês e português. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos que versavam sobre prevenção e manejo de queda da criança hospitalizada no resumo ou assunto. Critérios de exclusão: artigos que tratavam da queda em pacientes adultos ou em ambiente extra-hospitalar, editoriais e reflexões.

Em seguida, foram selecionados também manuais do ministério da saúde, ANVISA

e aqueles desenvolvidos por outras organizações da saúde que poderiam colaborar com a seleção do conteúdo de interesse para auxiliar a construção da primeira versão do protocolo assistencial. Após a revisão, ocorreu a elaboração da versão preliminar do protocolo pela pesquisadora com base nas evidências encontradas para posterior análise, discussão e validação pelo grupo de trabalho.

b) Formação do Grupo de Trabalho de Prevenção e Manejo de Quedas Pediátricas: O tipo de amostragem para formação do grupo de trabalho foi aleatório e intencional, no qual objetivou-se selecionar pessoas com *expertise* no tema investigado (SCARPARO et al, 2012). Os critérios de inclusão utilizados foram: profissionais com mais de três anos de atuação em unidade materno-infantil e / ou *expertise* acerca do tema quedas hospitalares. Quanto aos critérios de exclusão: estar afastado do serviço por motivo de licença ou férias e não participar de três ou mais encontros.

O grupo de trabalho foi formado pela pesquisadora, por representantes da equipe de enfermagem dos setores de internação pediátrica, maternidade e UTIN, por membros da equipe multidisciplinar que atuam nos setores citados, além de um representante do núcleo de segurança do paciente do hospital, selecionados pela técnica “bola de neve”, técnica na qual ao identificar um sujeito que se encaixa nos critérios de elegibilidade necessários para participar do estudo (neste caso o representante do NSP), é solicitado ao mesmo que sugira outros participantes (POLIT; BECK, 2011).

Os participantes receberam uma carta-convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as orientações referentes às etapas da pesquisa. E após aceitar participar da pesquisa, preencheram um formulário para caracterização dos participantes com os seguintes dados: área de atuação, idade, titulação máxima, tempo de formação e de serviço e experiência em elaborar protocolos.

## **2º) Eixo de Execução:**

Depois de formado o Grupo de Trabalho, procedeu-se o primeiro seminário para operacionalizar a estruturação e validação do protocolo.

No primeiro seminário, o Grupo de Trabalho pactuou as atividades e etapas a serem realizadas para o alcance do objetivo de implantar o protocolo. No primeiro seminário, devido ao cenário da pandemia de covid-19, a pesquisadora e os colaboradores, decidiram que para dar celeridade e diminuir o número de encontros

presenciais, as contribuições seriam realizadas de maneira mista, com atividades presenciais e online, sendo o material revisado por e-mail e presencial. Para Scarparo et al. (2012) com a evolução dos tempos, os correios eletrônicos atuam como facilitadores do processo de pesquisa, através da redução do tempo necessário para recebimento e retorno das avaliações, favorecendo a interação entre colaboradores.

O protocolo, então, foi enviado aos integrantes do grupo via e-mail institucional com instruções e um código de cores para incluir ou excluir tópicos. Foi definido pelo grupo uma data limite para devolutiva dos textos, depois os textos foram compilados pelas mediadoras do grupo (a pesquisadora e a representante do NSP) e apresentados no seminário subsequente, com discussão das alterações propostas pelo grupo e validação das informações por consenso.

Segundo Scarparo et al. (2012), o número de rodadas aplicadas aos especialistas pode variar em decorrência da natureza do grupo de participantes, complexidade do assunto e heterogeneidade da amostra; em geral, as pesquisas apresentam de duas a três rodadas, de modo que neste estudo foram necessárias duas rodadas online e três seminários presenciais, para a consolidação e validação do protocolo. Os encontros ocorreram nas dependências do Hospital, gravados para posterior transcrição e documentação pela pesquisadora.

### **3º) Eixo de disseminação:**

A apresentação da versão final do protocolo a toda a comunidade hospitalar foi feita por meio da plataforma *Microsoft Teams* e, com os setores envolvidos na implantação, foram feitos treinamentos presenciais em cada turno de trabalho.

## **4.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram registrados com uso do diário de campo e pela gravação dos seminários em formato mp3. As gravações foram transcritas em ordem cronológica e a análise dos resultados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), aplicada no âmbito da Pesquisa-Ação. Essa modalidade de análise de conteúdo proposta pela autora constitui-se de procedimentos, quais sejam: leitura flutuante; definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto

analisado; determinação das unidades de registro; definição das unidades de significação ou temas; análise das unidades de registro; e análise categorial do texto.

Cada participante foi identificado como participante P, na sequência em que aconteceu (P1, P2, P3, ..., P9), a pesquisadora como PE, e a codificação (...) significa que parte da fala foi omitida.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, sob número CAAE 57930016.0.0000.5060.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo estão apresentados conforme preconiza as Normas de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem — Mestrado Profissional, organizados em duas partes: produção técnica e produção de artigo.

### 5.1 PRODUTO

#### 5.1.1 Produto 1 — Produção Técnica

**Título:** Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas Pediátricas

**Equipe técnica:** Mestranda Geisa Fonseca Rebouças, orientada pelas Professoras Doutoras Cândida Caniçali Primo e Paula de Sousa Silva Freitas.

**Introdução:**

Para o Ministério da Saúde, os protocolos são “recomendações para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica, utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica” (BRASIL, 2014).

A elaboração de um protocolo de manejo e prevenção de quedas pediátricas possibilitou a sistematização das ações embasadas cientificamente, com o estabelecimento de medidas direcionadas tanto para o indivíduo, como para o ambiente e os processos de trabalho, uma vez que a queda é considerada um incidente multifatorial.

**Descrição do Produto:**

Trata-se de uma tecnologia instrucional (protocolo institucional).

**Tipo e Natureza da produção técnica:**

Meio de divulgação: ( ) impresso ( ) meio magnético ( ) meio digital ( ) filme ( ) hipertexto ( ) outro ( x ) vários

**Finalidade do produto:**

Contribuirá para a gestão do risco de queda dos pacientes pediátricos (0 a 18 anos) internados, a partir da padronização das ações e condutas, adoção de medidas

preventivas com base na avaliação de risco individualizada e do envolvimento de usuários, familiares e profissionais no gerenciamento do risco de quedas.

**Registro do produto:**

Sob a forma de documento instrucional na Instituição Hospitalar na qual foi desenvolvido.

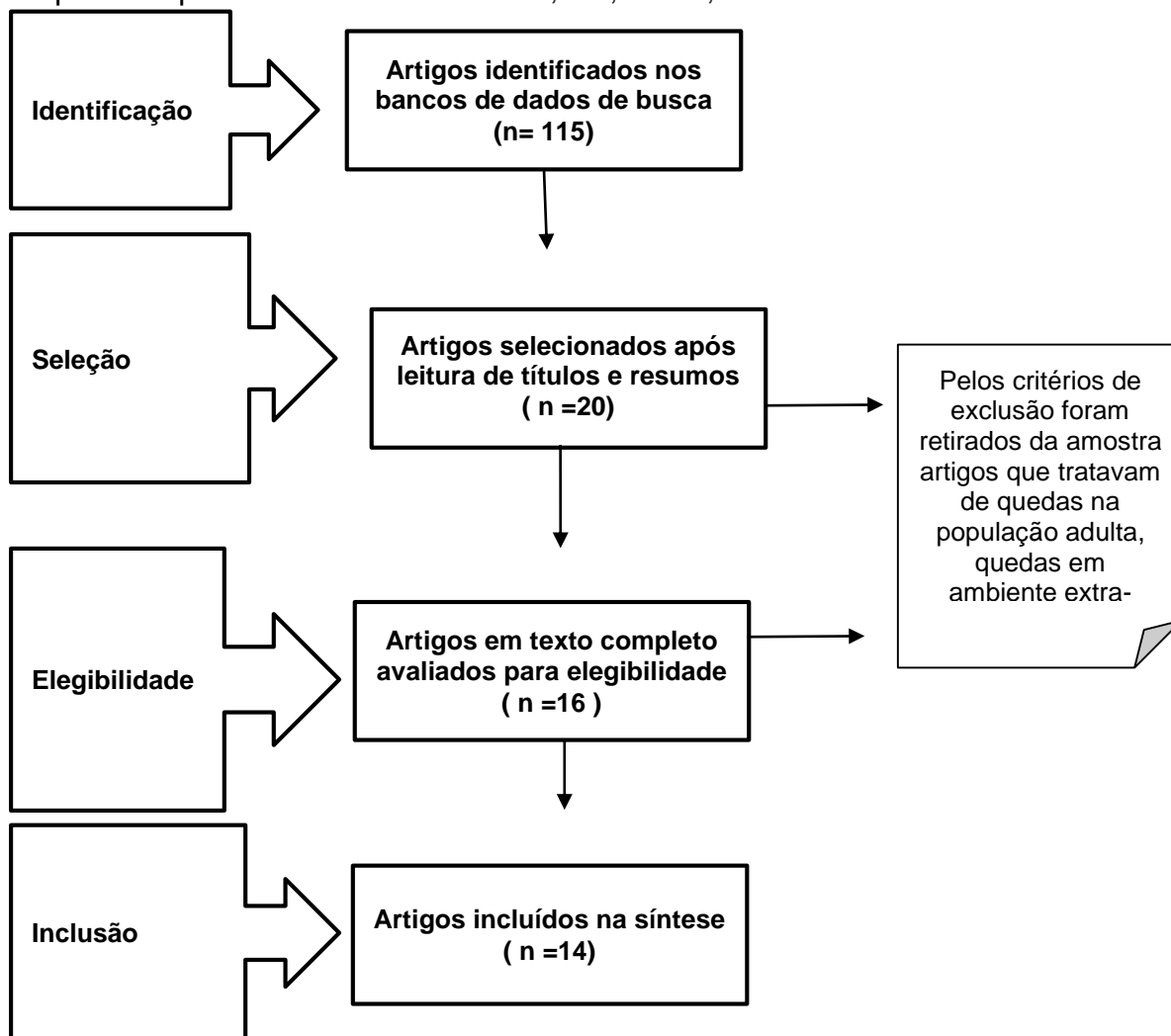
**Desenvolvimento do Produto:**

Para o desenvolvimento do produto, utilizou-se a pesquisa-ação, por meio de um roteiro flexível, levando em consideração as circunstâncias do pesquisador junto às peculiaridades da situação pesquisada. Esse roteiro é somente um ponto de partida que se inicia na “fase exploratória” e termina na “divulgação dos resultados”. Os temas intermediários da pesquisa não foram organizados numa sequência rígida, o que levou a pesquisadora, para melhor leitura e compreensão metodológica, a agrupar as 12 fases propostas por Thiollent (2011) em 3 eixos de ação: a preparação, a execução e a disseminação.

O **Eixo Preparação** envolveu o levantamento do problema — ausência de um protocolo de avaliação do risco e prevenção de quedas para população pediátrica — entre a pesquisadora e a chefia do NSP do hospital. Em seguida, foi realizada uma revisão da literatura, que identificou as evidências científicas disponíveis acerca dos fatores de risco, medidas de prevenção e instrumentos de gerenciamento dos riscos de quedas em crianças hospitalizadas.



**Figura 2** – Fluxograma com a descrição do processo de seleção dos artigos para resposta à questão norteadora. Vitória, ES, Brasil, 2021.



**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Quadro 2** – Síntese das recomendações sobre prevenção e manejo de quedas pediátricas identificadas na revisão de literatura. Vitória, ES, 2021.

Autor / Ano	Objetivos	Recomendações sobre prevenção e manejo de quedas pediátricas
Parker; Kellaway; Stockton, 2020.	Identificar as características das quedas pediátricas em um ambiente de saúde.	Este estudo fornece uma revisão abrangente das características dos eventos de queda em um hospital ao longo de um período de três anos e resume a literatura existente na prevenção de quedas pediátricas. Crianças de 0 a 2 anos caíram com mais frequência, 30,65% foram quedas da cama e 79,84% estavam na presença dos pais. Conclui que a avaliação de riscos e os planos de gestão devem se concentrar na educação, especialmente em torno da segurança da cama e uso apropriado das grades laterais, inclusive na educação de pais e cuidadores.
Vieira et al., 2019.	Investigar as taxas, as características, os fatores associados e as medidas preventivas relacionadas às quedas entre crianças e adolescentes em hospitais	As taxas variaram de 0.6 a 1.7 quedas por 1000 pacientes/dia. Grande parte das quedas ocorrem entre crianças do sexo masculino; com idade inferior a 9 anos. A maioria desses incidentes ocorrem na presença de um adulto. São fatores de risco para a ocorrência de quedas: idade da criança; tempo de internação; hiperatividade; distúrbios hematológicos; quedas anteriores; dimensionamento da enfermagem; escolaridade do

		cuidador e o fato de o mesmo ser tabagista. As medidas preventivas adotadas foram: uso de berço e camas adequados para a idade, avaliação do risco de quedas, intervenções educacionais e uso de identificadores de alerta. A ocorrência de quedas no ambiente hospitalar entre crianças pode estar relacionada a fatores intrínsecos do paciente, do cuidador, ambientais e de organização do cuidado.
Almis et al., 2017.	Avaliar os fatores de risco para quedas relacionados aos cuidadores, em crianças hospitalizadas.	O índice de queda foi de 1,23 / 1.000 pacientes-dia. Houve diferença estatisticamente significativa no risco de queda relacionado a: escolaridade dos cuidadores; hábito de fumar; aumento do tempo de internação (aumentou em 2x o risco de cair). Não houve diferença significativa em relação a idade e sexo das crianças que caíram. A atenção, a concentração, a fadiga e as condições de sono dos cuidadores, o nível de estresse e a ansiedade são os fatores mais importantes que influenciam as quedas pediátricas dos pacientes internados. Isso faz dos cuidadores o fator ambiental mais importante associado às quedas em crianças hospitalizadas.
Ainsworth; Summerlin-Long; Mog, 2016.	Descrever casos de quedas em recém-nascidos, apresentar uma política de prevenção e seu	Uma política de prevenção de quedas foi implementada e orientações como: Não dormir junto; transporte de recém-nascidos apenas em berços; acompanhante com a mulher e o

	<p>impacto na redução das quedas.</p>	<p>recém-nascido durante todo tempo nos casos de a mulher estiver usando analgesia controlada pelo paciente, outros medicamentos sedativos ou em risco de convulsão, além de chamar atenção para a importância da educação da família e da equipe para a prevenção das quedas</p> <p>O estudo concluiu que à medida que os hospitais continuam a dar os passos importantes e necessários para manter as mulheres e os recém-nascidos juntos para encorajar o aleitamento materno e o vínculo, é ainda mais essencial implementar iniciativas que garantam a segurança do recém-nascido e protejam os pais dos danos emocionais que podem resultar das quedas de recém-nascidos.</p>
<p>Kramlich; Dende, 2016.</p>	<p>Explorar a percepção dos profissionais de saúde pediátrica sobre quedas de pacientes; estabelecer consenso sobre o que constitui uma queda pediátrica relatável e desenvolver um programa de redução de quedas e lesões que atendesse</p>	<p>Surgiram três temas principais: características do paciente; características dos cuidadores; características do ambiente. Quedas do desenvolvimento só seriam notificadas caso causasse danos. Com base nos fatores identificados pela equipe foi adotada a Escala <i>Humpty Dumpty</i> para avaliar o risco de queda na instituição.</p>

	as preocupações da equipe.	
Hodges; Gilbert, 2015.	<p>Descrever uma intervenção de queda infantil baseada em evidências projetada e implementada por uma equipe multiprofissional em uma unidade mãe-bebê.</p>	<p>Várias estratégias foram implementadas para reduzir o risco, incluindo: redesenho dos agrupamentos de segurança da unidade para lidar com a falta de conscientização da equipe; implementação do tempo do cochilo da mãe para apoiar a redução da exaustão materna; contratação de estudantes de enfermagem para aumentar a vigilância durante o período de alto risco; desenvolvimento de materiais de educação do paciente para aumentar a conscientização sobre quedas infantis. Uma mudança de cultura ocorreu entre as enfermeiras que trabalham na unidade materno-infantil. O resultado mais significativo dessa mudança de cultura é a segurança aprimorada dos recém-nascidos que recebem cuidados.</p>
Pauley; Houston; Cheng; Johnston, 2014.	<p>Determinar a especificidade e a sensibilidade do <i>Humpty Dumpty Falls Scale</i> (HDFS) na previsão de quedas em crianças hospitalizadas para atendimento de especialidades pediátricas</p>	<p>As descobertas sugerem que o HDFS carece de precisão em pacientes pediátricos especializados. Usar a pontuação de corte do HDFS a partir do escore 12 para indicar um alto risco de quedas nessas crianças produz uma alta taxa de falsos positivos. Os investigadores e a equipe de hospitais especializados em pediatria precisam continuar sua busca por instrumentos e ferramentas válidos que contribuam para a</p>

		redução de quedas.
Rouse; Feche; Prante; Boyd, 2014.	Implementar a <i>Humpty Dumpty Falls Scale</i> (HDFS) como projeto de melhoria em um hospital pediátrico.	A equipe após implementar o HDSF aumentou a conscientização sobre quedas pediátricas, foi estimulada a preencher incidentes para todas as quedas, sendo útil em aumentar a conscientização sobre a população pediátrica em risco de queda.
Fujita; Fujita; Fujiwara, 2013.	Identificar o efeito de medidas de prevenção de quedas e características de enfermarias sobre a taxa de quedas pediátricas.	A taxa de queda pediátrica foi de 1,36 / 1000 pacientes-dia. As instalações eram mais propensas a ter uma taxa de queda menor quando: possuíam tempo de permanência mais longo; compartilhavam informação acerca de pacientes de alto risco e os monitoravam com cuidado; capacitavam enfermeiras novatas e usavam de panfletos para educar pacientes e cuidadores sobre o uso apropriado de grades laterais. As instalações com taxas de queda maiores possuíam sala de jogos; maior proporção de enfermeiros/enfermeiras novatos e cuidadores necessários para a hospitalização. A educação de pais e enfermeiros novatos foi a medida mais eficaz para reduzir as quedas pediátricas.
Lee et al., 2013.	Reduzir a incidência de quedas em pacientes pediátricos	As auditorias pré e pós-implementação mostraram que a presença de um pôster sobre prevenção de quedas para

	<p>internados com idade igual ou inferior a 3 anos, implementando estratégias de prevenção de quedas</p>	<p>lembrar os pais / cuidadores de elevar e travar com segurança as grades do berço em todos os momentos foi eficaz na redução do número de quedas em crianças com 3 anos ou menos. A experiência adquirida com este projeto foi que a comunicação com cada membro da equipe e cuidadores é essencial para implementar a mudança da prática. Como resultado do estudo, o hospital planeja implementar monitoramento constante e lembretes aos enfermeiros e cuidadores para melhorar o cumprimento das medidas recomendadas de prevenção de quedas em um futuro próximo.</p>
<p>Ryan-Wenger; Kimchi-Woods; Erbaugh; LaFollette, Lauren; Lathrop, 2012.</p>	<p>Revisar as evidências teóricas, empíricas e clínicas para apoiar a hipótese de que episódios de quedas em pacientes pediátricos raramente são previsíveis; em vez disso, quedas e lesões relacionadas a quedas ocorrem durante a convergência momentânea de fatores humanos da criança, dos pais e do cuidador e fatores ambientais,</p>	<p>O artigo propõe um modelo interdisciplinar de prevenção de quedas e lesões pediátricas e afirma que a maioria dos episódios de queda não são previsíveis a tempo de evitar que aconteçam, todas as crianças hospitalizadas podem estar em risco de queda, e uma maior ênfase na prevenção ou na minimização de lesões relacionadas a quedas é necessário. Quando ocorrem quedas e quase quedas, as descrições detalhadas dos enfermeiros de cada componente do incidente são essenciais para a descoberta de métodos pediátricos mais eficazes de prevenção de quedas e lesões.</p>

	biomecânicos e do sistema.	
Schaffer et al., 2012.	identificar as características dos pacientes e fatores ambientais relacionados a quedas e lesões em um hospital pediátrico	A prevalência de quedas foi de 0,84 / 1.000 pacientes-dia. 58,5% das quedas resultaram em lesões; 17% necessitaram de tratamento. Das crianças feridas, 83% eram adequadas ao desenvolvimento, 58% estavam no quarto do hospital e cinco caíram da cama. Programas abrangentes de prevenção de quedas são necessários para promover a segurança do paciente. Apontou a necessidade do desenvolvimento de ferramentas de avaliação do risco de queda mais preditivas (a ferramenta desse estudo teve sensibilidade de 44%).
Bagnasco et al., 2010.	A primeira fase pretendeu avaliar as quedas acidentais em crianças hospitalizadas referentes ao triênio 2003-2006, A segunda fase avaliar em um estudo prospectivo, a causa das quedas em crianças no trimestre março-maio de 2007.	A análise de risco provou ser eficaz na prevenção do risco de quedas acidentais em crianças hospitalizadas por meio de comunicação e intervenções educacionais eficazes. A segunda fase do estudo consistiu em dois grupos focais para eventos traumáticos acidentais. A análise dos resultados do estudo evidenciou o quanto a comunicação efetiva é instrumental, não só para melhor conscientizar a criança e seus pais durante a internação, mas também para implementar ações educativas de prevenção para reduzir o risco de acidentes e eventos traumáticos.



Harvey et al., 2010.	Avaliar os instrumentos de avaliação de quedas pediátricas atualmente disponíveis e construir um modelo preditivo de queda e, ao mesmo tempo, avaliar o risco de lesões como um preditor da probabilidade de queda na população pediátrica hospitalizada	Maior tempo de internação, cuidados com sangramento / distúrbios do sangue e problemas de temperamento / comportamento foram preditores significativos de probabilidade de queda. O comprometimento cognitivo ou doença neurológica não foi relacionado a um aumento da probabilidade de queda ou risco de lesão para esta amostra. Mais pesquisas são necessárias para instituir e padronizar avaliações de risco pediátrico de queda e lesão para uso diário.
----------------------	--	---

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Também foram selecionados manuais do ministério da saúde, ANVISA e aqueles desenvolvidos por outras organizações da saúde que colaborassem com a seleção do conteúdo de interesse para a construção da primeira versão do protocolo assistencial.

**Quadro 3** – Protocolos institucionais consultados para construção do protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas. Vitória, ES, 2021.

<b>Protocolo Institucional</b>	<b>Endereço Eletrônico</b>	<b>Escala de Avaliação do Risco de Queda Utilizada</b>
ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. <b>Protocolo Prevenção de Quedas</b> , Anexo 01:12; 2013.	<a href="http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/it em/prevencao-de-quedas">http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/it em/prevencao-de-quedas</a>	Não sugere o uso de nenhuma escala específica
UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. Hospital das Clínicas Prof. Romero Marques. POP: <b>Prevenção de Quedas em Pediatria</b> , p. 1 - 9, Versão 1, 08/2020.	<a href="http://www2.ebserh.gov.br/documents/210672/4823854/POP+UGRA+006+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+QUE">http://www2.ebserh.gov.br/documents/210672/4823854/POP+UGRA+006+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+QUE</a>	Escala Humpty Dumpty
UFC - Universidade Federal Do Ceará. <b>Protocolo de Prevenção de Quedas em Crianças</b> . Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais, outubro, 2016.	<a href="http://www2.ebserh.gov.br/documents/214604/617877/PROTOCOLO+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+QUEDAS+EM+CRIAN%C3%87AS.pdf/7899ddd6-20df-4239-b6cd-fedd37847b04">http://www2.ebserh.gov.br/documents/214604/617877/PROTOCOLO+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+QUEDAS+EM+CRIAN%C3%87AS.pdf/7899ddd6-20df-4239-b6cd-fedd37847b04</a>	Escala desenvolvida pelo serviço.
UFPEL - Universidade Federal de Pelotas. Núcleo De Segurança Do Paciente. <b>Procedimento Operacional Padrão: Reduzir o Risco de Quedas em Pacientes Pediátricos</b> . Dezembro/2017	<a href="http://divenf.heufpel.com.br/wp-content/uploads/sites/8/2017/10/Protocolo-de-preven%C3%A7%C3%A3o-de-quedas-em-pediatria-04.12.pdf">http://divenf.heufpel.com.br/wp-content/uploads/sites/8/2017/10/Protocolo-de-preven%C3%A7%C3%A3o-de-quedas-em-pediatria-04.12.pdf</a>	Escala Humpty Dumpty

Fonte: elaborado pela autora.

Foi elegível como texto base para construção do Protocolo de Manejo e Prevenção de Quedas Pediátricas, o “Protocolo de Prevenção de Quedas”, desenvolvido em conjunto pelo Ministério da Saúde, pela Anvisa e pelo Proqualis/Fiocruz, e aprovado em julho de 2013. O referido protocolo é um documento normativo, baseado em evidências, que orienta as melhores práticas a serem seguidas por profissionais de saúde e gestores, sejam eles do setor público ou privado da saúde e que se mostrou congruente com os achados da literatura.

Posteriormente à fase de pesquisa e leitura dos textos encontrados, foi montada uma versão preliminar do Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas Pediátricas pela pesquisadora. Estruturalmente, o texto foi organizado baseado no modelo fornecido pela própria instituição para construção de protocolo.

Após a construção do texto preliminar do protocolo, foi formado um Grupo de Trabalho, com o objetivo de dar validade e adequar as ações do protocolo à realidade da instituição. Os participantes do grupo foram selecionados de maneira aleatória e intencional pela técnica bola de neve. Fizeram parte do grupo a pesquisadora, um representante do NSP e representantes da equipe multiprofissional, entre eles: 01 enfermeiro do setor de pediatria, 01 enfermeiro da maternidade e 01 enfermeiro da UTIN, 01 farmacêutico, 01 fisioterapeuta, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional e 01 médico pediatra, totalizando 10 membros permanentes.

Quanto à caracterização do grupo, a idade média dos integrantes foi de 35,6 anos; em relação à titulação máxima, 44,4% tinham especialização (pós-graduação lato sensu e/ou residência), 33,3% mestrado e 22,2% possuíam doutorado. A média de tempo de término da graduação foi de 13 anos, 66,6% possuíam mais de 5 anos de prática na área materno-infantil e os outros 33,3% possuíam *expertise* no desenvolvimento de protocolos institucionais de gestão de risco.

No **Eixo Execução** procedeu-se o envolvimento dos profissionais do hospital na construção coletiva da ferramenta de gerenciamento do risco de queda. Essa construção ocorreu durante três seminários presenciais e duas rodadas on-line. Durante as rodadas online, foi enviado aos participantes do grupo de trabalho o texto preliminar do protocolo e um código de cores para que usassem ao fazer inclusões ou exclusões no texto. Os participantes do grupo tiveram a oportunidade de discutir com seus pares e sugerir alterações nas rodadas online. Foi fixada uma data para

devolução dos textos às mediadoras, que compilavam as alterações e enviavam aos colaboradores antes dos seminários presenciais.

Nos seminários presenciais, as sugestões compiladas eram apresentadas ao grupo com auxílio de um *datashow*, seguida de discussões acerca do tema até que fosse alcançado o consenso. A descrição de todas as atividades realizadas para a construção do protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas estão no quadro 4.

**Quadro 4** – Descrição das atividades do Eixo Execução para construção do protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas. Vitória, ES, 2021.

Encontro	Atividades e ações
<p><b>1º seminário:</b> Data: 01 de junho de 2021. Duração: 1 hora e 10 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos participantes do grupo de trabalho.</li> <li>- Apresentação do problema, do tema da pesquisa e dos dados encontrados na literatura pela pesquisadora.</li> <li>- Apresentação dos dados sobre quedas do hospital pela representante do NSP.</li> <li>- Apresentação do protocolo preliminar.</li> <li>- Estabelecimento de um cronograma de trabalho.</li> </ul>
<p><b>1º rodada online:</b> Envio: 01 de junho de 2021. Devolução: 24 de junho. Reenvio das compilações: 28 de junho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envio de questionário via e-mail para caracterização do grupo de trabalho.</li> <li>- Envio por e-mail da versão preliminar do protocolo elaborado pela pesquisadora para apreciação e considerações pelo grupo.</li> <li>- Devolução no dia 24 de junho das alterações realizadas pelos integrantes do GT.</li> <li>- Compilação dos dados pelas mediadoras e envio no dia 28 de junho aos participantes para apreciação e posterior discussão em grupo.</li> </ul>
<p><b>2º seminário:</b> Data: 01 de julho de 2021. Duração: 1 h e 11 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitura do texto com as alterações sugeridas.</li> <li>- Discussão e aprovação por consenso das alterações.</li> <li>- Construção da 2ª versão do protocolo.</li> </ul>
<p><b>2ª rodada online:</b> Envio: 05 de julho de 2021. Devolução: 10 de julho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reenvio ao grupo de trabalho do texto aprovado para novas considerações.</li> <li>- Devolução no dia 10 de julho das alterações</li> </ul>

Reenvio das compilações: 12 de julho.	realizadas pelos integrantes do GT. - Compilação dos dados pela pesquisadora e envio aos participantes no dia 12 de junho para apreciação e posterior discussão em grupo. - Confeção da versão final do protocolo pela pesquisadora e dos infográficos por um designer.
<b>3° seminário:</b> Data: 15 de julho de 2021. Duração: 30 minutos	- Discussão e aprovação por consenso do texto final do protocolo e anexos. - Exposição, para ciência e aprovação pelo grupo, dos slides a serem apresentados à comunidade hospitalar referente ao protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas.

**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora.

A partir dessas atividades do eixo Execução foi elaborada a versão final do protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas, produto da colaboração da equipe multiprofissional durante o processo de pesquisa-ação.

O conteúdo do protocolo, bem como seu embasamento teórico é discutido a seguir e o protocolo na íntegra apresentado no Apêndice E.

Inicialmente foram explorados tópicos introdutórios como: “Área Responsável” (Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais); “Abrangência” (população pediátrica e neonatal); “Conceitos” sobre quedas — incluindo o conceito de queda adotado pelo Ministério da Saúde, a incidência das quedas pediátricas; a classificação das quedas; os fatores de risco para queda relacionados no protocolo do MS; as características inerentes a população pediátrica e neonatal que podem predispor a ocorrência de queda e os objetivos, em seguida, procedeu-se a “Descrição” das ações do protocolo propriamente.

A ações de prevenção e manejo de queda descritas no protocolo têm como base a avaliação do risco de queda, a implementação das ações de prevenção e educação do paciente e acompanhante, além de relacionar as condutas no caso de ocorrência de uma queda e as atribuições de toda equipe multiprofissional e dos responsáveis pelo paciente pediátrico a partir da admissão.

**Quanto a avaliação do risco de queda:**

Quanto a avaliação do risco de queda, foi usado no protocolo, a escala *Humpty Dumpty Falls Scale* (HDFS) como instrumento para estratificar o risco. Sua escolha se deu devido ao seu uso prevalente nos estudos revisados, nos protocolos institucionais consultados, por ser a que mais se adequa ao perfil da população pediátrica do hospital, bem como por ser a única escala passando por processo de tradução, adaptação e validação de suas propriedades de medida para uso no Brasil (FUJITA; FUJITA; FUJIWARA, 2013; BORDALO; CALDEIRA, 2013; BRÁS; QUITÉRIO; NUNES, 2020).

A HDSF deverá ser aplicada na admissão e diariamente para avaliação do risco de queda de todos os usuários com idade entre 0 a 18 anos, sugere-se que o paciente seja reavaliado em casos de transferência de unidade, mudança de quadro clínico e surgimento de fatores predisponentes. Criada por Hill Rodrigues et al. em 2009, a escala HDSF resultou da análise dos dados de 153 crianças que sofreram queda durante os anos de 2005-2006, em um estudo realizado pelo *Miami Children's Hospital*.

Esse instrumento avalia sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; fatores ambientais; reação a cirurgia/sedação/anestesia; e uso de medicamentos. Após a avaliação dos riscos, a escala classifica os pacientes com alto risco de queda ou baixo risco de queda, segundo a pontuação obtida. A soma das pontuações atribuídas a cada um dos 7 itens (mínima 7 e máxima 23) definirá o grau de risco de queda da criança, pacientes com pontuação igual ou superior a 12 são considerados de alto risco para quedas (HILL-RODRIGUEZ et al, 2009).

É necessário lembrar, que o uso do instrumento de avaliação para risco de queda em pediatria, não dispensa a necessidade do melhor julgamento clínico do enfermeiro a beira leito e que a maioria das escalas de avaliação de risco pediátricas carecem de boa especificidade, porém tanto o processo de implantação, como o uso desses instrumentos acabam por promover educação dos profissionais acerca dos fatores de risco para queda e possibilitam que estratégias para minimizar os fatores e comportamentos de risco sejam adotadas (HILL-RODRIGUEZ et al, 2009; KRAMLICH; DENDE, 2016; DIGEROLAMO; DAVIS, 2017).

Neste protocolo, o enfermeiro é o profissional responsável por avaliar o risco para queda, na admissão e diariamente, por meio da aplicação da HDSF, todo paciente pediátrico é classificado como em risco de queda, e um protocolo padrão, com medidas de prevenção para queda pediátrica, é implementado de acordo com o risco avaliado, portanto, medidas de prevenção básicas são implementadas mesmo para crianças de baixo risco. Para facilitar o correto preenchimento da escala, foi criado uma calculadora eletrônica no diretório da qualidade do hospital (Figura 3), acessado de qualquer computador da rede, além de ser confeccionado um impresso com explicações acerca de cada item da escala (APÊNDICE E).

**Figura 3** – Calculadora disponível no diretório da Qualidade para cálculo numérico da escala *Humpty Dumpty*. Vitória, ES, 2021.

Escala de Humpty-Dumpty	
Item	Pontos
<b>1. Idade</b>	
Menos de 03 anos	4
<b>2. Sexo</b>	
Masculino	2
<b>3. Diagnóstico</b>	
Alterações de oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3
<b>4. Fatores Ambientais</b>	
Criança que deambula	1
<b>5. Medicação Utilizada</b>	
Outros medicamentos/nenhum	1
<b>6. Deficiências Cognitivas</b>	
Não consciente de suas limitações	3
<b>7. Cirurgia/Sedação/Anestesia</b>	
	= FALSO
<b>Total</b>	<b>14</b>
<b>RISCO ALTO</b>	

**Fonte:** Diretório da Qualidade. Intranet, HUCAM/EBSERH/UFES.

Foi criado um espaço no formulário padrão de Admissão do Paciente, bem como no formulário de Avaliação Diária de Enfermagem para registro do valor número e da estratificação (baixo ou alto) do risco de queda, ademais o registro numérico também foi inserido na aba Controles do Módulo Enfermagem do prontuário eletrônico e é visível por todos os profissionais ao consultarem o prontuário do paciente, conforme ilustrado na Figura 4.

**Figura 4** – Página do AGHU com espaço para anotação do índice numérico da escala nos controles do paciente. Vitória, ES, 2021.

The screenshot shows the AGHU interface with a patient monitoring table. The table has the following columns: Ações, Horários, Tax, FC, FR, PS, PD, SO2, P, BRADEN-Q, GLASGLOW, SCP - DINI, NÍVEL DOR, and Humpty Dum. The 'Humpty Dum' column contains the value '15' for the entry dated 06/11/21 10:00, which is circled in red.

Ações	Horários	Tax	FC	FR	PS	PD	SO2	P	BRADEN-Q	GLASGLOW	SCP - DINI	NÍVEL DOR	Humpty Dum
	06/11/21 11:00												
	06/11/21 10:50				157	114							
	06/11/21 10:00								25	15	18	0	15
	06/11/21 09:21	36,2	95	22	155	115	99	10400					
	06/11/21 09:00												
	06/11/21 04:00				152	113							
	05/11/21 21:43												

Tempo de Sessão: 00:29:51

**Fonte:** Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU.

Apesar do protocolo de prevenção de quedas apresentar uma abordagem multiprofissional, a maioria de suas ações é realizada pela equipe de enfermagem, que permanece maior tempo em cuidado direto ao paciente. Diante desse cenário, a enfermagem exerce papel fundamental e norteador na prevenção desse incidente, sendo o Processo de Enfermagem um aliado na implementação de ações preventivas e intervenções efetivas. Portanto, foi orientado aos enfermeiros inserir no módulo Prescrição de Enfermagem o Diagnóstico de “Risco de Queda” e as intervenções com base nas ações de prevenção mais relevantes elencadas no protocolo para todos os pacientes com alto risco.

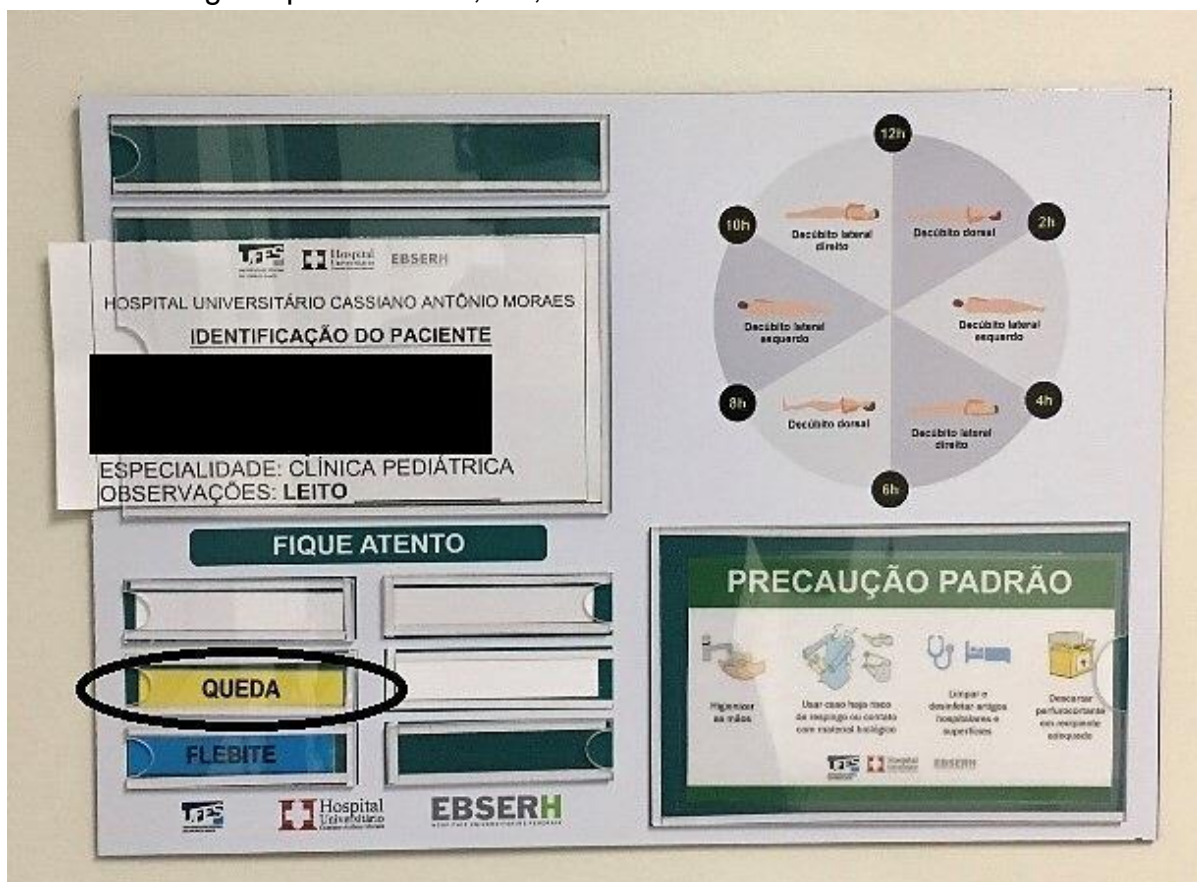
Neste contexto, os diagnósticos de enfermagem, entendidos como interpretações científicas dos dados coletados, orientam o planejamento e a implementação das intervenções de prevenção, para a obtenção dos melhores resultados, além de se



constituírem em elementos fundamentais para a assistência de enfermagem baseada em evidências, considerando as necessidades e a segurança dos pacientes (BARROS et al., 2015).

Todo paciente pediátrico é classificado como em risco de queda neste protocolo, portanto, mantém-se a “tag” queda na placa de identificação dos riscos assistenciais à beira leito para todos os pacientes, conforme a Figura 5.

**Figura 5** – Placa de Identificação e Gerenciamento dos Riscos Assistenciais a Beira Leito com a tag de queda. Vitória, ES, 2021.



**Fonte:** Enfermaria da Pediatria do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - HUCAM, fotografado pela autora.

No entanto, para sinalizar aqueles de maior risco, foi criado pelo Grupo de Trabalho uma “Placa de Identificação de Leito do Paciente com Alto Risco de Queda” (Figura 6), que além de sinalizar o risco, elenca orientações para prevenção do incidente. Os estudos apontam para a necessidade dos pacientes de alto risco receberem algum tipo de sinalização visual, no leito, no prontuário e/ou no próprio paciente (HILL-RODRIGUEZ et al, 2009; JAMERSON et al., 2014). Outro estudo demonstrou, que os mecanismos de alerta de risco podem diminuir a ocorrência de lesões relacionadas a quedas (JAMERSON et al., 2014).

**Figura 6** – Placa de Identificação de Leito do Paciente com Alto Risco de Queda. Vitória, ES, 2021.



**Fonte:** Conteúdo elaborado pelo grupo de trabalho em queda e ilustrações por uma designer gráfica.

No caso de pacientes recém-nascidos, neste protocolo, todos são classificados como em alto risco de queda. Corroborando com nosso estudo, Carr et al. (2019), ao descrever uma abordagem multifacetada para abordar as quedas de recém-nascidos durante a hospitalização, também identificam todos os recém-nascidos como em alto risco de quedas.

Foi a faixa etária pediátrica que mais obteve inclusões ao texto final, inclusive com preocupações acerca da prevenção de fatores de risco para queda relacionadas à puérpera, uma vez que, em geral, a maioria das quedas do recém-nascido ocorrem quando a mãe segura o bebê no colo. Embora incomum, a ocorrência de queda de recém-nascidos é um evento grave, sua prevenção faz-se necessária por meio de práticas de sono mais seguras e melhorias na infraestrutura de apoio às mães, com um atendimento mais centrado no paciente (HODGES; GILBERT, 2015; LOYAL et al., 2018).

**Quanto às ações de prevenção e manejo de queda:**

As ações gerais de prevenção, aplicáveis a todos os pacientes, independente do risco, foram pontuadas, como a criação de um ambiente hospitalar mais seguro - pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados e movimentação segura dos pacientes, relacionadas no protocolo do MS e na literatura revisada.

Foi elaborado também um quadro síntese, com base no modelo apresentado no protocolo do MS, com medidas específicas de prevenção de quedas relacionadas aos riscos identificados, reestruturado conforme as sugestões do Grupo de Trabalho e às necessidades da população pediátrica do hospital que emergiram durante as rodadas online e/ou as discussões durante os seminários.

As medidas específicas de prevenção relacionadas no protocolo dizem respeito a:

- Acomodação e repouso: a literatura aponta ser imperativo adequar o leito ao tamanho da criança, sua fase de desenvolvimento e condições clínicas como indicado no protocolo, uma vez que, a cama ou berço aparece como principal local de queda para crianças e o leito materno ou poltrona do acompanhante para recém-nascidos em diferentes estudos. Esses dados apontam para a necessidade de que os planos de avaliação e gerenciamento do risco devam se concentrar na educação em torno da segurança do leito. Outrossim, crianças menores de três anos devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima, com exceção das crianças sem mobilidade, estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável, enquanto as maiores de três anos devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas. (CHILD HEALTH CORPORATION OF AMERICA, 2009; ANVISA, 2013; JAMERSON et al., 2014; FRANCK et al., 2016; LOYAL et al., 2018; PARCKER; KELLAWAY; STOCKTON, 2019).

- Mobilidade e Transporte: O status de mobilidade do paciente também foi levantado como fator de risco, e ações de prevenção relacionadas foram listadas, porém um estudo revelou que quanto às características do desenvolvimento motor dos pacientes que caíram, 86% das crianças possuíam desenvolvimento apropriado para a idade, 70% apresentavam marcha estável e 66% deambulavam de forma independente, o que nos alerta para a importância de classificar todas as crianças

como de risco (mesmo que baixo) e de implementar medidas de prevenção para todas (JAMERSON et al., 2014). Quanto ao transporte, assim como os leitos, devem ser adequados à idade e condições clínicas da criança. Aquelas menores de 6 meses devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas, entre 6 meses e 36 meses em maca acompanhada do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação, ou em cadeira de rodas no colo do responsável e a partir dos 36 meses em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (CHILD HEALTH CORPORATION OF AMERICA, 2009; ANVISA, 2013).

- Higiene e Conforto: Este tópico chama atenção para os cuidados de prevenção durante os cuidados de higiene, principalmente quanto à importância de uma das grades do berço/cama elevados durante as trocas de fralda ou roupa, uso de chinelos antiderrapantes, acomodação de crianças com urgência acerca das eliminações próximo ao banheiro e avaliação da necessidade de acompanhante durante o uso do banheiro ou agendamento dos cuidados de higiene (CHILD HEALTH CORPORATION OF AMERICA, 2009; ANVISA, 2013).

- Cirurgia/ Sedação/ Anestesia: Foram descritas orientações sobre cirurgia/sedação/anestesia que versam principalmente sobre medidas de prevenção de queda para pacientes no pós-operatório. Schaffer et al. (2011) explorou fatores relacionados à cirurgia/sedação/anestesia, e dos 31 eventos de queda em que uma criança foi ferida, 19,4% receberam sedativos nas 4 horas anteriores a queda, 25% das crianças que sofreram queda com lesão foram submetidos à cirurgia/anestesia, porém 75% destas ocorreram 24 horas após o procedimento.

- Medicamentos: O uso de medicamentos que predisõem ao risco de queda ao alterar a mobilidade e o equilíbrio deve ser observado pelo enfermeiro ao aplicar a escala na admissão e por toda equipe multiprofissional (em especial farmacêuticos e médicos), a fim de implementar medidas para minimizar os riscos para o paciente, seja através da reconciliação medicamentosa e/ou da comunicação do risco ao paciente e família. A escala HDSF relaciona as classes de medicamentos sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos como de risco para queda (HILL-RODRIGUEZ et al, 2009; ANVISA, 2013).

- Ambiente: Quanto às ações voltadas para a criação de um ambiente seguro, foram relacionadas ações como: iluminação adequada, corredores livres de obstáculos, uso de vestuário e calçados adequados e orientação aos profissionais, pais/cuidadores, em especial sobre o uso apropriado as grades laterais por todos os cuidadores (ANVISA, 2013; PARKER; KELLAWAY; STOCKTON, 2020). Os pais/cuidadores foram considerados por Almis; Bucak; Konga; Turgut (2016), como o fator ambiental mais importante na prevenção de quedas pediátricas, para os autores, o nível de estresse, a atenção, a fadiga, o nível educacional, hábitos (como tabagismo) e as condições de sono, são fatores que influenciam a ocorrência de quedas de crianças hospitalizadas. Os hospitais que possuíam uma brinquedoteca apresentaram uma taxa maior de quedas nos estudos de Fujita; Fujita; Fujiwara (2013). É preciso educar pais e profissionais para manter vigilância constante sobre as crianças, mas o risco de queda em ambiente hospitalar não deve ser um empecilho ao seu lazer, relatam os autores.

- Diagnóstico: Outros fatores de risco para queda que devem ter atenção da equipe de cuidado é o diagnóstico da criança, no estudo realizado por Hill-Rodriguez et al. (2009), verificou-se que a maioria das quedas ocorreu em crianças internadas com diagnóstico de doença neurológica (como convulsões), doenças respiratórias (como asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos). Condições como hiperatividade/déficit de atenção e transtorno desafiador opositivo também devem ser levados em consideração. Um estudo caso-controle que explorou cinco instrumentos de avaliação de queda pediátrica nos EUA, pontuou que pacientes pediátricos com problemas de temperamento apresentaram nove vezes mais chance de cair, portanto, o temperamento da criança (incapacidade de permanecer na cama e seguir instruções) devem ser relatos na admissão segundo os autores (HARVEY et al., 2010)

- Fatores cognitivos: Ao considerar a criança quanto aos fatores cognitivos pretende-se avaliar suas limitações e a consequência dos seus atos, seja relacionado a desorientação, a idade, a fase de desenvolvimento, ao diagnóstico, etc., considerando a necessidade de vigilância adequada dos pacientes que apresentem comportamentos de risco (HILL-RODRIGUEZ et al, 2009; ANVISA, 2013).



### Quanto a educação do paciente e/ou acompanhante:

Neste tópico foram listadas orientações ao paciente e à família sobre a prevenção de quedas e sobre a necessidade de relatar à equipe de saúde quando esse incidente ocorrer, uma vez que a maioria das crianças apresenta um adulto presente no momento da queda nos dados coletados por estudos diversos, o que evidencia a necessidade de priorizar a educação de pais e acompanhantes quanto à prevenção de ocorrência desse tipo de incidente (JAMERSON et al., 2014; GONZALEZ; HILL-RODRIGUEZ; HERNANDEZ et al., 2016; PARKER; KELLAWAY STUBS; SIKES, 2017; STOCKTON, 2019).

Foi criado um “Cartaz de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar” fixado em placa de acrílico em todas as enfermarias e unidades de atendimento a pacientes pediátricos e neonatos, como mostrado na Figura 7.

**Figura 7** – Cartaz de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar. Vitória, ES, 2021.



**Fonte:** Conteúdo elaborado pelo grupo de trabalho em queda e ilustrações por designer gráfica.

No estudo de Harvey et al. (2010), o tempo de internação foi preditor da ocorrência de queda, que foi mais comum entre três a oito dias após admissão, o que aponta para a necessidade de reforçar as orientações no decorrer da internação, inclusive nos casos de troca de acompanhante e na presença de visitantes. O referido formulário serve de instrumento de orientação e alerta aos pais e acompanhantes no momento da admissão e durante todo período de internação.

Foi produzido também um “Folheto de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar” (APÊNDICE E), para uso durante a orientação de pais/acompanhantes. A criança/família deve ser informada do risco de queda e educada em vários momentos da internação, para isso, metodologias de transmissão da informação diversas e não apenas a verbal deverão ser utilizadas.

Segundo Fujita, Fujita, Fujiwara (2013), foram encontradas taxas menores de queda em unidades que partilharam informações com pacientes de alto risco e que usaram um panfleto informativo para educar crianças e cuidadores sobre o uso adequado grades laterais de berços e camas.

Além disso, foi elaborado, um “Termo de Responsabilidade Compartilhada para Risco de Queda Pediátrica em Ambiente Hospitalar” a ser assinado pelo responsável da criança na admissão após fornecidas as orientações pela equipe de saúde. No decorrer da pesquisa surgiu a necessidade de criar também um “Termo de Responsabilidade Compartilhada para o Risco de Queda - Maternidade” que atendesse ao binômio mãe-bebê, relacionando algumas orientações direcionadas a prevenção de quedas também à gestante e/ou puérpera (APÊNDICE E).

Destarte, os fatores maternos como parto cesáreo, mobilidade prejudicada em razão da anestesia, história de abuso de substâncias, ingestão de opiáceos durante internação, exaustão materna (particularmente no segundo e terceiro dia pós-parto) contribuem para o aumento do risco de quedas em recém-nascidos. Circunstâncias de quedas de recém-nascidos relacionadas a gestão do cuidado também devem ter atenção, como: durante o parto - ao escorregar das mãos do profissional que assiste o parto; durante o transporte - quando levado nos braços, na ocorrência de um tropeço do adulto e conseqüente queda do recém-nascido; durante a pesagem - ao cair da balança, da cadeira ou do assento (HODGES; GILBERT, 2015; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016).

Por conseguinte, devido às especificidades encontradas no alojamento conjunto em relação aos fatores de risco para queda, foi elaborado um panfleto para uso na maternidade, que atendesse às orientações de prevenção de quedas relacionados aos riscos materno e neonatal, ilustrado na Figura 8.

**Figura 8** – Folder de Orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar – Maternidade. Vitória, ES, 2021.

**PREVENÇÃO DE QUEDAS NA MATERNIDADE**

**O que é uma queda?**  
É a situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão, ou a algum plano mais baixo em relação a sua posição inicial. É um evento indesejável que pode causar desconforto e, em casos mais graves, pode ocasionar algum tipo de lesão. Portanto, conhecer os fatores de risco que aumentam o risco de queda e as medidas de prevenção é fundamental.

**Conheça os fatores que aumentam o risco de queda das mulheres na maternidade:**

- Histórico de quedas anteriores;
- Diagnóstico e/ou mudança do estado de saúde, por exemplo, ocorrência de convulsões, agitação, febre, vômitos etc.;
- Histórico de tontura, vista escura, pressão baixa e desmaios;
- Problemas psiquiátricos, depressão, esquecimento, confusões, desorientações ou intensa inquietude;
- Fraqueza muscular, problemas articulares ou deformidades nos pés;
- Dificuldades visuais e/ou auditivas;
- Ausência de acompanhante para auxiliar a mãe nos cuidados com o recém-nascido;
- Uso de equipamentos de auxílio para deambular (bengalas, muletas, andadores) ou cadeira de rodas;
- Uso de medicamentos e/ou drogas ilícitas que agem no sistema nervoso ou provoquem sono, visão embaçada, tontura, pressão baixa, vertigem, fraqueza nas pernas, entre outros;
- Paciente que não consegue controlar a vontade de urinar ou evacuar;
- Paciente e/ou acompanhante com desatenção, cansaço, privação do sono, estresse, entre outros.

**Como você pode ajudar a prevenir uma queda?**

**Recém-nascido**

- Segurar o recém-nascido com cuidado e firmeza;
- Enrolar o recém-nascido no cueiro para dar banho;
- Não dormir com o recém-nascido no colo;
- Solicitar ajuda da enfermagem ou do acompanhante durante a amamentação e cuidados com o recém-nascido, caso seja necessário;
- Transportar o recém-nascido no berço.

**Mãe**

- Dormir obrigatoriamente na cama;
- Chamar a equipe de enfermagem, se houver dificuldade de locomoção e mobilização, ou se precisar de ajuda para dar o primeiro banho do recém-nascido;
- Permanecer com o acompanhante/ou enfermagem ao transitar pelas dependências do hospital;
- Levantar com cuidado da cama, principalmente no pós-parto;
- Ir para o banho após o parto somente com supervisão da enfermagem.

**E se uma queda acontecer?**  
Comunique imediatamente à equipe de enfermagem para que o paciente seja avaliado.

Obrigado por ler até aqui! Lembre-se: a sua colaboração na prevenção de quedas é muito importante! Caso ainda tenha dúvidas, pergunte à nossa equipe. O Hucam agradece.

Logos: UFES, Hospital Universitário, EBSERH, CUIDARTECH.

**Fonte:** Conteúdo elaborado pelo grupo de trabalho em queda e ilustrações por designer gráfica.

A ênfase dada, no decorrer do protocolo, aos processos de educação e comunicação entre os profissionais, paciente e família, a partir da utilização de ferramentas diversas como o uso da escala de avaliação de risco, sinalização visual do risco, cartazes, panfletos, anotação no prontuário físico e eletrônico e orientação verbal, chamam atenção para a necessidade de estratégias padronizadas e informatizadas, bem como da participação de todos os atores envolvidos no cuidado, para o desenvolvimento de melhorias para a segurança do paciente pediátrico por meio de uma comunicação efetiva, visando a promoção da cultura de segurança do paciente (BIASIBETTI et al., 2019).



Um programa de prevenção de quedas conseguiu sustentar e melhorar seus resultados ao dar ênfase à educação continuada da enfermagem e da equipe interdisciplinar para fornecer orientações semanais consistentes aos familiares sobre prevenção de quedas. Houve uma redução de 50% das quedas na presença de familiares pós-intervenção (STUBBS; SIKES, 2017).

### **Quanto às atribuições da equipe:**

As atribuições, competências, responsabilidades da equipe envolvida no cuidado ao paciente direta ou indiretamente são identificados neste tópico, cada profissional relacionou as ações que considerava exequíveis para sua função dentro da realidade da instituição. Apesar do enfermeiro ser responsável pela avaliação do risco na admissão e diariamente, toda equipe deve contribuir na manutenção de um ambiente seguro, na identificação de sinais de risco de queda, reforçando as orientações descritas no protocolo ao paciente e acompanhante, registrando a conduta terapêutica em prontuário e comunicando caso ocorra uma queda de paciente (ANVISA, 2013).

No entanto, apesar dos esforços de toda equipe, poderão ocorrer casos de queda, e quando ocorrerem, o profissional deverá saber manejar adequadamente este incidente. No protocolo foram elencadas ainda “Medidas de Manejo no Caso de Ocorrência de Quedas”, porquanto, a detecção precoce e o adequado tratamento de quaisquer lesões sofridas podem afetar os resultados de forma crítica. Entre as ações de manejo da queda presentes neste protocolo estão a avaliação imediata do paciente pela equipe assistencial a fim de mitigar os danos, o registro adequado do evento em prontuário e a notificação do mesmo (HEALEY et al., 2011; MELLO; ÉVORA; GARCIA et al., 2014).

No estudos revisados, Jamerson et al. (2014) aponta que 32% dos pacientes que caíram apresentaram lesões porém, apenas duas quedas resultaram em um aumento no tempo de permanência, nenhum resultou em invalidez permanente ou morte; já Schaffer (2011) encontrou uma taxa de lesão em 58,5% das crianças que caíram, sendo 77,4% lesão leve, 22,6% moderada e nenhuma grave.

A notificação é uma das medidas mais importantes quando ocorrem quedas, uma vez que permite a caracterização retrospectiva do incidente, de forma a existir

reestruturação contínua das medidas de prevenção e melhoria das condições de segurança, um *scoping review* sobre as intervenções de enfermagem na prevenção de quedas da criança hospitalizada, chama atenção para a baixa taxa de notificação da ocorrência de quedas e salienta que os próprios enfermeiros assumem que essa intervenção muitas vezes não é realizada (BRÁS; QUITÉRIO; NUNES, 2020).

O “Monitoramento” será realizado pelo índice de quedas [(nº de eventos / nº de pacientes-dia)]; proporção de pacientes com avaliação do risco de queda realizada na admissão; número de quedas com dano; número de quedas sem danos. O acompanhamento desses indicadores poderá permitir a detecção de falhas e a implantação de melhorias no processo de trabalho (PIMENTA et al., 2017; BRASIL 2017).

Por fim, a elaboração do “Fluxograma do protocolo de prevenção e manejo de queda pediátrica” presente no protocolo, objetivou apresentar uma visão global do processo, uma vez que, os fluxogramas são representações gráficas que subsidiam a avaliação e a tomada de decisão sobre determinado assunto (PIMENTA et al., 2017).

Ao finalizar o processo de Execução, passou-se para a última fase da pesquisa-ação (THIOLLENT, 2011): a divulgação externa dos resultados. Essa fase foi realizada durante o Eixo Disseminação, que ocorreu no período de 26 a 28 de junho por meio da plataforma Microsoft Teams, em 8 encontros com duração média de uma hora. A figura 8 retrata a convocação feita pelo Núcleo de Segurança do Paciente da instituição para a realização do treinamento.

Durante esses encontros virtuais, foi divulgado a toda comunidade hospitalar o protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas. Ao todo, 250 profissionais da equipe multidisciplinar de saúde de todas as unidades de internação do hospital participaram como ouvintes dessa educação remota.


Posteriormente, o NSP reproduziu todo material educativo e exemplares da escala para disponibilizar nos setores e foi realizado uma capacitação com os profissionais das unidades de internação pediátricas (Pediatria, Maternidade e UTIN), mediadas pela pesquisadora e pela representante do NSP, para apresentar o protocolo e seus anexos e iniciar a implantação propriamente dita. Os encontros ocorreram nos setores em ambos os turnos de trabalho e se caracterizou como espaço de

discussão e troca de saberes com a equipe acerca dos riscos e medidas de prevenção. O feedback das equipes ajudará no aprimoramento futuro do instrumento de gestão do risco de queda e novas aproximações com o tema deverão ser realizadas para a efetiva consolidação da implantação da ferramenta.

**Figura 9** – Convite para o treinamento em Prevenção e Manejo de Quedas. Vitória, ES, 2021.

## CONVOCAÇÃO TREINAMENTO

Atualização em Prevenção de Riscos Assistenciais  
MÓDULO 1 - PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS



- 1

DATA: 26/07/2021 à 29/07/2021  
1º Horário: 10h00 às 11h00    **OU**  
2º Horário: 14h00 às 15h00  
**PLATAFORMA TEAMS**
- 2




Na data e horário combinados, entrar no Teams, utilizando o link do horário desejado (abaixo).  
*Atenção: Usar seu login e senha de rede do hospital.*
- 3

Link para acessar direto para a reunião:  
Link 1º horário (10h): [clique aqui](#)  
Link 2º horário (14h): [clique aqui](#)

Público alvo:  
Profissionais, residentes e  
alunos

Serão certificados somente os participantes tenham obtido a frequência mínima de 75% (setenta e cinco por cento). Este capacitação é o primeiro módulo de um total de quatro a serem realizados até 12/2021.

Sua participação é fundamental para promovermos um cuidado seguro e livre de INCIDENTES.

**Fonte:** Núcleo de Segurança do Paciente - HUCAM/EBSERH/UFES.

### 5.1.2 Produto 2 — Artigo Científico

ARTIGO - Revista Gaúcha de Enfermagem

**GESTÃO DE RISCOS: ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE  
PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS**

**RISK MANAGEMENT: PREPARATION AND IMPLEMENTATION OF A  
PROTOCOL FOR THE PREVENTION AND MANAGEMENT OF PEDIATRIC  
FALLS**

**GESTIÓN DE RIESGOS: ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO  
PARA LA PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE CAÍDAS PEDIÁTRICAS**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Descrever o processo de elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas. **Método:** Pesquisa-ação desenvolvida em um hospital público do sudeste do Brasil, com 10 membros da equipe multidisciplinar dos setores de pediatria, maternidade, terapia intensiva neonatal, e do núcleo de segurança do paciente. Para elaborar o protocolo realizou-se revisão de literatura, três encontros com o grupo e duas rodadas online. Para implantação foi realizado treinamento online para todos os profissionais e iniciado o uso do protocolo nos setores. **Resultados:** O protocolo é destinado a crianças de 0 a 18 anos. Foram elaborados materiais educativos e definiu-se a escala Humpty Dumpty Falls Scale para avaliação do risco de queda. **Conclusão:** O processo foi realizado de forma coletiva e participativa. O protocolo e os materiais educativos padronizam as condutas baseada nas melhores evidências e envolvem usuários, familiares e profissionais na gestão do risco de queda.

**Palavras-chave:** Acidentes por quedas. Criança hospitalizada. Gestão de riscos. Enfermagem pediátrica. Protocolo clínico.

## ABSTRACT

**Objective:** Describing the process of elaboration and implementation of a protocol for the prevention and management of pediatric falls. **Method:** Action-research developed in a public hospital in southeastern Brazil, with 10 members of the multidisciplinary team from the sectors of pediatrics, maternity, neonatal intensive care, and the patient safety center. In order to elaborate the protocol, a literature review was carried out, three meetings with the group and two online rounds. For implementation, online training was carried out for all professionals and the use of the protocol was started in the sectors. **Results:** The protocol is intended for children aged 0 to 18 years. Educational materials were developed and the Humpty Dumpty Falls Scale was chosen to assess the risk of falling. **Conclusion:** The process was carried out in a collective and participatory way. The protocol and educational materials standardize behavior based on the best evidence and involve users, family members and professionals in managing the risk of falling.

**Keywords:** Accidental Falls. Child, hospitalized. Risk Management. Pediatric Nursing. Clinical Protocol.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el proceso de elaboración e implementación de un protocolo para la prevención y manejo de caídas pediátricas. **Método:** Investigación-acción desarrollada en un hospital público del sureste de Brasil, con 10 integrantes del equipo multidisciplinario de los sectores de pediatría, maternidad, cuidados intensivos neonatales y centro de seguridad del paciente. Para la elaboración del protocolo se realizó una revisión de la literatura, tres reuniones con el grupo y dos rondas online. Para su implementación, se realizó una capacitación en línea para todos los profesionales y se inició el uso del protocolo en los sectores. **Resultados:** El protocolo está destinado a niños de 0 a 18 años. Se desarrollaron

materiales educativos y se definió la escala Humpty Dumpty Falls Scale para evaluar el riesgo de caídas. **Conclusión:** El proceso se llevó a cabo de manera colectiva y participativa. El protocolo y los materiales educativos estandarizan el comportamiento en base a la mejor evidencia e involucran a los usuarios, familiares y profesionales en el manejo del riesgo de caídas.

**Palabras-clave:** Accidentes por caídas. Niño hospitalizado. Gestión de riesgos. Enfermería pediátrica. Protocolo clínico.

## INTRODUÇÃO

A hospitalização da criança é marcada por um processo de afastamento do ambiente familiar, social e afetivo, para um ambiente diferente do seu cotidiano, pela ausência de atividades recreativas usuais, submissão a procedimentos invasivos que podem causar desconforto e dor, que aliados a processos de cuidados muitas vezes inseguros podem levar a ocorrência de incidentes diversos, entre eles a queda <sup>(1,2)</sup>.

As quedas na infância são mais comuns em menores de três anos de idade. O mecanismo de queda pode mudar de acordo com a faixa etária da criança e sua fase de desenvolvimento: em bebês, podem ocorrer quedas ao rolar da cama, engatinhar, ou cair do colo do cuidador; em crianças na idade escolar, as quedas podem acontecer quando começam a explorar o mundo que as cerca, nessa fase, a criança já tem mais mobilidade, no entanto ainda não tem tanta firmeza em seus movimentos e por vezes não sabe reconhecer perigos; e com os adolescentes ao hesitar em pedir ajuda como por exemplo para ir ao banheiro ou ao apresentar comportamentos desafiadores que possam predispor a ocorrência de queda <sup>(3,4,5)</sup>.

Ao se tratar de quedas pediátricas intra-hospitalares, além da idade, fatores intrínsecos como o sexo (masculino), o status de mobilidade na admissão, o histórico anterior de quedas, certas condições de saúde, como convulsões e o uso de alguns medicamentos; e fatores extrínsecos como o envolvimento dos pais na cultura de segurança e as condições ambientais - uso de mobiliário inadequado a idade, piso molhado, todos desempenham um papel no aumento do risco de quedas pediátricas nos hospitais <sup>(4,5,6,7)</sup>.

Em geral, todas as crianças são consideradas com risco de queda, e em alguns casos, as quedas são vistas como um evento normal no processo de desenvolvimento da criança. Essas particularidades podem levar a uma subnotificação dos casos de queda em pediatria, principalmente quando não chegam a causar danos. No entanto, ao classificar todas as crianças com risco de cair, sem estratificar esse risco, pode-se também dificultar concentrar esforços de prevenção naquelas que realmente possuem um alto risco de queda e lesão <sup>(7,8)</sup>.

Uma revisão integrativa da literatura encontrou uma variação na prevalência de quedas pediátricas de 0,6 a 1,7 casos de quedas por 1.000 pacientes/dia nos estudos revisados <sup>(8)</sup>. Quatro categorias de quedas são descritas em crianças hospitalizadas: quedas no desenvolvimento, quedas acidentais, quedas fisiológicas imprevistas e quedas fisiológicas previstas <sup>(7,9)</sup>. Alguns estudos apontam predominância de quedas fisiológicas previstas em crianças, portanto passíveis de ações de prevenção para evitar ou mesmo minimizar os danos relativos à queda <sup>(10,11)</sup>.

Neste contexto, a partir da vivência da autora no setor de pediatria e da necessidade da instituição em construir e implantar um protocolo de queda voltado para o público pediátrico, surgiu a proposta de elaboração dessa tecnologia, que além de atender a uma prerrogativa do Programa Nacional de Segurança do Paciente, é um instrumento que confere maior segurança ao usuário e ao profissional de saúde ao minimizar a variabilidade das condutas e apoiar a tomada de decisão baseada em evidências.

Diante do exposto, emergiu a seguinte questão norteadora: Como implantar as melhores evidências para prevenção e manejo de queda em pediatria? Esta pesquisa teve como objetivo de estudo: descrever o processo de elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas.

## MÉTODO

Pesquisa-ação operacionalizada pelas 12 fases descritas por Thiollent <sup>(12)</sup> e agrupadas pela pesquisadora em 3 eixos de ação: 1. Eixo da Preparação - revisão de literatura, elaboração do protocolo preliminar e formação do grupo de trabalho; 2. Eixo da Execução - reestruturação e aprovação do protocolo de prevenção e manejo de quedas pelo grupo de trabalho e 3. Eixo da Disseminação - reprodução das informações contidas no protocolo à comunidade hospitalar e treinamento das equipes in loco, por turno de trabalho.

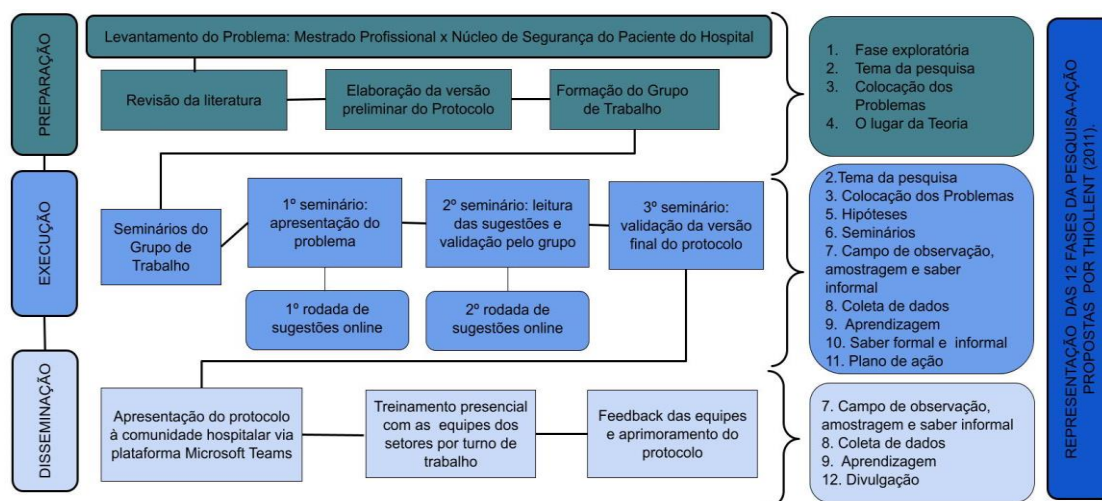


Figura 1. Percurso metodológico: agrupamento das 12 fases da pesquisa-ação propostas por Thiollent (2011) em três eixos de ação para operacionalização do projeto.

O estudo foi desenvolvido durante o ano de 2021, em um hospital de médio porte da rede pública do Espírito Santo, com 249 leitos, referência nas linhas de cuidado Materno-Infantil e de Urgência e Emergência. O protocolo em questão foi elaborado para os setores de internação pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e maternidade.



A revisão de literatura utilizou a pergunta norteadora: Como prevenir os acidentes por quedas em crianças hospitalizadas? A busca foi realizada nas bases de dados LILACS - Literatura Latino-americana, do Caribe em Ciências da Saúde, MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, BDENF - Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem e CINAHL Complete - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, por meio dos sites de busca da BVS - Biblioteca Virtual de Saúde e Periódicos Capes.

Os descritores Mesh escolhidos foram: (“Child, Hospitalized” OR “Child”) AND (“Risk Management”) AND (“Accidental Falls”), com recorte temporal de 10 anos (2010 a 2020), artigos nos idiomas inglês e português. Os critérios de inclusão foram: artigos que versavam sobre prevenção e manejo de queda da criança hospitalizada no resumo ou assunto. Critérios de exclusão: artigos que tratavam da queda em pacientes adultos ou em ambiente extra-hospitalar, editoriais e reflexões.

Na revisão foram identificados 115 artigos e após aplicar os critérios de inclusão e exclusão permaneceram 14 artigos para leitura completa. E também foram selecionados manuais do Ministério da Saúde, ANVISA e outros materiais desenvolvidos por organizações de saúde que colaborassem com a seleção do conteúdo para a construção da primeira versão do protocolo.

Para compor o grupo de trabalho, foram convidados um representante do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do hospital, enfermeiros dos setores envolvidos e representantes da equipe multiprofissional. O tipo de amostragem para formação do grupo de trabalho foi aleatório e intencional, no qual objetivou-se selecionar pessoas com expertise no tema investigado e/ou experiência em pediatria. Os participantes receberam uma carta-convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as orientações referentes às etapas da pesquisa.

O grupo de trabalho foi formado por 10 membros, sendo composto pela pesquisadora, um representante do NSP, três enfermeiros (pediatria, UTIN, maternidade) e representantes da equipe multiprofissional, entre eles: farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional e médico pediatra. A idade média dos integrantes foi de 35,6 anos, em relação a titulação máxima, 44,4% tinham especialização (pós-graduação lato sensu e/ou residência), 33,3% mestrado e 22,2% possuíam doutorado. A média de tempo de término da graduação foi de 13 anos, 66,6% possuíam mais de 5 anos de prática na área materno-infantil e os outros 33,3% possuíam expertise no desenvolvimento de protocolos institucionais de gestão de risco. A produção dos dados ocorreu no período de janeiro a julho de 2021. Foram realizados 03 seminários presenciais - com duração média de 1 hora - e 02 rodadas on-line, mediados pela pesquisadora e pela representante do NSP.

Os dados foram registrados com uso de diário de campo e pela gravação das reuniões em formato mp3. As gravações foram transcritas em ordem cronológica e a análise dos resultados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo de Bardin, aplicada no âmbito da Pesquisa-Ação <sup>(13)</sup>. Cada participante foi identificado como participante P, na sequência em que aconteceu (P1, P2, P3, ..., P9), a pesquisadora como PE, e a codificação (...) significa que parte da fala foi omitida.

Por fim, ocorreu a disseminação, que resultou na apresentação da versão final do protocolo a comunidade hospitalar por meio da plataforma Microsoft Teams e nos setores envolvidos na implantação foram feitos treinamentos presenciais em cada turno de trabalho.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, sob número CAAE 57930016.0.0000.5060.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O processo de elaboração, aprovação e implantação do protocolo foi organizado em três eixos de ação: preparação, execução e disseminação.

A Preparação envolveu o levantamento do problema, a partir da necessidade da instituição de melhoria contínua nos processos de segurança e qualidade, identificados inicialmente pela pesquisadora e equipe do NSP. Após a leitura dos textos encontrados na revisão foi escolhido o “Protocolo de Prevenção de Quedas”, desenvolvido em conjunto pelo Ministério da Saúde, pela Anvisa e pelo Proqualis/Fiocruz <sup>(14)</sup> como texto base para construção preliminar do protocolo.

O Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas Pediátricas foi estruturado conforme modelo fornecido pela própria instituição e aborda tópicos introdutórios como: área responsável; abrangência e conceitos. Depois descreve as ações de manejo e prevenção de quedas pediátricas que tem como base a avaliação do risco de queda, a educação do acompanhante e paciente e a implementação das ações de prevenção que serão uma atribuição de toda equipe multiprofissional e dos responsáveis pelo paciente pediátrico a partir da admissão. O protocolo também traz as condutas de manejo no caso de ocorrência de queda (atendimento inicial, notificação e registro), o monitoramento através de indicadores e um fluxograma das ações de avaliação do risco de queda pediátrica da admissão a alta do paciente.

A avaliação dos fatores de risco para queda por meio de protocolos, auxilia a tomada de decisão, permite direcionar intervenções preventivas aos pacientes corretos, facilita o planejamento do atendimento e promove uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e entre os locais de atendimento <sup>(15)</sup>. Isso inclui o planejamento de ações de prevenção para quaisquer riscos encontrados, bem como o planejamento das ações acerca dos riscos pessoais de um paciente que podem não ter sido capturados pela ferramenta em uso <sup>(7)</sup>.

No processo de Execução houve o envolvimento dos profissionais do hospital na construção coletiva do protocolo de queda, considerando não só os dados coletados na literatura, mas também a rotina das equipes, a estrutura física das unidades, os recursos humanos disponíveis e a realidade local. Estes aspectos foram levantados durante as discussões grupais e a definição de consensos foi fundamental para que o protocolo fosse elaborado de forma exequível.

No primeiro seminário procedeu-se a apresentação dos participantes do grupo de trabalho; apresentação do problema, do tema da pesquisa e dos dados encontrados na literatura pela pesquisadora; apresentação dos dados sobre quedas no hospital pela representante do NSP; apresentação do protocolo preliminar; discussão da escala a ser escolhida e acordo acerca do método de trabalho em grupo e cronograma dos próximos seminários.

Para organizar as ações de manejo e prevenção do protocolo foi escolhida uma escala de avaliação do risco de queda pediátrica. A escala escolhida pelo grupo foi a Humpty Dumpty Falls Scale (HDFS) devido seu uso prevalente nos estudos revisados, nos protocolos institucionais consultados, bem como por ser a única escala validada e traduzida para língua portuguesa de Portugal e em fase de tradução e validação no Brasil <sup>(3,16,17)</sup>.

A escala HDSF foi criada por Hill Rodrigues e colaboradores, em 2009. Esse instrumento avalia sete itens: idade; sexo; diagnóstico; deficiências cognitivas; fatores ambientais; reação a cirurgia/sedação/anestesia; e uso de medicamentos. Após a avaliação dos riscos, a escala classifica os pacientes com alto risco ou baixo risco de queda, segundo a pontuação obtida <sup>(3)</sup>.

Além das intervenções sugeridas pela escala Humpty Dumpty, outras medidas de prevenção específicas relacionadas a fatores de risco para queda pediátrica foram pontuadas com base no protocolo de prevenção de quedas do Ministério da Saúde, na literatura revisada e adaptados pelo grupo de trabalho a realidade da instituição, a partir das discussões do conteúdo durante os seminários.

Devido a pandemia de covid-19, a pesquisadora e os colaboradores, decidiram no primeiro seminário, que para dar celeridade e diminuir o número de encontros presenciais, as contribuições seriam realizadas de maneira mista, com atividades presenciais e online, sendo o material revisado por e-mail e presencial.

O protocolo preliminar foi enviado por e-mail aos participantes do grupo na primeira rodada online. As inclusões, exclusões e sugestões ao texto preliminar do protocolo foram então realizadas pelo grupo e devolvidos via e-mail às mediadoras, as informações recebidas foram compiladas e apresentadas no seminário subsequente para discussão e validação das alterações por consenso.

No segundo seminário, realizou-se a leitura do texto com as alterações sugeridas; discussão e validação por consenso das alterações; construção da 2ª versão do protocolo. Durante a segunda rodada online houve o envio da 2ª versão do protocolo por e-mail aos participantes do grupo; recebimento das alterações e compilação dos dados recebidos pelas mediadoras, reenvio aos participantes para apreciação e posterior discussão em grupo.

No terceiro seminário ocorreu leitura das alterações sugeridas em grupo, em especial dos anexos; aprovação por consenso do texto final do protocolo; exposição para ciência e aprovação pelo grupo dos slides a serem apresentados no treinamento para a comunidade hospitalar referente ao protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas.

A partir da análise do conteúdo dos seminários, foram estabelecidas duas categorias que nortearam a elaboração do protocolo, dando significado e aproximando o protocolo da realidade institucional.

### **Categoria 1 - Fatores de risco e medidas de prevenção e manejo de quedas:**

A prevenção e manejo adequado das quedas no ambiente intra-hospitalar é um evento multifatorial, sendo um desafio para a equipe de saúde. Portanto, a gestão do risco de queda deve ser abrangente e multifacetada, enfatizando a avaliação de risco individualizada, o envolvimento de usuários, familiares e profissionais no gerenciamento do risco, com o estabelecimento de medidas direcionadas para o indivíduo, para o ambiente e para os processos de trabalho, adotando medidas que visem minimizar ou eliminar possíveis complicações inerentes a este incidente, uma vez que a queda é considerada um incidente multifatorial <sup>(14)</sup>.

Uma revisão integrativa da literatura agrupou as ações mais recomendadas para prevenção de quedas pediátricas: 1) uso de berço e camas adequados para a idade; 2) avaliação do risco de queda sempre que houver mudanças no quadro clínico, transferência entre setores ou realização de procedimentos cirúrgicos; 3) orientação dos cuidadores; 4) supervisão da criança com alto risco de queda; 5) uso de identificadores que alertem quanto ao alto risco de queda e 6) capacitação dos profissionais recém admitidos na instituição <sup>(8)</sup>. Esses achados corroboram com as discussões que emergiram nos seminários e com as ações que foram descritas no protocolo, conforme descrito a seguir.

A cama ou berço aparecem como principal local de queda para crianças e o leito materno ou poltrona do acompanhante para recém-nascidos em diferentes estudos, e foi também o maior foco de preocupação dos participantes do grupo de trabalho, conforme os extratos de falas <sup>(18)</sup>, <sup>19)</sup>.

*Eu abri (a grade) para manipular (a criança), eu não posso me afastar. (P5)*

*Elas (as mães) dormem na cama com o bebê e eu fico pensando, e se ela rolar? (P4)*

*E as poltronas? Porque as mães gostam de dormir com as crianças nas poltronas da pediatria. (P3)*

Esses dados apontam para a necessidade de que os planos de avaliação e gerenciamento do risco devam se concentrar na educação em torno da segurança do leito <sup>(19)</sup>.

Os comportamentos inseguros durante as ações de higiene e conforto também foram relatados e as medidas específicas de prevenção descritas no protocolo:

*Às vezes a mãe está dando banho, deixa a toalha longe e sai de perto da criança para pegar. (P7)*

No caso de recém-nascidos embora a causa principal esteja relacionada à queda dos braços dos pais, outras circunstâncias também foram expostas durante os seminários:

*A mãe chegou em trabalho de parto e pediu para ir ao banheiro, quando ela chegou no quarto o bebê nasceu e caiu, sorte que ela estava agachada e a queda foi de pequena altura. (P9)  
Teve um bebê da UTIN que precisava descer para fazer uma ultrassonografia transfontanela e desceu com a mãe, e a médica para poder colocar o aparelho no bercinho, colocou o bebê no colo da mãe, a mãe teve uma crise convulsiva e caiu a mãe e o neném. (P3)*

Emergiram durante os seminários relatos acerca dos cuidados durante uso do espaço da brinquedoteca do hospital e esses cuidados foram incluídos no protocolo como medidas específicas de prevenção relacionadas ao ambiente:

*A gente não deixa ficar na brinquedoteca sem acompanhante até 13 anos. (P5)  
A brinquedoteca não é lugar de deixar a criança sozinha, é lugar de todos estarem juntos. (P5)*

Outro assunto que norteou a reformulação das medidas específicas de prevenção de quedas em pediatria foi a necessidade de responsabilizar todos os envolvidos no cuidado à criança (pais e/ou responsáveis e o profissional de saúde):

*É direito (Lei 8.069/90) da criança e adolescente ter acompanhante em tempo integral durante a internação, não sendo esta uma obrigatoriedade aos pais. O perfil do paciente do hospital nem sempre permite a presença integral de pais ou responsáveis. Considero importante a orientação aos responsáveis da criança, porém acho necessário partilhar a responsabilidade com a instituição sobre o cuidado da criança na ausência do responsável. (P7)  
Muitas vezes a queda está ocorrendo não relacionada à infraestrutura, mas à supervisão, essa semana foi por grade abaixada. (P9)*

Quanto às atribuições e competências da equipe multiprofissional foi discutido sobre o que seria factível a cada profissional realizar em relação a prevenção dos acidentes por quedas, a fim de aproximar a realidade do hospital:

*A gente (terapeuta ocupacional) não atende só por parecer, mas por busca ativa. (P6)*  
*O protocolo é uma contribuição de todos, mas o eixo principal dele é conduzido pela enfermagem, que é o profissional que está 24 horas à beira do leito. (P9)*

Os programas de prevenção que contaram com o envolvimento dos profissionais de saúde na sua elaboração e implantação, descreveram excelentes resultados <sup>(20, 21)</sup>. Apesar do enfermeiro ser responsável pela avaliação do risco na admissão e diariamente, toda equipe deve contribuir na manutenção de um ambiente seguro, na identificação de sinais de risco de queda, reforçando as orientações ao paciente e acompanhante <sup>(14)</sup>.

Um programa de prevenção de quedas conseguiu sustentar e melhorar seus resultados ao dar ênfase à educação continuada da enfermagem e da equipe interdisciplinar para fornecer orientações semanais consistentes aos familiares sobre prevenção de quedas. Houve uma redução de 50% das quedas na presença de familiares pós-intervenção <sup>(20)</sup>.

### **Categoria 2 - Educação acerca da prevenção de quedas pediátricas**

A educação acerca da prevenção de quedas pediátricas deve abranger o profissional, o paciente e o acompanhante. Na discussão dos seminários emergiu a necessidade sinalização à beira leito dos pacientes de alto risco, como já é utilizado no hospital nos setores de internação para adultos. Assim, foi confeccionado a “Placa de Identificação de Leito do Paciente com Risco Alto de Queda” (Figura 2), que além de sinalizar o risco, elenca orientações para prevenção do incidente. Sobre o uso de sinalização a beira leito emergiram os seguintes relatos:

*Como profissional, por mais que tenha uma poluição visual, nos comunica muito, às vezes vou em um atendimento que ainda não consegui discutir com a equipe e as placas nos ajudam (...) passou a comunicar muito melhor. (P6)*  
*Acho que a placa não deve sair porque ela é autoexplicativa. (P9)*



Foram produzidos também três formulários de orientação para prevenção de quedas pediátricas em ambiente hospitalar para uso durante a orientação de pais/acompanhantes. O primeiro formulário, em forma de cartaz, foi fixado em placa de acrílico nas enfermarias com instruções sobre prevenção de quedas, disponível para orientação de crianças e responsáveis independente do risco avaliado (Figura 3).



Figura 2. Placa de Identificação de Leito do Paciente com Risco Alto de Queda.



Figura 3. Cartaz de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar. Vitória, ES, 2021.

O segundo formulário, foi produzido em forma de panfleto e será entregue em mãos a criança, pais e/ou responsáveis, com orientações sobre fatores de risco para queda, além de medidas de prevenção e manejo (Figura 4). Durante a construção do referido material os participantes discutiram sobre alguns aspectos:

*(...) tem muitos pacientes e familiares que não tem instrução nenhuma e que precisamos explicar mostrando a gravura, ela pode chegar num usuário que antes a gente não conseguia tocar. (P6)*

*Mas para criança, a mãe gosta de ter alguma coisa para ler. (P2)*

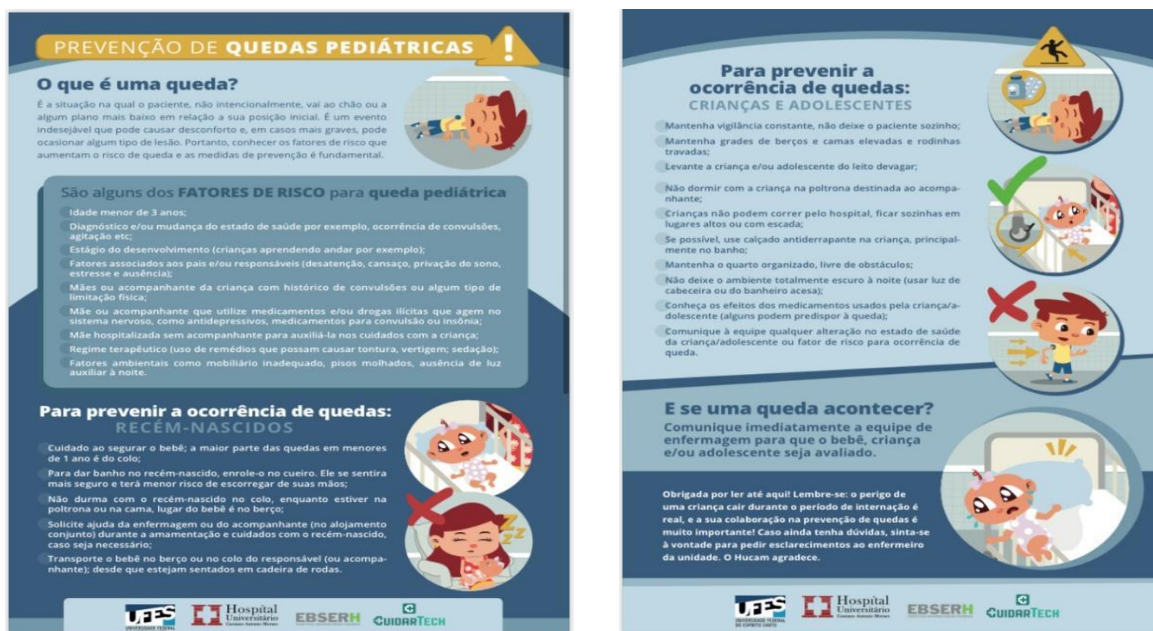


Figura 4. Folder de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar. Vitória, ES, 2021.

Surgiu durante as discussões, a necessidade de elaborar um Termo de Responsabilidade Compartilhada e um folheto educativo que atendesse as especificidades encontradas na maternidade – para prevenir a queda em recém-nascidos, faz-se necessário também, alertas acerca do risco materno, conforme ilustrado na Figura 5.



Figura 5. Folder de Orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar - Maternidade. Vitória, ES, 2021.

No momento da queda, a maioria das crianças tem um adulto presente, o que evidencia a necessidade de priorizar a educação de pais e acompanhantes quanto à prevenção de ocorrência desse tipo de incidente na admissão e durante toda a internação<sup>(10, 19,20)</sup>. Estudos encontraram taxas menores de queda em unidades que compartilharam informações com pacientes de alto risco e que usaram um panfleto informativo para educar crianças e cuidadores sobre o uso adequado de grades laterais de berços e camas<sup>(16, 21)</sup>.

Portanto, neste protocolo, também foi apresentado um “Termo de responsabilidade compartilhada para risco de queda pediátrica em ambiente hospitalar” a ser assinado pelo responsável da criança na admissão após fornecidas as orientações pela equipe de saúde.

*Você utiliza aquele instrumento (o termo de responsabilidade compartilhada) quando você orientou, documentou e ele está assinando, então, é porque (o paciente e família) recebeu todas aquelas orientações. (P4)*

*A orientação ao paciente e acompanhante e essa documentação não exclui nossa responsabilidade civil, penal e administrativa em relação a uma queda, ela só documenta o processo de orientação. (P9)*

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas, e por isso, este protocolo compreende o conhecimento dos fatores de risco, a identificação destes fatores por meio de uma escala, a implementação de medidas de segurança e a orientação aos acompanhantes responsáveis. Os processos da gestão de riscos, segundo a norma ISO 31000:2009, envolvem princípios básicos entre os quais destacam-se a transparência, a participação dos atores interessados, a integração plena nos processos da organização e sua avaliação permanente, para que se assegure sua adaptabilidade e utilidade<sup>(23)</sup>.

Após elaboração da redação final e aprovação pelo grupo de trabalho, procedeu-se à disseminação por meio da divulgação a toda comunidade hospitalar dos conceitos básicos contidos no protocolo utilizando a plataforma Microsoft Teams. Essa divulgação ocorreu em 8 encontros remotos, com duração de 1 hora cada. Também foi realizado treinamento presencial às equipes dos setores de internação pediátrica, UTIN e maternidade, sendo feito um treinamento a cada turno de trabalho, momento em que surgiram questionamentos e feedbacks para o aprimoramento dos materiais.

Para uma assistência de qualidade é essencial que os processos de trabalho sejam revistos e os profissionais sejam capacitados e treinados, bem como, que as instituições disponibilizem tecnologias que possam auxiliar nesse aprimoramento. Nessa perspectiva, o desenvolvimento de instrumentos que auxiliem a equipe no gerenciamento do risco de queda, permitem estabelecer um compromisso compartilhado dos profissionais com a segurança do paciente, o engajamento dos líderes e dos pares com comportamentos promotores de segurança e o uso dos incidentes como oportunidades de aprendizado e melhoria <sup>(7)</sup>.

No desenvolvimento de protocolos, o principal desafio é garantir que o mesmo seja um instrumento confiável e que os profissionais de saúde se sintam seguros em aderir às suas recomendações. Nesse sentido, os métodos de elaboração de protocolos têm buscado aumentar a transparência e a qualidade do processo e estimular a participação das partes interessadas ao longo de cada etapa <sup>(15,23)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo elaborou e implantou um protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas por meio do trabalho coletivo e participativo dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente pediátrico e/ou que possuíssem expertise no desenvolvimento de protocolos de gerenciamento de riscos relacionados à assistência à saúde, a fim de avançar na construção de um programa e na proposição de ações específicas para garantir a prestação de um cuidado mais seguro a criança hospitalizada.

Esta pesquisa identifica, sistematiza e protocola ações multicomponentes a fim de prevenir e/ou conduzir a ocorrência de um incidente de queda na população pediátrica, de forma compartilhada entre os integrantes da equipe multiprofissional e destes com o paciente e a família, dando suporte para organizar e gerenciar o trabalho, garantindo a segurança dos profissionais e usuários, através da utilização do protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas baseado nas melhores práticas de saúde.

A segurança do paciente é uma dimensão sensível e necessária à consolidação da qualidade do cuidado nas instituições de saúde. Estratégias dirigidas para melhoria da qualidade do cuidado envolvem, portanto, a priorização da segurança, o respeito ao direito do paciente e a decisão compartilhada entre profissionais, pacientes e responsáveis, especialmente se tratando de crianças hospitalizadas.

A construção do protocolo considerou as melhores evidências disponíveis, a experiência profissional, os recursos existentes, porém, não atendeu a premissa de considerar as preferências do paciente, uma vez que não foi validado pelos usuários, o que se configurou em uma limitação do estudo.

Ressalta-se ainda como limitação que as condições impostas pela pandemia do COVID19 e as reestruturações necessárias no campo de estudo mediante o avanço da pandemia interferiram no andamento do trabalho e na adequada adesão dos colaboradores ao estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho E de O, Lima LN, Melo MC, Boeckmann LMM, Silva VB da. Experiência da criança sobre a hospitalização: Abordagem da sociologia da infância. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 27 de outubro de 2020 [citado 22 de agosto de 2021];25(0). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71321>
2. Wegner W, Silva MUM da, Peres M de A, Bandeira LE, Frantz E, Botene DZ de A, et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017;38(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000100504&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100504&lng=pt&tlng=pt)
3. Hill-Rodriguez D, Messmer PR, Williams PD, Zeller RA, Williams AR, Wood M, et al. The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* [Internet]. 2009 [citado 6 de abril de 2020];14(1):22–32. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x>
4. Harvey K, Kramlich D, Chapman J, Parker J, Blades E. Exploring and evaluating five paediatric falls assessment instruments and injury risk indicators: an ambispective study in a tertiary care setting: Paediatric falls assessment instruments and injury risk indicators. *Journal of Nursing Management* [Internet]. 12 de julho de 2010 [citado 6 de abril de 2020];18(5):531–41. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2010.01095.x>
5. Kramlich DL, Dende D. Development of a Pediatric Fall Risk and Injury Reduction Program. *Pediatr Nurs*. abril de 2016;42(2):77–82.
6. Almis H, Bucak IH, Konca C, Turgut M. Risk Factors Related to Caregivers in Hospitalized Children's Falls. *Journal of Pediatric Nursing* [Internet]. 1º de janeiro de 2017; 32:3–7. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596316303566>.
7. DiGerolamo K, Davis KF. An Integrative Review of Pediatric Fall Risk Assessment Tools. *Journal of Pediatric Nursing* [Internet]. 2017 [citado 6 de abril de 2020];34:23–8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596316301646>
8. Vieira GLC, Campos IML, Fernandes BSM, Ladeira AG, Pimenta EF. Quedas entre crianças e adolescentes internados em hospitais: revisão integrativa de literatura. *R Enferm Cent O Min* [Internet]. 18 de novembro de 2019;9(0). Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2709>
9. Staggs VS, Davidson J, Dunton N, Crosser B. Challenges in Defining and Categorizing Falls on Diverse Unit Types. *J Nurs Care Qual* [Internet]. abril de 2015;30(2):106–12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4711383/>
10. Jamerson PA, Graf E, Messmer PR, Fields HW, Barton S, Berger A, et al. Inpatient falls in freestanding children's hospitals. *Pediatr Nurs*. junho de 2014;40(3):127–35.
11. Franck LS, Gay CL, Cooper B, Ezrre S, Murphy B, Chan JS-L, et al. The Little Schmidy Pediatric Hospital Fall Risk Assessment Index: A diagnostic accuracy study. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 1º de março de 2017;68:51–9. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916302486>
12. Thiollent, M. (211). Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo. 18. ed.
13. Bardin, L.(2011) Análise de conteúdo. Lisboa. 70 ed.
14. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz. Anexo 1: Protocolo de Prevenção de Quedas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

15. Pimenta, CA de M et al. Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem - São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: [https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia\\_implementacao\\_protocolos\\_assistenciais\\_enfermagemintegrando\\_protocolos\\_pratica\\_baseada\\_em\\_evidencia\\_classificacao\\_enfermagem.pdf](https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia_implementacao_protocolos_assistenciais_enfermagemintegrando_protocolos_pratica_baseada_em_evidencia_classificacao_enfermagem.pdf).
16. Brás AMR, Quitério MM de SL, Nunes EMGT. Nurse's interventions in preventing falls in hospitalized children: scoping review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020; 73(suppl 6):e20190409. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001800303&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001800303&tlng=en)
17. Gonzalez J, Hill-Rodriguez D, Hernandez LM, Cordo JA, Esteves J, Wang W, Salyakina D, Sarik DA. Evaluating the Humpty Dumpty Fall Scale: An International, Multisite Study. J Nurs Care Qual. 2020 Oct/Dec;35(4):301-308. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000458. PMID: 31972778
18. Loyal J, Pettker CM, Raab CA, O'Mara E, Lipkind HS. Newborn Falls in a Large Tertiary Academic Center Over 13 Years. Hosp Pediatr. 2018;8(9):509–14.
19. Parker C, Kellaway J, Stockton K. Analysis of Falls within Paediatric Hospital and Community Healthcare Settings. J Pediatr Nurs. fevereiro de 2020;50:31–6.
20. Stubbs KE, Sikes L. Interdisciplinary Approach to Fall Prevention in a High-Risk Inpatient Pediatric Population: Quality Improvement Project. Physical Therapy [Internet]. 1º de janeiro de 2017;97(1):97–104. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150213>
21. Fujita Y, Fujita M, Fujiwara C. Pediatric falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. Japan Journal of Nursing Science [Internet]. 2013 [citado 6 de agosto de 2020];10(2):223–31. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jjns.12004>
22. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO/IEC 31010:2009. Gestão de Riscos - Técnicas para o processo de avaliação de riscos.
23. Mega TP, Lopes AC, Santos VC, Petramale CA. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no SUS: histórico, desafios e perspectivas. Rev Eletrôn Gestão Saúde. 2014;4(6):3275-85.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo elaborou e implantou um protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas por meio do trabalho coletivo e participativo dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente pediátrico e/ou que possuísem *expertise* no desenvolvimento de protocolos de gerenciamento de riscos relacionados à assistência à saúde, a fim de avançar na construção de um programa e na proposição de ações específicas para garantir a prestação de um cuidado mais seguro a criança hospitalizada.

A segurança do paciente é uma dimensão sensível e necessária à consolidação da qualidade do cuidado nas instituições de saúde. Estratégias dirigidas para melhoria da qualidade do cuidado envolvem, portanto, a priorização da segurança, o respeito ao direito do paciente e a decisão compartilhada entre profissionais, pacientes e responsáveis, especialmente se tratando de crianças hospitalizadas.

Este trabalho identifica, sistematiza e protocola ações multicomponentes a fim de prevenir e/ou conduzir a ocorrência de um incidente de queda na população pediátrica, de forma compartilhada entre os integrantes da equipe multiprofissional e destes com o paciente e a família, dando suporte para organizar e gerenciar o trabalho, garantindo a segurança dos profissionais e usuários, através da utilização do protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas.

A tecnologia em saúde almeja o aperfeiçoamento da prática do cuidado, nesse sentido, a elaboração deste protocolo por meio da pesquisa-ação permitiu o compartilhamento de experiências, a cooperação e integração da equipe multiprofissional para o fortalecimento das boas práticas de prevenção de quedas pediátricas e pretendeu incluir a família no desenvolvimento de uma parceria para um cuidado mais seguro.

A construção do protocolo considerou a melhor evidência disponível, a experiência profissional, os recursos existentes, porém, não atendeu a premissa de considerar as preferências do paciente, uma vez que não foi validado pelos usuários, o que se configurou em uma limitação do estudo.

Ressalta-se ainda que as condições impostas pela pandemia do COVID-19, vivenciadas nos últimos 19 meses, e as reestruturações necessárias no campo de



estudo mediante a ascensão do vírus, interferiram no andamento do trabalho e na adequada adesão dos colaboradores ao estudo.

## 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nwh.2016.04.025>. Acesso em: 12 set. 2020.
- ALMIS, H.; BUCAK, I. H.; KONCA, C.; TURGUT, E.M. "Risk Factors Related to Caregivers in Hospitalized Children's Falls". **Journal of Pediatric Nursing**. v. 32, p.3-7, jan. 2017.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo Prevenção de Quedas**. Anexo 01:12; 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>. Acesso em: 10 mar. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70 ed. Lisboa: Edições, 2011.
- BARROS, A. L. B.L. de et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo — São Paulo: COREN-SP, 113 p, 2015**. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2021.
- BORDALO, I.; CALDEIRA, N. Implementação de um Programa de Gestão de Quedas em Contexto Pediátrico. 2013.
- BÁO, A.C.P.; AMESTOY, S. C.; MOURA, G. M. S. S. de; et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 360—366, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000200360&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200360&lng=en). Acesso em: 9 out. 2021.
- BAGNASCO, A. et al. Accidental Falls in Hospitalized Children: An Analysis of the Vulnerabilities Linked to the Presence of Caregivers. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, v. 51, n. 2, 2 jun. 2010. Disponível em: <https://www.jpnh.org/index.php/jpnh/article/view/219>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BRÁS, A. M. R.; QUITÉRIO, M. M.de S.L.; NUNES, E. M. G.T. Nurse's interventions in preventing falls in hospitalized children: scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672020001800303&lng=en&nrm=iso&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672020001800303&lng=en&nrm=iso&lng=en). Acesso em: 1 maio 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%Aancia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>. Acesso em: 10 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm). Acesso em: 05 de junho de 2021.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 21 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Diário Oficial da União. Seção 1, p. 59-62. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

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. Disponível em: [https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2019/03000/A\\_System\\_Wide\\_Approach\\_to\\_Prevention\\_of.7.aspx](https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2019/03000/A_System_Wide_Approach_to_Prevention_of.7.aspx). Acesso em: 18 de janeiro de 2021.

CARVALHO, E. DE O. et al. Experiência da Criança Sobre a Hospitalização: Abordagem Da Sociologia Da Infância. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, n. 0, 27 out. 2020.

CHILD HEALTH CORPORATION OF AMERICA (CHCA) Nursing Falls Study Task Force. Pediatric Falls: State of the Science. **Pediatric Nursing**, vol. 35, nº4, 2009. Disponível em: <http://www.pediatricnursing.net/ce/2011/article35227231.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2020.

DATASUS. Ministério da Saúde. Causas Externas. 2017, 2018.

DIGEROLAMO, K.; DAVIS K.F. An integrative review of pediatric fall risk assessment rolls. **Journal of Pediatric Nursing**. vol. 34, p. 23-28, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com.ez11.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0882596316301646?via%3Dihub>. Acesso em: 09 mar. 2020.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — Ministério da Educação. **Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade**. 1ª versão — Produzido pelo Serviço de Gestão da Qualidade — Brasília: Ebserh — Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 158p, 2018.

ESPÍRITO SANTO. **Convênio nº 9011/2016, 5º Termo aditivo**. Competência Out/2018 a Abr/2019. HUCAM/EBSERH/SESA. 2018

FRANCK, L. S. *et al.* The Little Schmidy Pediatric Hospital Fall Risk. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 34, p. 23-28, maio 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com.ez11.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0020748916302486?via%3Dihub>. Acesso em: 01 mar. 2020.

FUJITA, Y.; FUJITA M.; FUJIWARA C. Pediatric falls: effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. **Japan Journal of Nursing Science**, v.10, n. 2, p. 223—231. 2013. Disponível em: <https://onlinelibrarywiley.ez11.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/jjns.12004>. Acesso em: 30 mar. de 2020.

GONZALEZ, J.; HILL-RODRIGUEZ, D.; HERNANDEZ, L. M.; *et al.* The Nicklaus Children 's Hospital Humpty Dumpty Falls Prevention Program™: Preventing Falls in Children Across the Globe. **Nurse Leader**, v. 14, n. 3, p. 212—218, 2016. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1541461215300148>. Acesso em: 16 jan. 2021.

HARVEY, K.; KRAMLICH, D.; CHAPMAN, J.; *et al.* Exploring and evaluating five paediatric falls assessment instruments and injury risk indicators: an ambispective study in a tertiary care setting: Paediatric falls assessment instruments and injury risk indicators. **Journal of Nursing Management**, v. 18, n. 5, p. 531—541, 2010. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2010.01095.x>. Acesso em: 6 abr. 2020.

HILL-RODRIGUEZ, D.; MESSMER, P. R.; WILLIAMS, P. D.; ZELLER, R.A. *et al.* The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 14, n. 1, p. 22—32, 2009. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x>. Acesso em: 6 abr. 2020.

HODGES, K. T.; GILBERT, J. H. Rising above risk: Eliminating infant falls. **Nursing Management**. v. 46, n. 12, p. 28—32, 2015. Disponível em: <https://journals.lww.com/00006247-201512000-00008>. Acesso em: 22 out. 2020.

JAMERSON, P.A. GRAF, E.; MESSMER, P. R.; CAMPOS, H. W. *et al.* Inpatient falls in freestanding childrens hospital. **Pediatric Nursing**, v. 40, n. 3, p. 127-135, jun. 2014

KIM, E. J.; LIM, J. Y.; KIM, M. G.; LEE, M. K. Meta-analysis of the Diagnostic Test Accuracy of Pediatric Inpatient Fall Risk Assessment Scales. **Child Health Nurs Res**. vol. 25, p. 56-57, 2019. Disponível em: <https://www.e-chnr.org/journal/view.php?doi=10.4094/chnr.2019.25.1.56>. Acesso em: 02 abr. 2020.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Ed.). **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC: National Academy Press; 1999.

KRAMLICH, D. L.; DENDE, D. Development of a Pediatric Fall Risk And Injury Reduction Program. **Pediatric Nursing**, v. 42, n. 2, p. 77—82, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27254976/>. Acesso em: 02 de abr. de 2020.

LEE, Y. L. G.; YIP, W. K.; GOH, B. W.; CHIAM, E. P. J.; NG, H. P. C. Fall prevention among children in the presence of caregivers in a paediatric ward: a best practice

implementation. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 11, n. 1, p. 33—38, mar. 2013. <https://doi.org/10.1111/1744-1609.12003>.

MELLO, B.L.D.; ÉVORA, Y.D.D.; GARCIA, A.B.; TERAOKA, E.C. Conduas pós quedas de pacientes em instituições hospitalares: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE [online]**, p. 2434-44, Recife, julho de 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9935/10234>. Acesso em: 06 jun. 2020.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MESSMER, P. R.; WILLIAMS, P. D.; WILLIAMS, A. R., A Case—Control Study of Pediatric Falls Using Electronic Medical Records, **Rehabilitation Nursing**, v. 38, n. 2, p. 73—79, 2013.

MORSE, J. M. **Preventing patient falls : establishing a fall intervention program**. undefined. Disponível em: /paper/Preventing-patient-falls-%3A-establishing-a-fall-Morse/66a9b96772f5d850669ab3bfd67074e3c27fd857. Acesso em: 4 ago. 2020.

MUELLER, B. U.; NEUSPIEL, D. R.; FISHER, E. R. S. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. **American Academy of Pediatrics**, Policy Statement, v. 143, ed. 2, fev. 2019. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/143/2/e20183649>. Acesso em: 10 mar. 2019.

NANDA. International, Inc. **Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2021-2023**. 22° edição, 2021.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION (NPSF). **Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err Is Human**. Boston, 2015. Disponível em: <http://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>. Acesso em: 08 jul. 2019.

NEIMAN, J.; RANNIE, M.; THRASHER, J.; *et al.* Development, Implementation, and Evaluation of a Comprehensive Fall Risk Program. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 16, n. 2, p. 130—139, 2011. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6155.2011.00277.x>. Acesso em: 6 abr. 2020.

LACERDA M.R.; COSTENARO R.G.S., organizadores. **Metodologias da pesquisa em enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre (RS): Moriá; 2016.

PARKER, C.; KELLAWAY, J.; STOCKTON, K. Analysis of Falls within Paediatric Hospital and Community Healthcare Setting. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 50, p. 31-36, fev. 2020. Disponível em: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(19\)30365-3/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(19)30365-3/fulltext). Acesso em: 10 de ago. de 2020.

PASA, T. S.; MAGNAGO, T. S. B. S; URBANETTO, J. S.; BARATTO, M. A. M.; MORAIS, B. X.; CAROLLO, J. B. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-2862.pdf>. Acesso em: 11 de mar. de 2020.

PAULEY, B. J.; HOUSTON, L. S.; CHENG, D.; JOHNSTON, D. M. Clinical relevance of the Humpty Dumpty Falls Scale in a pediatric specialty hospital. **Pediatric Nursing**, v. 40, n. 3, p. 137—142, jun. 2014. Disponível em: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(17\)30436-0/pdf](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(17)30436-0/pdf). Acesso em: 20 de outubro de 2020.

PERES, M. A. et al. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Revista Gaúcha De Enfermagem**, v. 39, n. 0, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/81401>. Acesso em: 10 jun. 2019.

PIMENTA, C. A. de M. et al. **Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem** - São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: [https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia\\_implementacao\\_protocolos\\_assistenciais\\_enfermagemintegrando\\_protocolos\\_pratica\\_baseada\\_em\\_evidencia\\_classificacao\\_enfermagem.pdf](https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia_implementacao_protocolos_assistenciais_enfermagemintegrando_protocolos_pratica_baseada_em_evidencia_classificacao_enfermagem.pdf). Acesso em: 20 de mar. de 2020.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. (S.D.). Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. Disponível em: <http://proqualis.net/>.

POLIT D.F.; BECK C.T. Delineamento de pesquisa em enfermagem. *In*: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed., p. 247-87. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAZMUS, I.; WILSON, D.; SMITH, R.; NEWMAN, E. Falls in Hospitalized Children. **PEDIATRIC NURSING**, v. 32, p. 5, .2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17256296/>. Acesso em: 06 de abr. 2020.

ROUSE, M. D.; CLOSE, J.; PRANTE, C.; BOYD, S. Implementation of the humpty dumpty falls scale: a quality-improvement project. **Journal of Emergency Nursing**, v. 40, n. 2, p. 181-186, mar. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.11.001>. Acesso em: 06 de abr. 2020

RYAN-WENGER, N. A.; KIMCHI-WOODS, J.; ERBAUGH, M. A.; LAFOLLETTE, L.; LATHROP, J. Challenges and Conundrums in the Validation of Pediatric Fall Risk Assessment Tools. **Pediatric Nursing**, V. 38, n. 3, p. 11, [s. d.].

SCARPARO, A.F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisa na Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n.1, p.242-251, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803>. Acesso em: 6 abr. 2020

SCHAFFER, P. L. et al. Pediatric Inpatient falls and injuries. A descriptive analysis of risk factors. **Journal of Specialists in Pediatric Nursing**, v. 17, n. 1, p. 10-18, jan. 2012. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6155.2011.00315.x>. Acesso em: 6 abr. 2020.

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.

STUBBS, K. E.; SIKES, L. Interdisciplinary approach to fall prevention in a high-risk inpatient pediatric population: quality improvement project. **Physical Therapy**, v. 97, n.1, p. 97 - 104, jan. 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/ptj/article/97/1/97/2896945>. Acesso em: 06 ago. 2020.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VIEIRA, G.L.C. et al. Quedas entre crianças e adolescentes internados em hospitais: Revisão Integrativa de Literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2709>. Acesso em: 12 de mar. de 2020.

WATCHER, R.M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2 ed. São Paulo: Artmed; 2013.

WEGNER, W. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. v.38, n.1, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000100504&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100504&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 16 jun. 2020.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

WHO. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. 3 ago. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 15 ago. 2021.

## APÊNDICE A - ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

## CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO


Vitória, 17 de março de 2020.

Eu, Geisa Fonseca Rebouças, Enfermeira, discente do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, sob orientação das Professoras Doutoras Cândida Caniçali Primo e Paula de Souza Silva Freitas, solicito por meio deste documento, ciência e autorização desta instituição, para realização de pesquisa para elaboração de um **Protocolo de Prevenção de Quedas Pediátricas**, produto da minha dissertação, a ser implantado nos setores de internação pediátrica do HUCAM.

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Espírito Santo, sob número CAAE 57930016.0.0000.5060, que tem por objetivo validar tecnologias educacionais de Enfermagem voltadas para área materno-infantil.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho desta Chefia, agradeço antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

  
Geisa Fonseca Rebouças  
Mestranda do PPGENF - UFES  
E-mail: geisatrabalhos@hotmail.com.br  
Celular: (27) 998803922

Declaro ter lido e concordado, enquanto representante desta instituição, em ser coparticipante do presente projeto de pesquisa.

  
Rosilene Nilo dos S. Fantoni  
Chefe da Divisão de Enfermagem do HUCAM/UFES



**APÊNDICE B - CARTA CONVITE**

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Ao Sr. (a) \_\_\_\_\_

Eu, Geisa Fonseca Rebouças, gostaria de convidá-lo (a) a participar como colaborador da pesquisa intitulada, "**Elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e manejo de quedas em pediatria**", que possui como objetivo geral construir um protocolo de prevenção e manejo de quedas em pediatria para um hospital público do sudeste do Brasil, As quedas pediátricas resultam muitas vezes das fases de desenvolvimento da criança, da curiosidade inata e do comportamento desafiador de crianças e adolescentes, caracterizando um acontecimento multifatorial, involuntário e traumático. Durante a internação o risco de queda aumenta pela presença de fatores como o ambiente desconhecido, uso de medicamentos e condições de saúde.

Neste sentido, justifica-se a realização deste estudo, pela inexistência de um protocolo de prevenção e manejo de quedas específico ao público pediátrico na referida instituição e sua relevância como instrumento de gerenciamento dos riscos e dos casos de queda, bem como para atender as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente. A referida pesquisa, será realizada em encontros nas dependências do hospital, com a participação da pesquisadora e membros da equipe multiprofissional, para a construção e validação do protocolo de queda pediátrica.

Nessa pesquisa, a metodologia utilizada será a Pesquisa-ação, uma estratégia metodológica da pesquisa social capaz de permitir a interação entre pesquisador e participantes de maneira colaborativa, em que a investigação e a ação ocorrem concomitantemente, a fim de transformar a realidade e ampliar o conhecimento do pesquisador e das pessoas envolvidas na pesquisa (THIOLLENT,2011).

Esclarecemos ainda que toda a pesquisa seguirá os preceitos éticos de pesquisa em seres humanos, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, bem como apenas será aplicada mediante aprovação no Comitê de Ética.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cândida Caniçali Primo  
Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional — PPGENF/UFES.  
Pesquisadora: Mestranda Geisa Fonseca Rebouças  
Telefone para contato: (27) 9 98803922

Desde já agradecemos a colaboração.

---

Pesquisadora: Enf<sup>a</sup>. Geisa Fonseca Rebouças  
Mestranda do PPGENF/UFES. CPF 013.294.95-62

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE****GRUPO DE TRABALHO****ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS EM PEDIATRIA**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa realizada pelo Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem, intitulada: "**Elaboração e implantação de um protocolo de prevenção e manejo de quedas em pediatria**". Este estudo justifica-se devido à necessidade de aprimorar o conhecimento sobre a segurança do paciente e aumentar a qualidade da assistência, minimizando os eventos adversos e possíveis danos que podem acarretar aos pacientes secundários a ocorrência de quedas no ambiente hospitalar. Diante disso, pretendemos construir, coletivamente, um protocolo de prevenção e manejo de quedas em pediatria; com identificação dos fatores de risco que influenciam a ocorrência de quedas na instituição; descrição do fluxograma da gestão de risco e manejo dos casos de queda pediátrica. A sua participação se dará pela assinatura deste termo em duas vias e por meio da participação em quatro reuniões que serão realizadas nas dependências do Hospital. A metodologia utilizada será a Pesquisa-ação de abordagem qualitativa. Como benefícios, a pesquisa proporcionará ferramentas de aperfeiçoamento da equipe multiprofissional acerca do gerenciamento do risco e manejo dos casos de queda nos setores com pacientes pediátricos; melhoria na qualidade da assistência prestada a esses pacientes e estímulo à cultura de segurança na instituição. É garantida a liberdade da retirada de consentimento e da participação no estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, o senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é a Enfermeira Mestranda Geisa Fonseca Rebouças que poderá ser encontrada na Avenida Marechal Campos 1468, Maruípe, Departamento de Enfermagem — UFES, tel: (27) 998803922, email: geisatrabalhos@hotmail.com; ou Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cândida Caniçali Primo, tel: (27) 998495575, email: candidaprimo@gmail.com. Por se tratar de uma pesquisa na qual os participantes contribuirão com suas experiências profissionais e responderão a questionamentos, há um risco de desconforto do sujeito de pesquisa ao expor suas ideias ao grupo; se necessário, os participantes terão acompanhamento e assistência psicológica. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador.

Participante:

Pesquisadora:

Toda a pesquisa seguirá os preceitos éticos de pesquisa em seres humanos, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, bem como apenas será aplicada mediante aprovação no Comitê de Ética.

### **GARANTIA DO SIGILO À PESSOA E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS COLETADOS**

Será garantido o sigilo de todos os dados obtidos. Cada participante será identificado apenas por um número de participação, conhecido apenas pelas pesquisadoras. Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Os dados coletados serão lançados nos resultados da pesquisa, os quais ficarão retidos pelo pesquisador, para uso dessas informações no trabalho, podendo ser utilizados na divulgação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais. Caso a pesquisa seja publicada, toda e qualquer identidade permanecerá confidencial.

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Espírito Santo, sob número CAAE 57930016.0.0000.5060.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_, tendo em vista as informações acima apresentadas, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito da pesquisa. Eu discuti com a pesquisadora **Geisa Fonseca Rebouças** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que minha participação é isenta de despesa. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

---

**Participante**

---


**Pesquisadora**

## APÊNDICE D - CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

1. Identificação: (iniciais)
2. Idade: (em anos)
3. Cargo:
4. Tempo de formação: (em anos)
5. Titulação: Graduação; Especialização/Residência; Mestrado; Doutorado
6. Atuação na área materno-infantil:(em anos)
7. Experiência na construção de protocolo de queda: sim / não

Questionário enviado aos participantes pelo *Google Forms*.

## APÊNDICE E - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS E ANEXOS:

			
Tipo do Documento	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b></p>	Página 1 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

**1. ÁREA RESPONSÁVEL**

Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais

**2. ABRANGÊNCIA**

Todas as unidades de internação de pacientes pediátricos do HUCAM (Pediatria, Maternidade e UTIN).

**3. CONCEITOS**

A prevenção de quedas hospitalares corresponde a uma das seis metas internacionais para segurança do paciente, preconizadas pela Organização Mundial de Saúde em 2005, e posteriormente estabelecidas no Brasil pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 592/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. O incidente queda é considerado um indicador da qualidade da assistência e a prevenção de sua ocorrência, deve ser um compromisso institucional com a segurança do paciente e com uma assistência de qualidade.

Queda é definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Portanto, considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. Este incidente, pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (BRASIL, 2013).

Os acidentes por quedas em ambiente hospitalar são uma preocupação dos serviços de saúde e sua incidência entre crianças hospitalizadas é de 0,6 a 1,7 casos de queda por 1.000 pacientes/dia (VIEIRA, 2019). Caracterizam-se como eventos de origem multifatorial, podendo causar danos, entre os quais: aumentar tempo de permanência hospitalar, aumentar custos assistenciais, diminuir a credibilidade da qualidade da assistência e ter repercussões de ordem legal para a instituição (BRASIL, 2014).

As quedas hospitalares pediátricas podem ser classificadas em:

- Quedas Fisiológicas Antecipadas: são quedas que ocorrem em pacientes com fatores de risco para quedas que podem ser identificados com antecedência, como estado mental alterado, marcha anormal e uso de medicamentos de alto risco (MORSE, 2009).
- Quedas Fisiológicas Imprevistas: são quedas que ocorrem em um paciente com risco de queda baixo, devido a um evento que não pode ser previsto até que aconteça, como convulsões, derrame ou episódio sincopal (MORSE, 2009).
- Quedas Acidentais: essas quedas ocorrem em pacientes de baixo risco devido a um risco ambiental, como piso molhado. Melhorar a segurança ambiental ajudará a reduzir o risco de queda nesses pacientes (MORSE, 2009).

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 2 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

- Quedas do Desenvolvimento: conceito estabelecido pela American Nurses Association (ANA), no caso específico de pacientes pediátricos, como aquelas quedas comuns a bebês e crianças pequenas que ocorrem à medida que aprendem a andar, girar e correr ou aquelas durante a fisioterapia ou na sala de jogos, precisando ser relatados apenas se resultarem em lesão (STAGGS; DAVIDSON; DUNTON; CROSSER, 2015).

Existem fatores elencados na literatura que aumentam o risco de queda, que devem ser considerados durante a assistência, relacionados no Quadro 1.

<b>QUADRO 1. FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM AMBIENTE HOSPITALAR:</b>	
<b>FATORES INTRÍNSECOS</b>	
Demográfico	Crianças < 5 anos e idosos > 65 anos.
Psico-cognitivos	Declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
Condições de saúde e presença de doenças crônicas	Acidente vascular cerebral prévio; hipotensão postural; tontura; convulsão; síncope; dor intensa; baixo índice de massa corpórea; anemia; insônia; incontinência ou urgência miccional e/ou fecal; artrite; osteoporose; alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia); consumo de álcool; síndrome de abstinência; período de recuperação pós operatória. Gestação: hipotensão postural, tontura, urgência urinária, hiperventilação; dor do trabalho de parto. Puerpério: nutriz, anemia (hemorragia puerperal); hipertensão arterial; diabetes mellitus gestacional; epilepsia; pré-eclâmpsia; eclâmpsia.
Funcionalidade	Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária; Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha; Fraqueza muscular e articulares; Amputação de membros inferiores; Deformidades nos membros inferiores.
Comprometimento sensorial	Visão, audição e/ou tato.
Equilíbrio corporal	Marcha alterada
Uso de medicamentos	Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina, sulfato de magnésio, politerapia medicamentosa (uso de 4 ou mais medicamentos).
História prévia de queda.	
Obesidade mórbida	



Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 3 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

FATORES EXTRÍNSECOS	
Ambientais	Presença de escada, mobiliário e desníveis. Falta de adaptações nos acessos e instalações da instituição (por exemplo, corrimão, leito/maca sem regulagem).
Presença de dispositivos	Acesso venoso, bengalas, muletas e andadores.

Fonte: Adaptado do Protocolo de Prevenção de Queda do Ministério da Saúde.

Algumas características inerentes a população pediátrica também precisam ser consideradas na avaliação do risco de queda, tais como:

- Competências motoras em desenvolvimento;
- (in)capacidade de avaliar riscos;
- Curiosidade inata;
- Níveis crescentes de independência;
- Comportamento desafiador e utilização incorreta de equipamentos (BORDALO; CALDEIRA, 2016).

Além disso, em neonatologia as quedas podem ocorrer quando o recém-nascido (RN):

- Dorme no mesmo leito que a mãe;
- Escorrega dos braços da mãe ou acompanhante, enquanto descansa/dorme ou amamenta em poltrona na maternidade;
- Cai dos braços da mãe, familiar, ou profissional enquanto estes deambulam na maternidade com o bebê no colo;
- Escorrega dos braços da mãe, familiar ou profissional no momento da transferência para o berço (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016).

#### 4. OBJETIVOS

Reduzir a ocorrência de queda dos pacientes e o dano decorrente dessa, por meio da padronização de condutas, entre elas, avaliação do risco, adoção de medidas preventivas, cuidado profissional, educação do paciente e família, bem como adoção de medidas de contenção dos danos.

#### 5. DESCRIÇÃO

As descrições das ações de manejo e prevenção de quedas pediátricas serão apresentadas com base na Avaliação do Risco, na Implementação de Ações de Prevenção e Manejo da Queda e na Educação do paciente e/ou acompanhante que serão uma atribuição de toda equipe multiprofissional e dos responsáveis pelo paciente pediátrico a partir da admissão.

Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 4 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

### 5.1 Avaliação do Risco

- O enfermeiro deverá realizar a avaliação de risco para queda, na admissão e diariamente, por meio da aplicação da **Escala de Humpty Dumpty** adaptada (ANEXO 1). O paciente deverá ser reavaliado em caso de transferência de unidade, mudança de quadro clínico e surgimento de fatores predisponentes.
- O registro da presença do risco deve ser inserido no formulário de Admissão do Paciente ou no formulário de Avaliação Diária de Enfermagem e na aba Controles do Módulo Enfermagem do AGHU.
- Todo paciente pediátrico deve ser classificado como em risco de queda, portanto, deve-se manter a tag de risco de “queda” na placa de identificação a beira leito e incluir a “Placa de identificação de leito do paciente com alto risco de queda” (ANEXO 8), para aqueles classificados como de alto risco. É necessário lembrar-se de que o uso do instrumento de avaliação para risco de queda em pediatria não dispensa a necessidade do melhor julgamento clínico do enfermeiro a beira leito (HILL-RODRIGUEZ et al, 2009).
- Inserir no módulo Prescrição de Enfermagem o Diagnóstico de Risco de Queda e as intervenções com base nas ações de prevenção mais relevantes elencadas a seguir neste protocolo para todos os pacientes com alto risco:
- A escala *Humpty Dumpty* está indicada para todos os usuários, com idade de 0 a 18 anos. Os usuários serão classificados com alto risco de queda (12 a 23) ou baixo risco de queda (7 a 11), segundo a pontuação obtida na escala, que também sugere intervenções baseadas no risco.
- Considerar todo recém-nascido como com alto risco de queda.

A segurança do paciente é de responsabilidade de todos, de modo que toda e qualquer situação de risco identificada deverá ser sinalizada ao enfermeiro e à equipe responsável para haver a consonância das ações previstas e a serem adotadas.

### 5.2 Implementar Ações de Prevenção (Equipe Assistencial)

O serviço de saúde deve adotar medidas gerais de prevenção de quedas para todos os pacientes independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente hospitalar seguro, com, por exemplo: pisos antiderrapantes, iluminação adequados, corredores livres, uso de vestuário e calçados adequados, movimentação segura dos pacientes e adequação do leito e mobiliário a idade e fase de desenvolvimento da criança.

Nos casos dos pacientes avaliados como de baixo risco para queda deverá também ser adotado o protocolo padrão de baixo risco proposto pela Escala *Humpty Dumpty*, enquanto que para



Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 5 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

aqueles avaliados como de alto risco, proceder-se-á a sinalização do leito, adoção do protocolo padrão de alto risco para queda da Escala *Humpty Dumpty* (ANEXO 1) e das medidas específicas de prevenção de quedas segundo o fator de risco apresentado pelo paciente, conforme descrito no Quadro 2.

QUADRO 2. MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS:	
FATORES DE RISCO	MEDIDAS DE PREVENÇÃO
Acomodação e Repouso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter as grades de proteção elevadas (independente do risco) e, se necessário, utilizar protetores acolchoados entre o vão das grades.</li> <li>Manter a cama na posição mais baixa e com rodas travadas.</li> <li><b>Adequar o leito para acomodação, conforme a idade e o estado clínico.</b></li> </ul> <p><b>Recém-nascidos (RN) &lt; 28 dias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Devem ser colocados em berços apropriados de acrílico ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), específicos para esta finalidade. Quando em incubadora, manter sempre as portas frontais, laterais e portinholas travadas.</li> <li>Fechar as laterais de acrílico do berço imediatamente após a avaliação do RN.</li> <li>Manter as portas das incubadoras e as laterais do berço aquecido ou UCI travadas.</li> <li>Orientar a mãe ou o cuidador para não dormir com o recém-nascido no colo.</li> <li>Evitar pegar o recém-nascido despido e sem enrolamento no colo.</li> </ul> <p><b>≤ 36 meses (3 anos):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima.</li> <li>A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável.</li> </ul> <p><b>36 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.</li> <li>Para crianças pequenas, para a idade, deve-se avaliar a possibilidade de serem alocadas em berço.</li> <li>Assegurar que camas e berços permaneçam na posição mais baixa, com rodas travadas e grades levantadas.</li> <li>Orientar pais e/ou responsáveis a não dormir com a criança no colo ou na poltrona destinada ao acompanhante.</li> </ul>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 6 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

<b>Mobilidade e Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico;</li> </ul> <p><b>≤ 6 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Devem ser transportadas em incubadora, berço ou no colo do responsável ou acompanhante e na ausência destes, pelo profissional de enfermagem, desde que estejam sentados em cadeira de rodas.</li> <li>• Evitar realizar exames do bebê no colo da mãe, usar preferencialmente uma acomodação adequada como descrita acima.</li> </ul> <p><b>6 meses ≤ 36 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em maca acompanhada do responsável ou acompanhante, e na ausência destes, pelo profissional de enfermagem, quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação.</li> <li>• Em cadeira de rodas no colo do responsável ou acompanhante e na ausência destes, pelo profissional de enfermagem.</li> </ul> <p><b>Todas as faixas etárias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar os acompanhantes, que as crianças não podem correr pelas dependências do quarto e/ou do hospital.</li> <li>• Checar o bom funcionamento/integridade da maca, cadeira de rodas ou do outro meio de locomoção, antes de transportar o cliente.</li> <li>• Transportar o cliente na cadeira de rodas com cinto de segurança e na maca com as grades elevadas.</li> <li>• Manter a grade distal ao profissional elevada no momento de mobilizações no leito.</li> <li>• Auxiliar na deambulação dos pacientes e orientar o acompanhante em caso de dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor.</li> <li>• Oferecer suporte de soro com rodas.</li> <li>• Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso e avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.</li> </ul>
<b>Higiene e Conforto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter uma das grades elevadas da cama/berço durante a troca (roupa/fralda) do paciente. Não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas. Conduta necessária também quando o profissional for fazer algum procedimento ou avaliação.</li> <li>• Orientar o usuário a utilizar chinelos antiderrapantes (quando</li> </ul>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 7 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	01/08/2023

	<p>possível) durante o banho de aspersão;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acomodar o usuário com necessidades especiais, no que se refere às eliminações, próximo ao banheiro.</li> <li>• Auxiliar ou dar banho de aspersão em cadeira de banho/rodas o usuário com risco elevado de queda, desde que não haja prescrição de enfermagem e indicação de banho no leito.</li> <li>• Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.</li> <li>• Não deixar o paciente com alto risco para queda sozinho no banheiro ou durante o banho.</li> <li>• Orientar os clientes no 1º pós-operatório a aguardarem ser encaminhados ao banho de aspersão pela equipe de enfermagem quando se tratar da primeira vez que se levantam.</li> </ul>
<b>Cirurgia/ Sedação/ Anestesia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico.</li> <li>• Orientar o paciente e/ou familiar/responsável a levantar o paciente progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos), antes de sair da cama, com ajuda de responsável ou profissional da equipe de cuidado.</li> <li>• Verificar e avaliar o uso de diuréticos ou laxantes e/ou em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico e a potencialização do risco de queda.</li> <li>• Comunicar, em casos de exames diagnósticos, os serviços quanto ao risco de queda.</li> <li>• Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório.</li> <li>• Aumentar a vigilância de pacientes que demandam assistência perioperatória, principalmente nos momentos em que o paciente retorna da anestesia.</li> <li>• Permanecer ao lado do usuário cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica.</li> <li>• Permanecer ao lado da parturiente durante todo o período expulsivo.</li> <li>• Manter as grades da cama elevadas e rodas travadas durante a recuperação do processo anestésico.</li> </ul>
<b>Medicações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem, com apoio médico e da farmácia).</li> </ul>



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 8 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão.</li> <li>• Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que podem causar vertigens, tonteados, hipoglicemia, entre outros que aumentam o risco de queda, conforme avaliação médica.</li> <li>• Orientar paciente e/ou família/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda.</li> <li>• A equipe de enfermagem deverá orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos.</li> <li>• Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).</li> <li>• Atentar-se aos medicamentos que possuem identificação de risco de queda na embalagem.</li> </ul>
<b>Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deixar RN nos braços dos pais e/ou acompanhantes somente quando demonstrarem condições necessárias para o ato, sem maiores riscos de queda do RN. O mesmo estende-se ao método canguru.</li> <li>• Estimular a postura canguru e colocar faixa própria durante o período.</li> <li>• Proceder também à avaliação para o risco de queda da genitora (observar fatores de risco como: presença de exaustão materna, cesariana, uso de medicações para dor, sedação, problemas psiquiátricos, uso de drogas).</li> <li>• Oferecer suporte à puérpera (da equipe de enfermagem e do acompanhante) para que ela possa descansar sobretudo no período noturno.</li> <li>• No pós-parto, no contato pele a pele do RN com a mãe, deverá haver sempre um profissional próximo ao binômio mãe-filho para vigília das condições da mãe em manter o RN sob segurança; o mesmo se estende às mães que receberam anestésicos, analgésicos e outras medicações que possam predispor a quedas.</li> <li>• Remover brinquedos do berço que possam ser utilizados como degraus.</li> <li>• Orientar que a criança internada na Pediatria frequente o espaço</li> </ul>



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 9 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	01/08/2023

	<p>da Brinquedoteca sempre acompanhada do seu responsável ou profissional do setor, inclusive no trajeto até o local.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar pais e responsáveis para o risco de queda.</li> <li>• Orientar os visitantes de pacientes pediátricos sobre a prevenção de quedas.</li> <li>• Atentar para o nível de cognição e entendimento dos pais acerca das orientações fornecidas, presença de exaustão, estresse, dificuldade na realização de cuidados e /ou de hábitos que possam interferir na prevenção de quedas (como o tabagismo).</li> <li>• A criança, preferencialmente, não deve permanecer sem acompanhante. Caso o responsável necessite se ausentar, deve antes informar a equipe de enfermagem, sinalizando horário de seu retorno ou de outro acompanhante.</li> <li>• A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem).</li> <li>• Efetuar a colocação de sinalização visual à beira leito para identificação de risco de queda nos pacientes avaliados com alto risco, a fim de alertar toda equipe de cuidado.</li> <li>• Sinalizar o risco de queda nas passagens de plantão das equipes assistenciais.</li> <li>• Não deixar o ambiente totalmente escuro.</li> <li>• Definir supervisão periódica no caso de pacientes com risco aumentado para queda.</li> <li>• Realizar contenção física e administrar medicação prescrita para contenção química dos pacientes de acordo com a avaliação e prescrição médica.</li> <li>• Alocar o paciente próximo ao posto de enfermagem, se possível.</li> <li>• Manter ao alcance do paciente os pertences e objetos mais utilizados (coletor de urina, óculos, entre outros).</li> <li>• Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída (caso possa sair sozinho do leito).</li> <li>• Manter a área de circulação das enfermarias e corredores livres de obstáculos que possam aumentar o risco.</li> <li>• Sinalizar à equipe de infraestrutura situações que possam favorecer o risco de queda.</li> </ul>
<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.</li> <li>• Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao</li> </ul>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página <b>10</b> de <b>29</b>	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

	<p>aumento do risco de queda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente, registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.</li> <li>• Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas.</li> <li>• Orientar o responsável a levantar o paciente do leito progressivamente, de acordo com a idade e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável.</li> <li>• A psicologia, em parceria com os demais membros da equipe multiprofissional, deverá avaliar e comunicar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.</li> </ul>
<b>Fatores Cognitivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar os responsáveis sobre o risco de queda relacionado ao “comportamento de risco” de acordo com a faixa etária da criança.</li> <li>• Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.</li> <li>• Orientar o paciente e acompanhante que não poderá levantar do leito sozinho quando há história de queda pregressa com dano grave.</li> </ul>

Fonte: Adaptado do Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde.

Quanto aos pacientes em atendimento ambulatorial:

- Manter vigilância constante das crianças durante a espera e atendimento;
- Permanecer ao lado da criança durante os procedimentos realizados em cadeira ou maca;
- Serão utilizados recursos visuais como placas nos locais de atendimento para alertar os cuidados na prevenção de queda (ANEXO 5).

### 5.3 Promover a Educação do Paciente e/ou Acompanhante (Enfermeiro e Equipe Assistencial)

As orientações aos pacientes e/ou acompanhantes deverá ser realizada por meio do Cartaz de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar (ANEXO 4) disponível nas unidades assistenciais para todos os pacientes internados, pelo Panfleto de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar (ANEXO 6), Panfleto de Orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar – Maternidade (ANEXO 7)” e deve versar sobre:

- Informar a família que a criança, preferencialmente, não deve permanecer sem acompanhante. Caso o responsável necessite se ausentar, deve antes informar a





Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página <b>11</b> de <b>29</b>	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

equipe de enfermagem, sinalizando horário de seu retorno ou de outro acompanhante.

- Orientar aos pais e ou acompanhantes a terem cuidado ao segurar o bebê (a maior parte das quedas em menores de 1 ano são do colo);
- Orientar que os RNs devem dormir nos berços e não nas camas das puérperas, no caso do alojamento conjunto e UCINCA;
- Instruir a não deixar o RN sozinho no caso de abertura de uma grade;
- Alertar sobre a necessidade de transportar o recém-nascido sempre no berço devidamente identificado e sempre utilizar o elevador para transporte deste;
- Informar que o paciente deve dormir obrigatoriamente no seu leito, não é permitido dormir nas poltronas reservadas para acompanhantes;
- Orientar a não dormir com a criança na cama ou berço;
- Instruir a levantar as grades da berços/camas sempre que se afastar do paciente e, mantê-las erguidas;
- Alertar para a necessidade de manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança;
- Orientar o uso de calçados antiderrapantes, principalmente durante o banho de aspersão, com ou sem auxílio da enfermagem;
- Manter pertences e objetos mais utilizados próximos do leito, bem como, no momento do banho manter os utensílios de higiene próximos ao paciente;
- Orientar a não deixar a criança em lugares altos sem a presença do acompanhante/responsável;
- Esclarecer que a escada não é local apropriado para brincadeira de crianças;
- Conscientizar a família sobre a importância de o acompanhante manter a vigilância constante sobre o paciente (criança e/ou adolescente);
- Informar a enfermagem na troca do acompanhante/responsável;
- Orientar a família sobre a necessidade de comunicar a enfermagem caso deixe o paciente sozinho;
- Chamar a equipe de enfermagem, se houver dificuldade de locomoção e mobilização;
- Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso em caso de mobilização do paciente;
- Manter o quarto organizado e livre de obstáculos;

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	<b>Página 12 de 29</b>	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

- Orientar o paciente a levantar devagar, sentar no leito e apoiar os pés sobre a escada ou no chão, para depois sair da cama (essa orientação também deve ser dada ao acompanhante);
- Orientar a família e/ou responsável sobre o risco de queda relacionado ao “comportamento de risco” de acordo com a condição clínica (a influência do diagnóstico no aumento do risco) do paciente;
- Orientar a família/acompanhante/paciente sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem apresentar e/ou potencializar sintomas, tais como vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos, que aumentam o risco de queda;
- Arquivar no prontuário o Termo de Responsabilidade Compartilhada para Risco de Queda em Ambiente Hospitalar – Criança (ANEXO 2) e / ou Termo de Responsabilidade Compartilhada para Risco de Queda em Ambiente Hospitalar – Binômio (ANEXO 3), assinado pelo acompanhante e enfermeiro responsável e entregar a segunda via ao acompanhante.

## 6. MEDIDAS DE MANEJO EM CASO DE OCORRÊNCIA DE QUEDA

Considerando que mesmo com a instituição de estratégias sistematizadas para prevenir o incidente de queda, esse pode acontecer, faz-se necessário estabelecer e capacitar toda equipe multiprofissional quanto às medidas contingenciais dos danos, uma vez que essas medidas poderão minimizar ou impedir possíveis complicações para o paciente. O paciente deverá, portanto, ser avaliado e atendido imediatamente pela equipe assistencial para mitigação dos possíveis danos:

- ✓ Proceder a avaliação pelo enfermeiro – sinais vitais e nível de consciência;
- ✓ Solicitar avaliação médica;
- ✓ Avaliar medicamentos prescritos (checar uso de anticoagulantes) e infusão de dieta, suspender estes, até a liberação médica;
- ✓ Avaliar as circunstâncias da queda;
- ✓ O médico deve registrar história clínica e exame físico geral;
- ✓ Caso a queda tenha resultado em trauma cranioencefálico, a criança deverá ser avaliada pelo médico imediatamente e deverá ser observada rigorosamente nas primeiras 6 horas após o evento. De acordo com a avaliação inicial e evolução do quadro clínico do paciente nas horas seguintes, será avaliada a necessidade de exame de imagem (tomografia computadorizada de crânio) e de transferência para hospital referência em urgência neurocirúrgica pediátrica. Deverá ser observado: alteração do nível de consciência (utilizar Escala de Coma de Glasgow), convulsões, perda de consciência prolongada pós-trauma, cefaleia, sonolência excessiva, amnésia lacunar,





Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 13 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

irritabilidade, letargia, presença de abaulamento da fontanela, distúrbio do comportamento, perda da força nos membros, dificuldade na fala, náusea, vômito, visão dupla;

- ✓ Caso suspeita de fraturas solicitar exame de imagem conforme indicação (Raio X ou Tomografia Computadorizada), após avaliação se necessitar de parecer do especialista, poderá ser acionado o ortopedista do hospital ou encaminhar para o serviço hospitalar de referência na rede;
- ✓ Registrar detalhadamente no prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda: data, horário, local da queda (banheiro, quarto, etc.), características (própria altura, maca/cama, assento), como ocorreu a queda, se o paciente estava com acompanhante, se foi ou não assistida, condutas adotadas, exames solicitados e consequências para o paciente. Em caso de ocorrência de danos, classificar conforme o Quadro 3.

<b>QUADRO 3. CLASSIFICAÇÃO DO DANO PÓS-QUEDA:</b>		
<b>CLASSIFICAÇÃO DO DANO</b>	<b>EXEMPLOS</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>
Sem Lesão	Sem lesão decorrente da queda.	Nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento.
Dano Leve	- TCE leve – Glasgow 15 a 14. - Pequenos cortes - Escoriação da pele - Hiperemia - Hematoma menor	Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias (ex.: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve).
Dano Moderado	- TCE moderado – Glasgow 13 a 9 - Sangramento - Laceração requerendo sutura - Luxação - Entorse.	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
Dano Grave	- TCE grave – Glasgow 8 a 3 - Fratura - Hematoma subdural	Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/ cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
Óbito	- Morte	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte.

Fonte: Adaptado de Runciman et al.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página <b>14</b> de <b>29</b>	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

## 7. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

QUADRO 5. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:	
PROFISSIONAL	RESPONSABILIDADES
Comum a toda Equipe Multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir com a equipe assistencial na identificação de sinais de risco de queda e comunicar imediatamente ao enfermeiro de plantão;</li> <li>• Reforçar as orientações descritas nesse protocolo ao paciente e acompanhante;</li> <li>• Registrar a conduta terapêutica em prontuário;</li> <li>• Comunicar ao enfermeiro caso ocorra uma queda de paciente.</li> <li>• Realizar o registro da ocorrência de uma queda, no prontuário do paciente e notificar no VIGHOSP.</li> </ul>
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar a escala de avaliação de risco na admissão e diariamente;</li> <li>• Coletar assinatura do responsável no Termo de Responsabilidade Compartilhada para Risco de Queda na admissão (ANEXO 2 e 3);</li> <li>• Registrar o valor do somatório da escala e sinalizar o risco de queda nos instrumentos do Processo de Enfermagem;</li> <li>• Inserir no Sistema AGHU durante a prescrição de Enfermagem o diagnóstico de Risco de Queda para pacientes com alto risco e incluir na prescrição de enfermagem as intervenções de enfermagem quanto a esse diagnóstico;</li> <li>• Orientar os pacientes e seus acompanhantes quanto ao risco de queda e medidas preventivas;</li> <li>• Sinalizar o risco de queda no leito;</li> <li>• Atender o paciente que sofreu queda e solicitar avaliação médica.</li> </ul>
Técnico de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir com a equipe assistencial na identificação de sinais de risco de queda e comunicar imediatamente ao enfermeiro de plantão;</li> <li>• Auxiliar na manutenção da identificação do risco de queda no leito, bem como observância da conduta de prevenção preconizada pela equipe;</li> <li>• Informar na passagem de plantão os pacientes que foram incluídos como paciente com risco para queda no seu turno de trabalho;</li> <li>• Prestar assistência ao paciente que sofreu uma queda.</li> </ul>
Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que podem causar vertigens, tonteiras, hipoglicemia, entre outros que aumentam o risco de queda;</li> <li>• Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do cliente);</li> <li>• Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as</li> </ul>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página <b>15</b> de <b>29</b>	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

	<p>interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar paciente e acompanhante sobre as medidas específicas de prevenção de quedas;</li> <li>• Promover os cuidados preventivos da queda;</li> <li>• Avaliar paciente que sofreu queda;</li> <li>• Solicitar exames ou parecer de especialista de acordo com a condição clínica do paciente, conforme estabelecido neste protocolo;</li> <li>• Registrar no prontuário a avaliação médica, após queda.</li> </ul>
Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação fisioterapêutica (focar nas etapas de neurodesenvolvimento);</li> <li>• Definir a necessidade de Fisioterapia Motora;</li> <li>• Traçar os objetivos e determinar as condutas fisioterapêuticas de acordo com avaliação de mobilidade do paciente;</li> <li>• Definir as recomendações para saída do leito;</li> <li>• Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme avaliação;</li> <li>• Orientar paciente e acompanhante sobre as medidas específicas de prevenção de quedas;</li> <li>• Realizar mudanças de decúbito com controle postural promovendo adequações de medidas de segurança nas crianças internadas;</li> <li>• Manter vigilância adequada do leito: elevar a grade da cama/berço; fechar portinholas da incubadora após atendimento.</li> <li>• Advertir ao acompanhante a importância de manter o leito seguro;</li> <li>• Seguir os cuidados relacionados às intervenções na prevenção do risco de quedas;</li> <li>• Promover os cuidados preventivos da queda.</li> </ul>
Terapia Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação do desempenho ocupacional do paciente conforme solicitação da equipe assistencial ou por busca ativa, levantando questões referentes a realização de suas ocupações, incluindo atividades básicas de vida diária (ABVD's) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD's);</li> <li>• Avaliar a capacidade funcional da criança, adolescente e/ou acompanhante de realizar atividades da vida diária de forma independente e fornecer assistência conforme necessário;</li> <li>• Favorecer o treino de ABVD's no contexto hospitalar para que essas atividades sejam realizadas com segurança e possibilitem a funcionalidade e independência do paciente, assim como orientar o acompanhante;</li> </ul>



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 16 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar o acompanhante ou familiar a organizar os materiais necessários para realização de trocas de roupa e higiene da criança, para que não necessite afastar-se da mesma durante a realização dessas atividades de autocuidado;</li> <li>• Orientar ao familiar e/ou acompanhante sobre as atividades de brincar que podem ser realizadas no leito, garantindo a segurança da criança durante a internação;</li> <li>• Confeccionar adaptações funcionais e orientar o uso nas atividades diárias de maneira segura e eficaz;</li> <li>• Orientar o paciente e familiar/acompanhante acerca de possíveis modificações no ambiente hospitalar e domiciliar que possam minimizar os fatores de risco de queda;</li> <li>• Promover a organização da rotina tanto no ambiente hospitalar quanto domiciliar, rastreando as ocupações que podem suscitar algum risco de queda para o paciente;</li> <li>• Comunicar e discutir com a equipe de saúde sobre os riscos iminentes de queda e favorecer orientações pertinentes ao paciente e acompanhante.</li> </ul>
Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a prescrição médica do paciente verificando possibilidade de alteração das medicações que aumentam o risco para queda, de acordo com suas características farmacológicas e com o protocolo sugerido pelo Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP);</li> <li>• Realizar contato com o médico responsável pelo paciente;</li> <li>• Dar suporte e apoio técnico à equipe multidisciplinar na identificação de fármacos e interações medicamentosas que possam aumentar o risco de queda;</li> <li>• Contribuir com a equipe assistencial na identificação de sinais de risco de queda e comunicar imediatamente ao enfermeiro de plantão;</li> <li>• Divulgar lista de medicamentos associados à ocorrência de quedas e recomendações para minimizar os riscos.</li> <li>• Caso tenha ocorrido uma queda, analisar a prescrição médica identificando os medicamentos que podem ter ocasionado a queda e sugerir, caso possível, a substituição ou ajuste do aprazamento dos fármacos que podem tê-la provocado de forma a minimizar esse efeito.</li> </ul>
Serviço Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação social do paciente;</li> <li>• Participar com a equipe assistencial na identificação de sinais de risco de queda e comunicar imediatamente ao enfermeiro de plantão;</li> <li>• Uma vez identificado o risco de queda pela equipe assistencial, registrar as intervenções realizadas para a solicitação de acompanhante para o paciente;</li> <li>• Realizar discussão do caso com a equipe multidisciplinar e manter acompanhamento do caso durante a internação;</li> </ul>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página <b>17</b> de <b>29</b>	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceder junto à enfermagem a intervenção em casos de recusa e de não adesão às medidas preventivas e registrar em prontuário todo o processo de negociação com o paciente e/ou familiar.</li> </ul>
Psicologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação psicológica do paciente;</li> <li>• Avaliar paciente sem acompanhante e registrar as intervenções realizadas para a solicitação de acompanhante para pacientes com risco de queda;</li> <li>• Realizar discussão do caso com a equipe multidisciplinar e manter acompanhamento psicossocial do caso durante a internação;</li> <li>• Realizar orientação e apoio psicológico aos familiares;</li> <li>• Proceder junto à enfermagem a intervenção em casos de recusa e de não adesão às medidas preventivas;</li> <li>• Registrar em prontuário todo o processo de negociação com o paciente e/ou familiar em casos de recusa e de não adesão às medidas preventivas de queda com a equipe assistencial na identificação de sinais de risco de queda.</li> </ul>
Hotelaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter um ambiente seguro no âmbito da higiene e organização, de forma a deixar as passagens livres;</li> <li>• Sinalizar com placas, identificando piso úmido, durante procedimentos de limpeza e higienização;</li> <li>• Manter pisos limpos e secos.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo Grupo de Trabalho em Queda.

## 8. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Inclusão: Pacientes pediátricos internados nas unidades assistenciais do hospital.

Exclusão: Pacientes adultos internados nas unidades assistenciais do hospital.

## 9. CUIDADOS ESPECIAIS/AÇÕES EM CASOS DE NÃO CONFORMIDADE

- Toda queda (com ou sem danos) deve ser notificada no **VIGIHOSP**;
- Os clientes que sofreram queda com ou sem danos físicos deverão ser avaliados pela equipe médica e de enfermagem e se necessário encaminhados ao serviço social e psicologia.

## 10. FLUXOGRAMAS

Representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho (ANEXO 9).

Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 18 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

## 11. MONITORAMENTO

- a. Percentual (%) de pacientes submetidos à avaliação de risco de queda na admissão  
Cálculo: número de pacientes submetidos à avaliação de risco de queda na admissão usando uma escala de avaliação de risco / número de pacientes internados no hospital x 100.
- b. Percentual (%) de pacientes de risco moderado/alto recebendo cuidado preventivo para queda.  
Cálculo: número de pacientes de risco moderado/alto recebendo cuidado preventivo para queda / número de pacientes internados com risco no hospital x100  
Incidência de queda no hospital
- c. Cálculo: Número de quedas de pacientes / número de pacientes-dia x 1000.

## 12. 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.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo Prevenção de Quedas**, Anexo 01:12; 2013.
- BORDALO, I.; CALDEIRA, N. **Implementação de um Programa de Gestão de Quedas em Contexto Pediátrico**. 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília, 2013.
- HILL-RODRIGUEZ, D.; MESSMER, P. R.; WILLIAMS, P. D.; ZELLER, R.A. *et al.* The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, v. 14, n. 1, p. 22-32, 2009
- MORSE, J. M. **"Preventing patient falls: establishing a fall intervention program"**. undefined, 2009.
- RUNCIMAN et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.
- VIEIRA, G.L.C. et al. Quedas entre crianças e adolescentes internados em hospitais: Revisão Integrativa de Literatura. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 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.





Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 19 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

**ANEXO 1 – Escala de Avaliação do Risco de Queda Pediátrica *Humpty Dumpty* Adaptada – Frente.**

Parâmetros	Critérios	Pontos	Definições
Idade	Menos de 3 anos	4	Devido a uma menor estabilidade na marcha até os 3 anos e menor percepção dos perigos.
	3 a 6 anos	3	As crianças ganham capacidade total de equilíbrio na marcha, mas ainda há probabilidade de ocorrer quedas. Melhora a percepção de segurança embora ainda incipiente.
	7 a 12 anos	2	Melhoria da análise do ambiente que a rodela, socialização aumenta.
	Acima 13 anos	1	Boa capacidade para analisar o ambiente que o rodeia.
Sexo	Masculino	2	De acordo com a evidência científica, têm maior probabilidade de cair.
	Feminino	1	As crianças do sexo feminino têm menor probabilidade de cair
Diagnóstico	Neurológico	4	Criança com alterações neurológicas permanentes ou quando seu diagnóstico atual apresentar alterações do estado de consciência e orientação, mesmo que por curtos períodos. Ex.: convulsão, traumatismo craniano, hidrocefalia, paralisia cerebral, cefalohematomas, hemorragia intracraniana.
	Alterações de oxigenação	3	Diagnóstico que resulte na diminuição da oxigenação cerebral ou diminuição do transporte de oxigênio pelos glóbulos vermelhos. Ex.: asma, cardiopatia, desidratação, anemia, anorexia, síncope.
	Transtornos psíquicos	2	Diagnóstico que predisponha a períodos de desorientação/alteração de comportamento reversíveis, durante os quais, aumenta a probabilidade de queda. Pode incluir alterações de humor (depressão / doença bipolar) e comportamentos impulsivos.
	Outros diagnósticos	1	Criança cujo diagnóstico não influencia o estado neurológico nem o equilíbrio na marcha. Qualquer diagnóstico que não se encaixe em nenhum dos itens anteriores.
Fatores ambientais	Histórico de quedas ou criança com < 3 anos em cama	4	Criança teve quedas presenciadas nos últimos 3 meses relacionadas com a postura ou tonturas. Excluir as quedas que ocorrem durante o processo normal de aprendizagem para andar. Lactente em cama, por falta de recursos materiais do serviço (não considerar acamados).
	Paciente usa dispositivos auxiliares ou criança < 3 anos no berço	3	Criança que utiliza aparelhos para auxiliar na marcha (ex.: muletas). Bebês ou crianças de 1 a 3 anos alocadas adequadamente em berço. Presença no ambiente de mobilias como escadinhas, cadeiras, etc., que favoreçam o risco de queda. Ambiente pouco iluminado
	Paciente > 3 anos em cama e / ou acamado	2	Criança maior de 3 anos alocada em cama, desde que apropriado a idade e ao estágio de desenvolvimento. Criança acamada, em berço ou cama.
	Paciente ambulatorial	1	Criança que deambula, sem riscos acrescidos como os acima citados.
Medicação utilizada	Uso de 2 ou mais medicamentos	3	Criança medicada com 2 ou mais fármacos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos
	Uso 1 dos medicamentos acima mencionados	2	Uso combinado de fármacos que, pelas suas ações terapêuticas e/ou interações medicamentosas possam influenciar negativamente a orientação e o equilíbrio da criança.
	Outros medicamentos/Nenhum	1	Quando a criança não está sob o efeito de fármacos, ou não está medicada com sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos.
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3	Criança totalmente desorientada e que não tem a percepção do risco ligado às suas limitações, nem ligado a fatores externos (ambiental, medicação, diagnóstico). Pode ser aplicado a qualquer grupo etário e é dependente da compreensão das consequências dos seus atos.
	Esquece suas limitações	2	A criança tem a capacidade de compreender as suas limitações, contudo devido a fatores como a idade, o diagnóstico, as alterações funcionais recentes, a criança esquece as suas limitações. Ex.: perda de consciência ou hipoglicemia.
	Orientado de acordo com suas capacidades	1	Criança que se encontra orientado no tempo e espaço, reconhecendo as suas limitações. Capaz de tomar decisões adequadas, compreender consequências das ações.
Cirurgia/sedação/anestesia	Há 24 horas	3	A cirurgia e/ou procedimento ocorreu há ≤ 24 horas. Criança com o estado mental e capacidade motora com potencial de se encontrar afetado pela medicação anestésica.
	Há 48 horas	2	A cirurgia e/ou procedimento ocorreu há ≤ 48 horas. Criança com o estado mental e capacidade motora com pouco potencial de se encontrar afetado pela medicação anestésica.
	Há mais de 48 horas/ Nenhum	1	A cirurgia e/ou procedimento ocorreu há > 48 horas. Sem risco acrescido de queda.
Escore	<b>Baixo risco: 7 a 11 pontos</b>		<b>Alto risco: 12 a 23 pontos</b>

Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 20 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

**ANEXO 1 – Escala de Avaliação do Risco de Queda Pediátrica *Humpty Dumpty* Adaptada – Verso.**

Protocolo padrão de baixo risco (7 - 11 pontos):	Protocolo padrão de alto risco (12 – 23 pontos):
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama na posição mais baixa, travada e grades elevadas;</li> <li>• Avaliar a distância entre as grades, de acordo com a criança, utilizar precauções de segurança adicionais, se necessário;</li> <li>• Na criança que deambula usar calçados e roupas de tamanho adequado para evitar o risco de tropeçar;</li> <li>• Avaliar as necessidades da criança quanto as eliminações, auxiliar conforme necessário;</li> <li>• Manter ambiente livre de equipamentos não utilizados e o trajeto livre entre a enfermagem e o posto de enfermagem;</li> <li>• Avaliar a necessidade de iluminação adequada no período noturno;</li> <li>• Disponibilizar informação para crianças e acompanhantes/responsáveis.</li> <li>• Documentar as orientações fornecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o leito do paciente com a <b>SINALIZAÇÃO</b> para alto risco de queda;</li> <li>• Instruir paciente/pais sobre as precauções do protocolo de quedas;</li> <li>• Verificar o paciente no mínimo a cada hora;</li> <li>• Acompanhar o paciente que deambula;</li> <li>• Adequar a acomodação a faixa etária e fase de desenvolvimento da criança;</li> <li>• Considerar a possibilidade de mudar o paciente para ficar mais próximo posto de enfermagem;</li> <li>• Avaliar a necessidade de supervisão individual;</li> <li>• Avaliar os horários da administração de medicamentos;</li> <li>• Remover do quarto todo o equipamento não utilizado;</li> <li>• Providenciar barreiras protetoras para vedar espaços e aberturas entre grades de cama e berço</li> <li>• Manter a porta aberta o tempo todo, a menos que a precaução de isolamento específica esteja em uso;</li> <li>• Manter a cama na posição mais baixa, a menos que o paciente receba cuidados diretos;</li> <li>• Documentar as orientações fornecidas pela enfermagem e o plano de cuidados.</li> </ul>



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página <b>21</b> de <b>29</b>	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

### ANEXO 2 – Termo de Responsabilidade Compartilhada para Risco de Queda – Criança.

NOME:		NOME SOCIAL:		
SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:	PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS - CRIANÇA

A queda de crianças às vezes faz parte do seu desenvolvimento, no entanto, dentro do ambiente hospitalar a chance de cair aumenta e pode até comprometer o tratamento do paciente. Segue abaixo algumas orientações que devem ser seguidas nesse ambiente.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente das orientações a mim fornecidas, em relação aos cuidados que devo ter quanto a Prevenção de Quedas, conforme descrito abaixo:

Dessa forma estão abaixo descritas as orientações a serem seguidas para reduzir o risco de queda:

- A criança, preferencialmente, não deve permanecer sem acompanhante;
- Não adormecer com a criança ou bebê na poltrona;
- Manter grades de cama ou berço elevadas;
- Cuidado ao segurar o bebê;
- Crianças não podem correr pelas dependências do hospital, nem permanecer nas escadas;
- Não deixar a criança sozinha em lugares altos;
- Manter ao alcance pertences e objetos mais utilizados;
- Conheça os efeitos dos medicamentos que a criança está recebendo;
- Toda saída do leito deve ser orientada pela enfermagem com acompanhamento do familiar;
- Certifique-se que o chão está seco e livre de obstáculos;
- Informar à enfermagem o período em que o usuário permanecerá sem acompanhante;
- Manter pertences e objetos mais utilizados próximos do leito, bem como, no momento do banho manter os utensílios de higiene próximos ao paciente;
- Não deixe o ambiente totalmente escuro a noite (usar luz de cabeceira ou do banheiro acesa);
- Informar a ocorrência de queda à equipe de enfermagem.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável (2ª orientação)

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo – Enfermeiro Responsável

*Dicas! O Termo de Responsabilidade Compartilhada deve ser aplicado na admissão a toda criança, verifique ao final se o responsável ainda possui dúvidas. Arquivo o termo no prontuário e entregue uma cópia ao acompanhante.*

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 22 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

### ANEXO 3 – Termo de Responsabilidade Compartilhada para Risco de Queda – Binômio.

NOME:		NOME SOCIAL:		
SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:	PRONTUÁRIO:	ENFERMARIA:	LEITO:

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS - BINÔMIO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente das orientações a mim fornecidas, em relação aos cuidados que devo ter quanto a Prevenção de Quedas, conforme descrito abaixo:

CUIDADOS PARA MÃE E FILHO:

- Dormir obrigatoriamente na cama. Não é permitido dormir nas poltronas destinadas ao uso dos acompanhantes;
- O bebê deve dormir no seu berço, nunca na cama da mãe ou no colo;
- Para dar banho no recém-nascido, enrole-o no cueiro. Ele se sentirá mais seguro e terá menor risco de escorregar de suas mãos;
- Andar sempre que possível com calçados antiderrapantes;
- Utilizar adequadamente, e quando necessário, instrumentos que auxiliam na deambulação (bengalas, andadores, etc);
- Manter o uso de óculos e aparelhos auditivos;
- Chamar a equipe de enfermagem, se houver dificuldade de locomoção e mobilização ou se precisar de ajuda para dar o 1º banho do recém-nascido;
- Transportar o bebê no berço;
- Não tomar medicações que não estejam prescritas pelo médico;
- Levantar as grades das camas e macas sempre que se afastar do paciente, e mantê-las erguidas, quando recomendados;
- Manter pertences e objetos mais utilizados próximos do leito, bem como, no momento do banho manter os utensílios de higiene próximos;
- Manter o quarto organizado e livre de obstáculos;
- Permanecer com o acompanhante/ou profissional de enfermagem ao transitar pelas dependências do hospital (Banco de Leite, UTIN);
- Levantar para sair do leito do pré-parto pelo meio da cama, em caso de gestantes e puérperas;
- Levantar somente com supervisão e autorização da equipe de enfermagem em caso de gestantes ou puérperas em uso de sulfato de magnésio;
- Ir para o banho após o parto somente com supervisão da enfermagem.

Assinatura do Responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável (2ª orientação) \_\_\_\_\_

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Assinatura e carimbo – Enfermeiro Responsável \_\_\_\_\_

*Dicas! O Termo de Responsabilidade Compartilhada deve ser aplicado na admissão a toda gestante, verifique ao final se a paciente ainda possui dúvidas. Arquivo o termo no prontuário e entregue uma cópia ao paciente.*

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO DE SEGURANÇA</b>	Página 23 de 29	
Título do Documento	<b>PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS</b>	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

**ANEXO 4 – Cartaz de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar.**

# Não deixe seu filho **cair nessa...**

## PREVENÇÃO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS



**Não deixe a criança sozinha, mantenha vigilância constante**



**Acompanhe a criança ao sair da cama, inclusive ao banheiro**



**Mantenha o quarto em ordem, livre de obstáculos**



**Nunca durma com a criança no colo ou na poltrona, lugar de criança é no berço ou na cama**



**Mantenha as grades dos berços e das camas elevadas e as rodinhas travadas**



**Conheça os efeitos dos medicamentos que a criança toma (alguns podem predispor à queda)**








Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 24 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

**ANEXO 5 – Panfleto de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar – Frente.**

## PREVENÇÃO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS !

**O que é uma queda?**

É a situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo em relação a sua posição inicial. É um evento indesejável que pode causar desconforto e, em casos mais graves, pode ocasionar algum tipo de lesão. Portanto, conhecer os fatores de risco que aumentam o risco de queda e as medidas de prevenção é fundamental.

**São alguns dos FATORES DE RISCO para queda pediátrica**

- Idade menor de 3 anos;
- Diagnóstico e/ou mudança do estado de saúde por exemplo, ocorrência de convulsões, agitação etc;
- Estágio do desenvolvimento (crianças aprendendo andar por exemplo);
- Fatores associados aos pais e/ou responsáveis (desatenção, cansaço, privação do sono, estresse e ausência);
- Mães ou acompanhante da criança com histórico de convulsões ou algum tipo de limitação física;
- Mãe ou acompanhante que utilize medicamentos e/ou drogas ilícitas que agem no sistema nervoso, como antidepressivos, medicamentos para convulsão ou insônia;
- Mãe hospitalizada sem acompanhante para auxiliá-la nos cuidados com a criança;
- Regime terapêutico (uso de remédios que possam causar tontura, vertigem; sedação);
- Fatores ambientais como mobiliário inadequado, pisos molhados, ausência de luz auxiliar à noite.

**Para prevenir a ocorrência de quedas: RECÉM-NASCIDOS**

- Cuidado ao segurar o bebê; a maior parte das quedas em menores de 1 ano é do colo;
- Para dar banho no recém-nascido, enrole-o no cueiro. Ele se sentirá mais seguro e terá menor risco de escorregar de suas mãos;
- Não durma com o recém-nascido no colo, enquanto estiver na poltrona ou na cama, lugar do bebê é no berço;
- Solicite ajuda da enfermagem ou do acompanhante (no alojamento conjunto) durante a amamentação e cuidados com o recém-nascido, caso seja necessário;
- Transporte o bebê no berço ou no colo do responsável (ou acompanhante); desde que estejam sentados em cadeira de rodas.



Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 25 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

**ANEXO 5 – Panfleto de Orientação para Prevenção de Quedas Pediátricas em Ambiente Hospitalar – Verso.**

## Para prevenir a ocorrência de quedas: CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- Mantenha vigilância constante, não deixe o paciente sozinho;
- Mantenha grades de berços e camas elevadas e rodinhas travadas;
- Levante a criança e/ou adolescente do leito devagar;
- Não dormir com a criança na poltrona destinada ao acompanhante;
- Crianças não podem correr pelo hospital, ficar sozinhas em lugares altos ou com escada;
- Se possível, use calçado antiderrapante na criança, principalmente no banho;
- Mantenha o quarto organizado, livre de obstáculos;
- Não deixe o ambiente totalmente escuro à noite (usar luz de cabeceira ou do banheiro acesa);
- Conheça os efeitos dos medicamentos usados pela criança/adolescente (alguns podem predispor à queda);
- Comunique à equipe qualquer alteração no estado de saúde da criança/adolescente ou fator de risco para ocorrência de queda.





## E se uma queda acontecer?

Comunique imediatamente a equipe de enfermagem para que o bebê, criança e/ou adolescente seja avaliado.

Obrigada por ler até aqui! Lembre-se: o perigo de uma criança cair durante o período de internação é real, e a sua colaboração na prevenção de quedas é muito importante! Caso ainda tenha dúvidas, sinta-se à vontade para pedir esclarecimentos ao enfermeiro da unidade. O Hucam agradece.






Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 26 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	01/08/2023

**ANEXO 6 – Panfleto de Orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar – Maternidade – Frente**

## PREVENÇÃO DE QUEDAS NA MATERNIDADE

**O que é uma queda?**

É a situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão, ou a algum plano mais baixo em relação a sua posição inicial. É um evento indesejável que pode causar desconforto e, em casos mais graves, pode ocasionar algum tipo de lesão. Portanto, conhecer os fatores de risco que aumentam o risco de queda e as medidas de prevenção é fundamental.



**Conheça os fatores que aumentam o risco de queda das mulheres na maternidade:**

- Histórico de quedas anteriores;
- Diagnóstico e/ou mudança do estado de saúde, por exemplo, ocorrência de convulsões, agitação, febre, vômitos etc.;
- Histórico de tontura, vista escura, pressão baixa e desmaios;
- Problemas psiquiátricos, depressão, esquecimento, confusões, desorientações ou intensa inquietude;
- Fraqueza muscular, problemas articulares ou deformidades nos pés;
- Dificuldades visuais e/ou auditivas;
- Ausência de acompanhante para auxiliar a mãe nos cuidados com o recém-nascido;
- Uso de equipamentos de auxílio para deambular (bengalas, muletas, andadores) ou cadeira de rodas;
- Uso de medicamentos e/ou drogas ilícitas que agem no sistema nervoso ou provoquem sono, visão embaçada, tontura, pressão baixa, vertigem, fraqueza nas pernas, entre outros;
- Paciente que não consegue controlar a vontade de urinar ou evacuar;
- Paciente e/ou acompanhante com desatenção, cansaço, privação do sono, estresse, entre outros.












Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 27 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

ANEXO 6 – Panfleto de Orientação para Prevenção de Quedas em Ambiente Hospitalar –  
Maternidade – Verso

## Como você pode ajudar a prevenir uma queda?



### Recém-nascido

- Segurar o recém-nascido com cuidado e firmeza;
- Enrolar o recém-nascido no cueiro para dar banho;
- Não dormir com o recém-nascido no colo;
- Solicitar ajuda da enfermagem ou do acompanhante durante a amamentação e cuidados com o recém-nascido, caso seja necessário;
- Transportar o recém-nascido no berço.



### Mãe

- Dormir obrigatoriamente na cama;
- Chamar a equipe de enfermagem, se houver dificuldade de locomoção e mobilização, ou se precisar de ajuda para dar o primeiro banho do recém-nascido;
- Permanecer com o acompanhante/ou enfermagem ao transitar pelas dependências do hospital;
- Levantar com cuidado da cama, principalmente no pós-parto;
- Ir para o banho após o parto somente com supervisão da enfermagem.

### E se uma queda acontecer?

Comuniquê imediatamente à equipe de enfermagem para que o paciente seja avallado.



Obrigado por ler até aqui! Lembre-se: a sua colaboração na prevenção de quedas é muito importante! Caso ainda tenha dúvidas, pergunte à nossa equipe. O Hucam agradece.

Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 28 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão:
		Versão: 1.0	01/08/2023

ANEXO 7 – Placa de Identificação de Leito do Paciente com Risco Alto de Queda.

## PACIENTE COM RISCO ALTO DE QUEDA



**Nunca** deixe o paciente sozinho



Mantenha camas e berços com **grades elevadas, rodas travadas e na posição mais baixa**



Cuidado ao segurar o bebê no colo, **não adormeça com o bebê na poltrona**



Sempre **acompanhe o paciente** quando ele sair da cama, caso necessário peça ajuda da enfermagem



**LEMBRE-SE: SEMPRE QUE PRECISAR OU EM CASO DE DÚVIDAS, CHAME A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

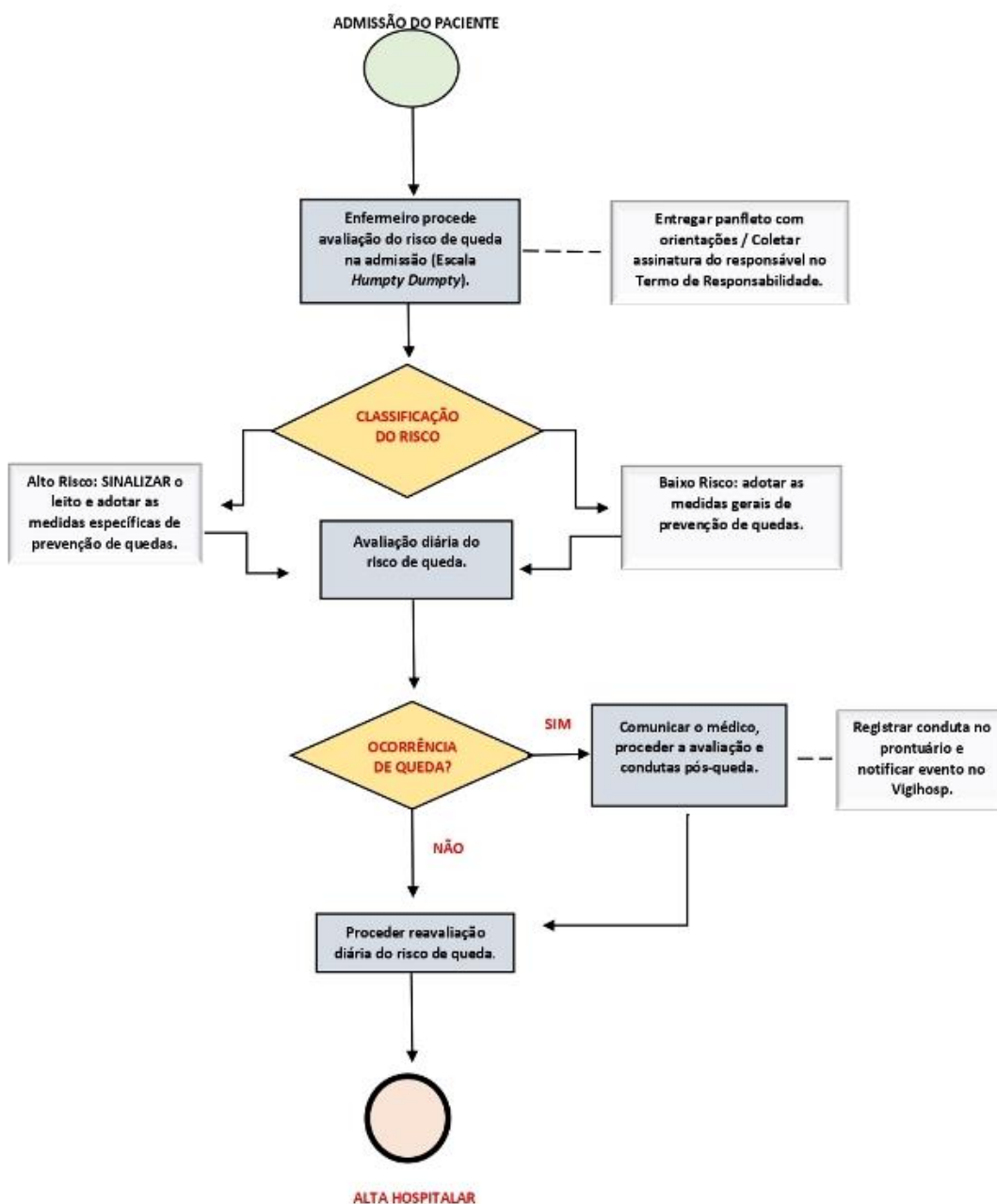







Tipo do Documento	PROTOCOLO DE SEGURANÇA	Página 29 de 29	
Título do Documento	PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEDAS PEDIÁTRICAS	Emissão: 01/08/2021	Próxima revisão: 01/08/2023
		Versão: 1.0	

### ANEXO 8 – Fluxograma do Protocolo de Prevenção e Manejo de Queda Pediátrica.



## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DE ENFERMAGEM

**Pesquisador:** Fabiola Zanetti Resende

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 57930018.0.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.794.528

**Apresentação do Projeto:**

Este estudo será desenvolvido em duas etapas: Etapa 1) Validação de conteúdo das tecnologias de Enfermagem por juizes; Etapa 2) Validação de conteúdo e clareza das tecnologias de Enfermagem pela clientela

**Objetivo da Pesquisa:**

Validar tecnologias educacionais de Enfermagem voltadas para área materno-infantil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios atendem a resolução 466/2012 CNS

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Espera-se com a elaboração de tecnologias aumentar a eficiência da assistência de enfermagem, nessa perspectiva promover o aumento da visibilidade e reconhecimento do profissional de Enfermagem, uma vez que a tecnologia organiza o trabalho profissional. Também, as tecnologias possibilitarão uma reflexão sobre a condição do cliente e o autoconhecimento visto promover participação do usuário como protagonista do processo despertando a consciência crítica e a autonomia.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de Rosto assinada pela diretora do Centro CCS

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3335-7211

**CEP:** 29.040-001

**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.794.528

- Apresenta autorização do HUCAM para realização da pesquisa
- Os 2 TCLE estão de acordo com a resolução
- Orçamento detalhado e de custeio próprio da pesquisadora
- Anexados Formulários e documentos que serão usados na 1ª e 2ª etapa da pesquisa
- Cronograma com datas após da aprovação do projeto pelo CEP

**Recomendações:**

Sem

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Cumpridas

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_737626.pdf	30/09/2016 11:09:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	validateeducacional.pdf	30/09/2016 11:09:26	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Brochura Pesquisa	validateeducacionalset.pdf	30/09/2016 11:06:35	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Outros	FORMULARIOStecnologias.pdf	19/09/2016 12:47:48	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartarespostaCEPtecnosetembro.pdf	19/09/2016 12:46:30	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Folha de Rosto	folharostoplataforma.pdf	29/06/2016 21:18:37	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
Outros	autorizacaotecnologia.pdf	11/06/2016 11:30:56	Fabiola Zanetti Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/06/2016 11:28:28	Fabiola Zanetti Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Marechal Campos 1468  
 Bairro: S/N CEP: 29.040-091  
 UF: ES Município: VITORIA  
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.794.528

VITÓRIA, 27 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**CEP:** 29.040-091

**UF:** ES

**Município:** VITÓRIA

**Telefone:** (27)3335-7211

**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com