

Original

Prevenção e manejo de quedas de recém-nascidos hospitalizados: perspectivas de mães e dos profissionais de enfermagem

Prevention and management of falls in hospitalized newborns: perspectives of mothers and nursing professionals
Prevención y manejo de caídas en recién nacidos hospitalizados: perspectivas de madres y profesionales de enfermería

Brena Luthe Viana do Nascimento¹

ORCID: 0000-0002-9241-183X

Victória Lohreine de Carvalho Grangense²

ORCID: 0009-0001-8279-5155

Larissa Rayane Santos Mota³

ORCID: 0009-0005-1662-7101

Sheimar Maciel de Oliveira⁴

ORCID: 0009-0003-2009-9183

Andréia Ferreira Soares⁵

ORCID: 0000-0002-2532-7494

Johnata da Cruz Matos⁶

ORCID: 0000-0002-3359-4437

Roberta Meneses Oliveira⁷

ORCID: 0000-0002-5803-8605

Resumo

Objetivo: compreender as percepções de mães e dos profissionais de enfermagem sobre prevenção e manejo de quedas de recém-nascidos hospitalizados. **Métodos:** estudo exploratório, qualitativo, fruto de pesquisa de desenvolvimento experimental fundamentada no Design Thinking. Este artigo aborda as etapas de Empatia e Definição realizadas com 20 profissionais de enfermagem e 34 mães internadas no Alojamento Conjunto da Maternidade Pública de Fortaleza em 2023. Para coleta de dados, utilizaram-se entrevista, observação, registros fotográficos e análise documental. Os achados foram submetidos à Análise de Conteúdo no software MAXQDA. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética (nº 5.974.647/2023). **Resultados:** evidenciaram-se 485 unidades de contexto, distribuídas em seis categorias temáticas. Os participantes revelaram incidentes de quedas presenciados/conhecidos, fatores contribuintes (exaustão materna, dormir com o RN na cama ou amamentando, transportar RN no colo, grades dos leitos abaixadas); consequências (traumatismos, fraturas, medo, sensação de culpa); e condutas para prevenção e intervenção (manter-se alerta ao amamentar, elevar grades das camas, manter bebê no berço, transporte seguro, fornecer material educativo para mães). **Conclusão:** mães e profissionais conhecem os fatores contribuintes e consequências das quedas neonatais, sendo urgente a necessidade de sua integração como protagonistas nas ações de promoção da segurança do paciente.

Descritores: Recém-nascido; Maternidades; Alojamento Conjunto; Acidentes por queda; Segurança do Paciente.

^{1,5,7}Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{2,3,4,7}Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{1,5,6}Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Autor correspondente:
Roberta Meneses Oliveira
E-mail: robertameneses@ufc.br

O que se sabe?

Anualmente, acidentes por queda matam crianças e recém-nascidos em todo o mundo. Especialistas alertam que muitos desses incidentes ocorrem em unidades hospitalares, devendo esse indicador ser avaliado com seriedade.

O que o estudo adiciona?

Apesar das quedas neonatais serem comuns em hospitais, não existe consenso sobre como preveni-las. Este estudo investigou o fenômeno sob as perspectivas de mães e dos profissionais de enfermagem em uma abordagem teórico-metodológica inovadora.



Como citar este artigo: Nascimento BLV, Grangense VLC, Mota LRS, Oliveira SM, Soares AF, Matos JC, Oliveira RM. Prevenção e manejo de quedas de recém-nascidos hospitalizados: perspectivas de mães e dos profissionais de enfermagem. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2024 [citado em: dia mês abreviado ano];13: 13: e5137. DOI: 10.26694/reufpi.v13i1.5137

Abstract

Objective: to understand the perceptions of mothers and nursing professionals about the prevention and management of falls in hospitalized newborns. **Methods:** exploratory and qualitative study, resulting from experimental development research based on Design Thinking. This article addresses the stages of Empathy and Definition carried out with 20 nursing professionals and 34 mothers hospitalized in the Rooming-In Care of the Public Maternity Hospital of Fortaleza in 2023. For data collection, interviews, observation, photographic records and document analysis were used. The findings were submitted to Content Analysis using the MAXQDA software. Approval was obtained from the Ethics Committee (nº 5,974,647/2023). **Results:** a total of 485 context units were evidenced, distributed in six thematic categories. The participants revealed incidents of witnessed/known falls, contributing factors (maternal exhaustion, sleeping with the NB in bed or breastfeeding, carrying NB in the lap, bed rails lowered); consequences (trauma, fractures, fear, sense of guilt); and behaviors for prevention and intervention (staying alert when breastfeeding, raising bed rails, keeping baby in the crib, safe transportation, providing educational material for mothers). **Conclusion:** mothers and professionals know the contributing factors and consequences of neonatal falls, and there is an urgent need for their integration as protagonists in actions to promote patient safety.

Descriptors: Infant, Newborn; Hospitals, Maternity; Rooming-in Care; Accidental Falls; Patient Safety.

Resumen

Objetivo: conocer las percepciones de madres y profesionales de enfermería sobre la prevención y manejo de las caídas en recién nacidos hospitalizados. **Métodos:** estudio exploratorio, cualitativo, resultado de una investigación experimental para el desarrollo basada en el Design Thinking. Este artículo abarca las etapas de Empatía y Definición realizadas con 20 profesionales de enfermería y 34 madres internadas en la Unidad de Alojamiento Conjunto de la Maternidad Pública de Fortaleza en 2023. Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas, observación, registros fotográficos y análisis documental. Los hallazgos se sometieron a análisis de contenido utilizando el programa MAXQDA. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética (nº 5.974.647/2023). **Resultados:** Se evidenciaron 485 unidades de contexto, distribuidas en seis categorías temáticas. Los participantes revelaron incidentes de caídas presenciadas/conocidas, factores contribuyentes (agotamiento materno, dormir con el RN en la cama o amamantando, llevar el RN en el regazo, barandillas de la cama bajas); consecuencias (trauma, fracturas, miedo, sentimiento de culpa); y conductas para la prevención e intervención (mantenerse alerta durante la lactancia, subir las barandillas de la cama, mantener al bebé en la cuna, transporte seguro, proporcionar material educativo para las madres). **Conclusión:** las madres y los profesionales conocen los factores contribuyentes y las consecuencias de las caídas neonatales, y existe una necesidad urgente de su integración como protagonistas en las acciones para promover la seguridad del paciente.

Descriptores: Recién Nacido; Maternidades; Alojamiento Conjunto; Accidentes por Caídas; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

Em 2021, o desafio global da Organização Mundial da Saúde para a Segurança do Paciente introduziu o tema “Maternidade segura e cuidados neonatais”, com os objetivos de aumentar a consciencialização sobre as questões da segurança materna e dos recém-nascidos (RN), envolver as múltiplas partes interessadas e adotar estratégias eficazes e inovadoras para melhorar a segurança materna e neonatal e defender a adoção de melhores práticas nos serviços de saúde para prevenir riscos e danos evitáveis para todas as mulheres e RN.⁽¹⁾

Nesse sentido, um dos maiores riscos à segurança do RN hospitalizado é o de quedas, definidas como um deslocamento involuntário para um nível inferior à posição, provocado por eventos multifatoriais, que podem resultar em danos ou não.⁽²⁾

No contexto das maternidades, especificamente, nas unidades de Alojamento Conjunto (AC), mães e RN em risco de queda devem ser submetidos a vigilância adequada, o que requer colaboração da equipe interdisciplinar, minimizando as interrupções do sono materno e fornecendo orientações para diminuir as situações de risco de quedas.⁽³⁻⁴⁾

Em todo o mundo, acidentes provocados por queda são classificados como a segunda principal causa de mortes.⁽⁵⁾ Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, em 2017 foram registrados, em todas as faixas etárias, 15.667 óbitos por queda. Considerando crianças menores de 1 ano, registraram-se 42 óbitos, dos quais 18 caíram de mobília/leito.⁽⁶⁾

Em estudo realizado na Nova Zelândia, de 2015 a 2018, verificou-se a ocorrência de 32 casos de queda de RN (taxa 12,1/10 mil nascidos vivos). Desses, a maioria ocorreu quando a mãe adormeceu durante a amamentação, principalmente à noite e nos fins de semana.⁽⁷⁾

Por outro lado, apesar das quedas de RN nas unidades de saúde serem evidenciadas em todo o mundo, estudiosos alertam sobre a necessidade de um olhar mais apurado para essa população, sendo a taxa de incidência ainda desconhecida. Devido a isso, não existe consenso sobre uma adequada política para prevenir quedas em RN hospitalizados, bem como existe carência de ferramentas de avaliação de risco validadas e voltadas ao RN.⁽⁸⁾

Embora seja crescente o reconhecimento dos profissionais de saúde sobre os riscos associados a quedas de RN, os pais desses bebês frequentemente desconhecem a possibilidade desse incidente, especialmente no hospital. Apesar da maioria das quedas não resultar em danos, elas podem requerer serviços de saúde adicionais e causar estresse aos envolvidos.⁽⁹⁾

Ao compreender as circunstâncias associadas às quedas de RN, torna-se possível orientar estratégias de prevenção desses incidentes. O AC proporciona oportunidades para a equipe de saúde não apenas fornecer orientação e suporte sobre práticas seguras de sono, mas também para prevenir queda em neonatos.⁽¹⁰⁾ Diante do exposto, questiona-se: quais as circunstâncias e os fatores relacionados a incidentes de quedas de RN em unidade de AC de uma maternidade pública? E quais as percepções das mães e dos profissionais de saúde do AC sobre esses incidentes, bem como suas estratégias de prevenção e consequências?

O estudo se justifica diante das evidências de que um evento como a queda do RN hospitalizado envolve inúmeras consequências, tais como aumento do tempo de internação e de eventos adversos, com impacto na imagem da instituição e no aumento dos custos.

Diante do exposto, objetivou-se compreender as percepções de mães e dos profissionais de enfermagem sobre prevenção e manejo de quedas de recém-nascidos hospitalizados.

MÉTODOS

Para descrever o processo de coleta e análise dos dados qualitativos, utilizou-se o roteiro Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ).

Tipo de pesquisa

Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, fruto de pesquisa de desenvolvimento experimental fundamentada na metodologia do Design Thinking (DT). O estudo tinha, como proposta, o desenvolvimento de intervenção para prevenção e manejo de quedas de RN em AC. Para tanto, adotaram-se as cinco etapas do DT: empatia, definição, ideação, prototipação e teste.⁽¹¹⁾ O presente manuscrito abrange os resultados das duas primeiras etapas, nas quais a equipe responsável por tentar resolver o problema buscou, por meio da empatia e da imersão, identificar os anseios, os desejos e as necessidades dos participantes.

Local e período em que foi realizada a pesquisa

O estudo foi realizado em maternidade pública, considerada unidade de assistência, ensino e pesquisa, de um Complexo Hospitalar Universitário localizado em Fortaleza, Ceará. A coleta dos dados ocorreu no período de maio a agosto de 2023 na unidade de Alojamento Conjunto, que conta com 30 leitos de puerpério fisiológico.

População/amostra estudada, critérios de inclusão e/ou exclusão

Para atender aos objetivos do estudo, foram formados dois grupos: Grupo 1 (profissionais envolvidos no cuidado direto aos RN do AC, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e Grupo 2 (mães dos RN internados na unidade de AC).

Adotou-se amostragem intencional. Todos os participantes foram abordados na unidade e quem estava disponível para participar foi convidado. Ao final de quatro meses, o estudo contou com um total de 54 participantes, incluindo 20 profissionais de enfermagem e 34 mães de RN, número alcançado por saturação teórica dos dados.

Para os profissionais de enfermagem, o critério de inclusão era trabalhar no AC há pelo menos 1 ano. Para as mães, foram adotados os seguintes critérios: ser maior de 18 anos e estar com o bebê internado na unidade há pelo menos 1 dia. Como critérios de exclusão, foram considerados déficit cognitivo ou dificuldade de compreensão do roteiro de entrevista.

Instrumentos e técnicas para coleta dos dados

Na etapa de Empatia, foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta dos dados: entrevistas, observação participante, registros fotográficos e análise de notificações de incidentes em sistema eletrônico.

Para as observações, foi elaborado um checklist que serviu de roteiro para o diário de campo. Observaram-se aspectos da estrutura da unidade, processo de trabalho da equipe, cuidados prestados ao RN pelas mães e pelos profissionais, bem como riscos ambientais. Assim, foi possível levantar os riscos, as condutas e as reações das pessoas diante das circunstâncias que envolviam o risco de quedas dos neonatos. Nesse diário de campo, entre outros aspectos relevantes, dia, hora e categorias profissionais presentes também foram registrados.

Para as entrevistas, adotou-se a modalidade semiestruturada. Foram entrevistadas as mães dos bebês e os profissionais de enfermagem. Essas entrevistas foram gravadas mediante consentimento prévio dos participantes, favorecendo a análise dos dados.

As perguntas realizadas para as mães foram: seu bebê já chegou a dormir na cama com você? Você já deixou seu bebê sozinho na cama sem ter alguém olhando? Você já amamentou alguma vez sentindo sono ou adormeceu quando estava com seu filho no colo? O que você acha que pode acontecer se você dormir quando estiver com o bebê no colo ou amamentando? Você toma alguma medicação? Como é feito o transporte do seu bebê quando ele (a) é chamado para fazer algum exame? Você já presenciou seu bebê ou outro da unidade cair? Já recebeu orientação sobre prevenção de quedas de RN? Você sabe quais são os principais riscos e consequências de uma queda de RN? O que pode fazer para o bebê não cair?

Para os profissionais de enfermagem, as perguntas foram: você já recebeu algum treinamento sobre prevenção de quedas de RN? Você orienta mães e acompanhantes sobre prevenção de quedas do RN? Você já presenciou algum bebê exposto ao risco de queda? Quais são as principais causas de quedas em RN? Você já presenciou quedas de RN no seu plantão? O que você faria caso algum RN caísse no seu plantão? Existe algum instrumento na instituição para prevenção e condução de queda do RN? Quais as estratégias adotadas pela equipe para prevenção de quedas? Que medidas podem ser implementadas para prevenir o risco de quedas em RN? Você teria sugestões para uma intervenção sobre prevenção e manejo das quedas de RN no AC? Que tipo de intervenção seria, na sua opinião, efetiva?

Sobre as fotografias, incluíram-se imagens da unidade, disposição dos leitos, mobiliário, materiais, cuidados prestados aos bebês e transporte de pacientes, devidamente resguardados em relação à imagem. Quanto à notificação de incidentes, foram analisados os relatórios emitidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente da instituição do período de 2017 até o momento da coleta dos dados.

Cabe destacar que essa coleta de dados foi realizada pela autora principal, que é enfermeira assistencial da unidade e mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente, juntamente com duas acadêmicas de enfermagem membros de um Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão, devidamente treinadas para realizar as entrevistas.

Na etapa de Definição, segunda fase do DT, é necessário definir o problema a ser resolvido, identificado na etapa da Empatia. Assim, o problema corresponde ao desafio a ser solucionado. Para tanto, foram utilizadas as seguintes ferramentas: mapa de empatia, com síntese das informações coletadas na etapa de Empatia que permite a organização dos dados por conceitos (comportamentos, preocupações, aspirações, etc.) e mapa conceitual, trazendo a visualização gráfica dos dados coletados, com o objetivo de simplificar a sua organização visual.

Técnicas para análise de dados

Os dados foram analisados com base na técnica de Análise de Conteúdo nas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.⁽¹²⁾ Utilizou-se o software MAXQDA Analytics Pro, versão 2024.

Para garantir o anonimato, os profissionais foram codificados com as iniciais referentes à categoria (E: enfermeiro e TE: técnico de enfermagem), seguidas dos números correspondentes à ordem de participação. Quanto às mães dos bebês, elas foram codificadas com a inicial "M". Ressalta-se que, nas transcrições dos depoimentos, utilizaram-se frases entre colchetes elaboradas pelas pesquisadoras para dar maior entendimento às respostas, principalmente para aqueles que respondiam às perguntas de forma objetiva e pontual. Na apresentação dos resultados, utilizaram-se quadros e figuras, como mapas conceituais.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição (Parecer nº 5.974.647/2023). Os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.⁽¹³⁾ O termo foi assinado em duas vias pelos participantes.

RESULTADOS

Quanto ao perfil dos 20 profissionais de enfermagem, observou-se que a grande maioria era feminina (95,0%) e com vínculo de trabalho celetista (85,0%), sendo a totalidade dos enfermeiros pós-graduada e com especialização (9). Pouco mais da metade era técnica de enfermagem (55,0%), com média de 41 anos de idade e regime de trabalho de 36 horas semanais. A média de tempo de formação foi

considerada relativamente alta (17,3 anos), demonstrando que os profissionais têm experiência na área, enquanto a média de atuação na unidade foi inferior a dez anos (6,8 anos).

No que diz respeito ao perfil das 34 mães dos RN, observa-se que a maioria reside na capital do Ceará (73,5%); pouco menos da metade possui ensino médio completo (41,1%); renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (44,1%) e metade tem união estável (50,0%). As mães apresentaram médias de 28 anos de idade, 5 dias de internação, 2 filhos e 1 internação prévia.

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com as mães e os profissionais de enfermagem, extraíram-se 485 unidades de análise de contexto e de registro (UC/UR), as quais foram distribuídas em categorias e subcategorias temáticas (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do total de unidades de registro e de contexto da análise de conteúdo por categoria e subcategoria. Fortaleza, CE, Brasil, 2023. (n=485 UR/UC)

Categoria	Subcategoria	Mães UR/UC (%)	Profissionais UR/UC (%)	Total UR/UC (%)
1. Fatores contribuintes para quedas de RN no Alojamento Conjunto	• Exaustão materna / acompanhante (dormir ao amamentar ou com RN no colo)	41 (30,3)	27 (20,0)	135 (27,8)
	• Transportar o RN no colo	23 (17,0)	2 (1,4)	
	• Deixar o RN no leito da mãe sem supervisão	4 (2,96)	10 (7,4)	
	• Deixar as grades dos leitos abaixadas	-	9 (6,6)	
	• Resistência das mães às orientações	-	6 (4,4)	
	• Manter o RN dormindo no leito da mãe	-	5 (3,7)	
	• Peculiaridades do período noturno	-	4 (2,9)	
	• Uso de psicofármacos / anti-hipertensivos	4 (2,96)	-	
2. Eventos de quedas presenciados/ relatados e condutas implementadas	• Características dos incidentes presenciados/ conhecidos	4 (9,1)	14 (31,8)	44 (9,1)
	• Condutas realizadas após a queda	-	26 (59,1)	
	• Comunicar ao plantonista / providenciar exames	-	19 (37,3)	51 (10,5)
	• Levar o RN para o posto de enfermagem	-	8 (15,7)	
3. Ações de melhoria a serem realizadas em caso de queda de RN ^b	• Estabilizar o bebê	-	8 (15,7)	
	• Transferir o RN para unidade de cuidados intermediários / UTI	-	6 (11,8)	
	• Notificar no sistema de informações sobre eventos adversos	-	5 (9,8)	
	• Comunicar as condutas a serem realizadas para a mãe do RN	-	3 (5,9)	
	• Comunicar o incidente a toda a equipe	-	1 (1,9)	
4. Consequências das quedas de RN ^a	• Manter o RN em dieta zero de imediato	-	1 (1,9)	57 (11,8)
	-	57 (11,8)	-	

5. Estratégias de prevenção de quedas de RN no Alojamento Conjunto	• Orientar mães e acompanhantes sobre os fatores contribuintes para quedas	15 (8,6)	86 (49,1)	
	• Ficar atento / ter cuidado	18 (10,2)	-	
	• Manter o RN sempre no berço	10 (5,7)	-	
	• Não dormir / deixar o RN na cama	9 (5,1)	-	
	• Realizar rondas periódicas nas enfermarias / vigiar	1 (0,6)	8 (4,6)	
	• Fornecer material educativo para mães e acompanhantes	-	8 (4,6)	
			4 (2,3)	
	• Despertar as mães cochilando com o RN no colo	-	3 (1,7)	175
	• Promover educação permanente dos profissionais	-	-	(36,1)
	• Ficar próximo do RN	3 (1,7)	-	
	• Seguir as orientações dos profissionais	3 (1,7)	-	
	• Evitar ficar com o RN no colo ao sentir sono	3 (1,7)	1 (0,6)	
		-	-	
	• Avaliar o cansaço das mães durante o plantão	1 (0,6)	-	
		1 (0,6)	-	
6. Sugestões para intervenção ou tecnologia para o manejo dos incidentes de quedas ^b	• Deixar as grades do leito elevadas	1 (0,6)	-	
	• Acompanhante atento			
	• As mães devem evitar dormir amamentando			
	• Elaborar e distribuir material educativo para as mães/ acompanhantes (<i>folder</i> , cartilha, ilustrações)	-	20 (86,6)	
	• Realizar capacitação contínua dos profissionais	-	3 (13,04)	23 (4,7)
Total				485 (100,0)

Legenda: Unidade de Registro (UR); Unidade de Contexto (UC); a. categoria emergiu apenas a partir da análise das entrevistas com as mães; b. categoria emergiu apenas a partir da análise das entrevistas com os profissionais.

Fonte: elaborada pelas autoras.

A maior parte das UR/UC abordou estratégias de prevenção e fatores contribuintes para quedas dos RN em AC (Categorias 5 e 1, respectivamente). Também foi possível identificar detalhes das quedas e condutas implementadas (Categoria 2), as ações de melhoria realizadas (Categoria 3), as consequências das quedas para o RN (Categoria 4) e as sugestões para intervenção ou tecnologia relacionada ao manejo dos incidentes de quedas (Categoria 6).

O Quadro 1, a seguir, traz exemplos de depoimentos dos participantes relacionados às categorias apresentadas na Tabela 1.

Quadro 1. Exemplos de depoimentos dos participantes segundo as categorias analíticas. Fortaleza, CE, Brasil, 2023.

Categoria	Depoimentos de mães e dos profissionais de enfermagem
1. Fatores contribuintes para quedas de RN no Alojamento Conjunto	Já [adormeci amamentando], porque às vezes o cansaço é grande, independente de querer ou não [adormecer] [...] (M4). Sim, [meu bebê já chegou a dormir na cama comigo]. Ele fica chorando, querendo mamar, e eu estou operada, para ficar levantando fica muito ruim, aí a gente colocou ele aqui na cama porque fica mais fácil de estar amamentando, de estar manuseando ele. Ontem ficou a tarde no bercinho, mas a noite parecia que tinha espinho, aí ele ficou comigo. Como eu ainda estou muito dolorida da cesárea, eu estou deixando ele aqui [na cama] (M28). [...] Já vi mãe dormindo com o RN na cama com as grades baixas, já vi acompanhante na cadeira cochilando e segurando o bebê, a própria mãe às vezes com dor, andando com o RN, que também é um risco de quedas, andar sem colocar no berço [...] (E5). Já presenciei o movimento da criança rolar na cama, você está esperando a mãe secar o bebê, aí ela deixa a criança chorando, chorando, naquele desespero, aí eu até falei alto “volta mãe, que o bebê tá se virando!”, [...] Elas [as mães] veem ele [o bebê] chorando e querem [dar o banho], mas não se organizam antes, não colocam a pomada, a fraldinha, a escovinha, meias, o que ela vai precisar, aí fica pegando uma fralda, outra coisa, se vira pega outra coisa e deixa o menino lá (TE3).
2. Eventos de quedas presenciados / relatados e condutas implementadas	Já ocorreu [queda] no meu plantão, mas eu não presenciei. Eu só soube, aí a gente chamou o plantonista e notificou no sistema. A pessoa estava amamentando e adormeceu, na hora que ela adormeceu, ela afrouxou o braço. Chamei o plantonista porque o bebê aparentemente estava bem, examinou, ele transferiu para unidade de médio risco para monitorar melhor o bebê e foram feitos exames, depois eu até cheguei a perguntar e o bebê teve alta e não teve nenhuma sequela, mas ele foi transferido para unidade para ficar monitorizado e fazer TC (E7). Já presenciei duas [quedas de recém-nascidos]. [...] eu era enfermeira da noite, e as quedas ocorrem à noite. Uma foi uma avó, que estava sentada em uma cadeira espreguiçadeira, colocou o neném em cima dela e dormiu, e o bebê caiu da espreguiçadeira para o chão [...]. A segunda queda foi da cama, esse foi mais grave porque esse bebê teve traumatismo, ele passou a regurgitar, foi para a unidade 2, inclusive fez até procedimento, deu hemorragia. Fez exame de imagem, o neuro [médico neurocirurgião] veio e constatou que tinha hemorragia periventricular, hemorragia por conta da queda, aí foi feito procedimento de drenagem. [A queda] foi da lateral da cama, dormia a mãe e dormia bebê e a grade estava baixa. Foi a partir desse que foi feito o protocolo de queda (E3). Não presenciei [o meu bebê ou outro cair], mas eu já ouvi falar. O bebê da minha colega de quarto caiu. Eu não [estava aqui quando ele caiu], foi no dia que eu tive meu neném, na madrugada que ele nasceu foi a madrugada que o bebê dela caiu. Ela dormiu amamentando, ele girou e caiu da cama (M28).
3. Ações de melhoria a serem realizadas em caso de	Traria o bebê para o setor e comunicaria o plantonista, [para] estabilizar o bebê (TE1). Primeira coisa [após uma queda] é pegar o bebê do chão imediatamente, levar para o posto de enfermagem e acionar o pediatra de plantão para realizar a avaliação física e exames de imagem (TE2). [Após uma queda é necessário] seguir o fluxo: que é colocar o bebê em berço de calor radiante, colocar em oximetria, ver o estado geral, comunicar ao neonatologista, e realizar os exames pertinentes, que dentro deles está a tomografia, e, dependendo, se tiver lesão na parte óssea, fazer raio-x de membros, se houver necessidade, e transferir [RN] para unidade de médio risco. [o bebê] não fica no alojamento conjunto. A gente só agiliza o que pode agilizar até a transferência sair, e notificar no sistema, que é pra fazer plano de ação (E3).

queda de RN ^b	[Em caso de queda, eu] prestaria os primeiros atendimentos, como exame físico e verificação dos sinais vitais, solicitaria avaliação médica e orientaria a genitora e acompanhante sobre os cuidados para prevenir uma nova queda no RN (E6).
4. Consequências das quedas de RN ^a	Ele [o bebê] pode cair, se engasgar [...] (M1). Eu acho que é perigoso [se eu dormir quando estiver com o meu bebê no colo ou amamentando]. Porque se você estiver dormindo com ele no colo, você corre o risco de derrubar, ou se ele estiver na cama e você dormir, você pode, no sono, rolar e cair em cima do bebê e acontecer uma fatalidade. Isso é muito perigoso, não tem condições de um bebê, recém-nascido, dormir com uma mãe (M7). Acredito que [o bebê] pode chegar até a morrer, por conta da queda, [pois] são muito frágeis para sofrer uma pancada [forte] dessa (M17). Eu acredito que pode até levar ao óbito, não só no recém-nascido, já é perigoso pra gente que é adulto, imagine um recém-nascido que ainda está se descobrindo fora da barriga [da mãe]. Acho que também pode ficar paralítico, dependendo da situação [gravidade] da pancada, pode quebrar algum osso [são as principais consequências de uma queda de um recém-nascido]. É muito perigoso porque ele ainda está com o corpo mole, os ossos são frágeis, então pode acontecer milhares de coisas, talvez afetar a visão, só Deus mesmo, pra livrar no caso de uma queda (M28).
5. Estratégias de prevenção de quedas de RN no Alojamento Conjunto	Sempre [oriento mães e acompanhantes sobre prevenção de quedas do recém-nascido], em toda visita, nas rondas também. [Oriento] a questão de elas sempre manterem as grades elevadas quando estiverem com o bebê no leito, falo da questão do risco, das consequências das quedas, oriento também sempre manter a cama mais baixinho [...], a não dormir com o bebê na cama a tentarem se manterem acordadas quando estiverem amamentando, eu sempre peço também para a questão dos acompanhantes, digo que eles também são responsáveis por essa vigilância, que eles procurem se manter do lado da puérpera quando elas tiverem com bebezinho na cama no leito na cama amamentando (E8). [As quedas podem ser prevenidas] realizando orientações quanto aos riscos já falados, avaliando a condição física da mãe quanto ao cansaço e a disponibilidade em amamentar, fazendo palestras, cartilhas educativas, <i>folders</i> ou panfletos sobre o assunto e também ilustrar as enfermarias com cartazes informativos (TE2). [As estratégias adotadas pela equipe para prevenção de quedas são] Além da orientação, transportar o bebê sempre no bercinho dele, quando a gente vai manusear lá na salinha do AC, sempre manter as grades do bercinho elevadas (TE6). [Para o bebê não cair,] eu acho que [as mães devem] despertar na hora que for dar de mamar e não deixar [o bebê] dormir na cama, porque, devido ao cansaço, você [mãe] esquece e acaba deixando [o bebê] cair sem querer [...] (M17).
6. Sugestões para intervenção ou tecnologia para o manejo dos incidentes de quedas ^b	Eu gosto muito de ilustrar [os cuidados] com <i>folder</i>, acho que é de fácil acesso e está ali [disponível] para várias pacientes. Como tem uma rotatividade grande, o <i>folder</i> vai estar sempre ali nas paredes das enfermarias. Aí um <i>folder</i> bem ilustrado, grande, que dê pra ela [mãe] ver de longe. E é uma fonte de informação permanente (TE2). Minha sugestão seria para as mães, mais cartazes avisando, mais placas de atenção para pregar na parede e ficar bem visível (TE5). Eu acho que poderia criar tipo um <i>folder</i> mesmo, focar mais na imagem, menos texto, com figuras e pequenas explicações como: não durma com seu bebê na cama, cuidado quando for amamentar para não dormir e imagens que impactassem, nesse aspecto. Colocar a foto de uma mãe dormindo com o bebê no colo, alguma coisa nesse estilo, mais visual do que texto, porque, se for texto, elas não leem. Eu acho que o visual chama mais atenção e faz a pessoa ver o que está escrito [...] (E7). [Minha sugestão seria] voltada para profissionais. Poderia ter cursos para sensibilizar, capacitação, orientando o que fazer nesse momento (TE1).

Fonte: elaborado pelas autoras.

Evidenciou-se que as principais circunstâncias de quedas de RN hospitalizados incluem exaustão materna, compartilhamento de leito entre mãe e RN, grades dos leitos abaixadas, presença do RN no leito da mãe sem supervisão, transporte do RN no colo e período noturno. As consequências da queda do RN no AC abrangem lesões físicas, como hematomas e fraturas, e questões emocionais para mães, acompanhantes e profissionais, como culpa, vergonha, depressão e ansiedade.

Quanto às condutas para prevenção e intervenção nos episódios de queda, destacaram-se: manter-se em alerta ao amamentar, apoiar o braço em que sustenta o RN na hora da amamentação; manter as grades do leito elevadas, evitar deixar o RN sozinho em espaço sem proteção; evitar manusear RN despido, manter o RN sempre no berço, realizar rondas periódicas nas enfermarias e fornecer material educativo para mães e acompanhantes.

Quanto aos registros fotográficos realizados na unidade de AC, foram obtidas imagens de mães com RN no colo e as grades do leito abaixadas, mantendo o bebê bem próximo da borda da cama, o que confirma a situação frequente relatada nas entrevistas. Foram fotografadas, ainda, as camas das pacientes com grande espaço entre as grades, o que gera maior risco de quedas, ainda que as quatro grades estejam elevadas.

Outra situação recorrente são bebês deixados sem supervisão em camas com as grades abaixadas. Muitas mães justificam tal prática alegando que os bebês estão dormindo e acreditando que não correm risco de cair. Porém, as fotografias demonstraram que, mesmo com as grades da cama elevadas, existe a possibilidade de que o RN caia ao passar pelo espaço entre elas, ressaltando a importância de manter o bebê no berço como medida preventiva.

No que diz respeito à observação participante, totalizaram-se 75 horas nos três turnos (manhã, tarde e noite), possibilitando visualizar as peculiaridades de cada um. As pessoas observadas (mães e acompanhantes) eram alertadas quando evidenciadas situações de risco de quedas e orientadas quanto às medidas de prevenção.

No consolidado das observações, entrevistas e análise de incidentes de quedas notificados na instituição, identificaram-se 37 notificações relacionadas à queda de recém-nascidos entre os anos de 2017 e 2023; dessas, 15 foram notificadas no Alojamento Conjunto e 11 na Unidade Neonatal (Médio Risco e UTI). A grande maioria das notificações foi realizada por enfermeiros (32). Dos incidentes de queda, 15 foram notificados como sem danos, 4 com danos leves, 1 dano moderado e 1 como dano grave.

Dos 14 incidentes de queda relatados/ presenciados por profissionais, pode-se perceber que a maioria (11) esteve relacionada ao fator contribuinte: mãe ou acompanhante dormindo com RN no colo. Apenas três não citaram essa causa.

Com base nos dados apresentados, foi possível realizar o mapa conceitual, com o intuito de facilitar a visualização gráfica dos dados coletados. A Figura 1 traz o mapa conceitual com a síntese dos resultados.

Figura 1. Mapa conceitual com a síntese dos resultados. Fortaleza, CE, Brasil, 2023.

Fonte: elaborada pelas autoras.

DISCUSSÃO

A exaustão materna foi o fator mais associado à ocorrência de quedas de RN no AC, o que se deve ao fato do puerpério ser um período marcado por privação de sono, demandas constantes de cuidados com o RN, mudanças hormonais e emocionais. A literatura confirma esse dado e acrescenta fatores como privação do sono, baixa capacidade de absorver as informações transmitidas pelos profissionais, deficiência de estratégias de prevenção, equipamentos inadequados (como leitos altos, com espaços entre as grades laterais), falta de protocolo para manejo da queda, entre outros.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

Estudo realizado em unidades pós-parto de um grande centro médico norte-americano identificou 19 quedas em quatro anos; dessas, cinco ocorreram enquanto o bebê estava sob a supervisão imediata de um cuidador que não era a mãe. Em todos esses casos, o responsável era o pai, sendo que, em três quedas, o pai adormeceu enquanto segurava o bebê. Além disso, foi identificada uma narrativa recorrente nas descrições escritas das quedas, envolvendo mães que adormeceram durante o processo de amamentação.⁽¹⁰⁾

Portanto, é imprescindível que profissionais de saúde e familiares estejam atentos a esse fator, orientando, incessantemente, quanto ao risco de quedas, oferecendo apoio às mães, proporcionando descanso adequado, para minimizar esse risco e promover ambiente seguro.

Presenciar a queda de um RN no hospital é uma experiência devastadora para a família e para profissionais que prestam cuidado ao bebê, conforme evidenciado nos depoimentos. As quedas no ambiente hospitalar podem ocorrer em qualquer período durante a internação do RN. Como exemplo, pesquisa realizada em duas unidades de pós-parto dos EUA evidenciou que o período de maior frequência de quedas foi entre as 22h e as 7h⁽¹⁰⁾, corroborando o relato da E3, semelhante ao de outro estudo que identificou a maior ocorrência de quedas no período de 22h e 4h.⁽¹⁶⁾

Percebe-se, então, que a maioria das quedas segue um padrão previsível. Nesse sentido, agir precocemente e implementar medidas de segurança pode reduzir sua ocorrência. Assim, compete a toda instituição de saúde implementar um sistema abrangente de prevenção, avaliação e gestão de quedas de recém-nascidos em ambientes hospitalares.

Na ocorrência da queda de um RN, é imperativa uma intervenção precoce, incluindo exame físico minucioso, investigação de possíveis ferimentos, bem como a medição da circunferência da cabeça em intervalos regulares.⁽⁸⁾ Tais condutas permitem a vigilância de qualquer edema que possa se desenvolver. Todos os hospitais devem ter procedimentos operacionais padrão e um sistema de avaliação de riscos, bem como escalas para prevenção de queda pós-natal, além de equipe de resposta rápida para atender esses bebês imediatamente após a queda. Os autores destacam que todas as iniciativas para segurança e apoio aos recém-nascidos devem ser documentadas e comunicadas aos pais, cuidadores e autoridades hospitalares.⁽¹⁷⁾

Nosso estudo também evidenciou que as mães possuem conhecimento acerca das consequências das quedas do RN, concordando com os resultados de estudos que também citam os mesmos danos relatados pelas mães, como traumatismo cranioencefálico (TCE), que pode gerar morbidade neurológica grave, alterações no desenvolvimento cognitivo e morte.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Os RN são considerados grupo de risco; portanto, para reduzir o risco de queda, é necessário que algumas medidas sejam implementadas: realização de rondas intencionais para garantir um ambiente seguro para o sono, transportar o RN somente em berços, manter as grades da cama elevadas (a menos que se esteja prestando cuidados), os pais não devem dormir enquanto seguram o RN, orientar os pais/família sobre a importância de permanecerem atentos ao ambiente quando caminharem com o bebê, bem como manter o ambiente livre de perigos, removendo artefatos desnecessários e fornecendo iluminação adequada.⁽²⁰⁾

Além dessas medidas, ressalta-se que a prevenção dos incidentes requer um conjunto de melhorias no processo e na estrutura da assistência, tais como capacitação dos profissionais, implementação de protocolos de comunicação, melhoria dos processos de trabalho, cuidado centrado no paciente, vigilância de incidentes, envolvimento da gestão na segurança do paciente, funcionamento efetivo do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), disponibilidade de recursos apropriados, manutenção adequada dos equipamentos e garantia de pessoal em quantidade suficiente para atender à demanda de cuidados.⁽²¹⁾

Em um estudo, a elaboração de programas de intervenção voltados para a prevenção e manejo de quedas de RN mostraram-se eficazes, havendo redução de situações de risco e ausência de registros de queda por um período aproximado de 12 meses após a implementação das iniciativas.⁽¹⁹⁾

Salienta-se a importância de gestores e profissionais da saúde possuírem conhecimento acerca dos fatores associados às quedas em suas instituições. Tal compreensão propicia a elaboração de protocolos condizentes com a sua realidade, visando a prevenção de quedas de recém-nascidos. Esse enfoque representa um avanço na consolidação de uma cultura de segurança e na promoção da qualidade do cuidado prestado.⁽⁸⁾

Com isso, percebe-se a relevância de desenvolver intervenções relacionadas ao manejo dos incidentes de quedas, como elaboração de protocolos, materiais educativos, capacitação, a fim de mitigar a ocorrência de quedas no RN, contribuindo significativamente para a promoção da segurança de recém-nascidos em ambientes hospitalares.

As limitações encontradas neste estudo incluíram as dificuldades de acesso à incidência de quedas na população estudada (recém-nascidos hospitalizados) e a realização de entrevistas com as mães em seus próprios leitos, com presença de ruídos e interrupções.

Como contribuições, o estudo poderá favorecer o desenvolvimento de tecnologias para prevenção de incidentes de queda de recém-nascidos hospitalizados. Assim, será possível transmitir informações sobre os fatores contribuintes para a queda neonatal, além das consequências e medidas de prevenção.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou compreender as percepções de mães e dos profissionais de enfermagem sobre prevenção e manejo de quedas de recém-nascidos hospitalizados em uma perspectiva teórico-metodológica que permitiu analisar, de forma aprofundada, o fenômeno. Observou-se que as mães possuem conhecimento acerca dos fatores contribuintes e das consequências das quedas dos RN, porém ainda adotam práticas inseguras, negligenciando as recomendações dos profissionais. Por outro lado, eles demonstraram conhecimentos e práticas relevantes para a garantia da segurança do neonato, as quais devem ser utilizadas como base para o desenvolvimento de tecnologias educativas voltadas à prevenção de quedas neonatais.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Nascimento BLV, Oliveira RM. Coleta dos dados: Nascimento BLV, Grangense VLC, Mota LRS, Oliveira RM. Análise e interpretação dos dados: Nascimento BLV, Oliveira RM, Grangense VLC. Redação do artigo ou revisão crítica: Nascimento BLV, Grangense VLC, Soares AF, Matos JC, Oliveira RM. Aprovação final da versão a ser publicada: Nascimento BLV, Oliveira RM, Grangense VLC, Mota LRS, Oliveira SM, Soares AF, Matos JC.

ORIGEM DO ARTIGO

Extract from the dissertation FALLS OF NEWBORNS IN THE ROOMING-IN CARE: A PROPOSAL FOR TECHNOLOGICAL INTERVENTION BASED ON THE DESIGN THINKING METHODOLOGY. Presented to the Professional Master's Degree Course in Child and Adolescent Health at the State University of Ceará in 2023.

AGRADECIMENTOS

We would like to thank the Center for Teaching, Research and Extension in Health Management and Care (NUGESC) of the State University of Ceará for all the support given to the research.

We would like to thank the Federal University of Ceará's Institutional Scientific Initiation Scholarship Program (PIBIC) for awarding a scholarship to the nursing student who took part in the project.

We would like to thank the health professionals and mothers admitted to the Assis Chateaubriand Maternity School's Rooming-in Care unit for sharing their experiences.

REFERÊNCIAS

1. Balsarkar G. World Patient Safety Day 2021: Safe Maternal and New Born Care. J Obstet Gynaecol India. 2021;71(5):465-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s13224-021-01547-1>

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
3. Driscoll CAH, Pereira N, Lichenstein R. In-hospital Neonatal Falls: An Unintended Consequence of Efforts to Improve Breastfeeding. *Pediatrics*. 2019;143(1):e20182488. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2488>
4. Miner J. Implementation of a Comprehensive Safety Bundle to Support Newborn Fall/Drop Event Prevention and response. *Nursing for Women's Health*. 2019;23(4):327-39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.06.002>
5. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação sobre Mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
6. World Health Organization. Handbook for Guideline Development. 2. ed. WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548960>
7. Mitchell EA, *et al.* Falls of newborn infants in a New Zealand hospital: A case series. *J Paediatrics Child Health*. 2023;59(2):253-7. doi: <https://doi.org/10.1111/jpc.16275>
8. Sousa Neto AL, Brito Röder DVDD. Gestão de segurança quanto à quedas de recém-nascidos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(6):57943-55. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-275>
9. Kukielka E, Wallace SC. Newborn falls in Pennsylvania: an analysis of recent events and a review of prevention strategies. *Patient Safety*. 2019;1(2):51-9. doi: <https://doi.org/10.33940/falls/2019.12.5>
10. Scherba JC, *et al.* Identification of Temporal Variables Surrounding Infant Falls in the Postpartum Unit. *Clin Pediatr*. 2020;59(14):1290-1292. doi: <https://doi.org/10.1177/0009922820942877>
11. Brown T. Design Thinking: Uma metodologia poderosa para decretar o fim das velhas ideias. Rio de Janeiro: Elsevier Ltd; 2010.
12. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
14. Silva WC, *et al.* Análise da ocorrência de incidentes notificados no ambiente hospitalar de uma maternidade pública. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019;34:e1445. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1445.2019>
15. Bittle MD, *et al.* Maternal Sleepiness and Risk of Infant Drops in the Postpartum Period. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2019;45(5):337-47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.12.001>
16. Loyal J, *et al.* Newborn falls in a large tertiary academic center over 13 years. *Hosp Pediatr*. 2018;8(9):509-14. doi: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0021>
17. Lakra MS, Lakhkar B. Neonatal fall risk-assessment in hospitals: Are we compromising neonatal safety in developing countries? *Sri Lanka J Child Health*. 2022;51(2):282-2893. doi: <https://doi.org/10.4038/sljch.v51i2.10134>

18. Duthie EA. In-hospital newborn falls associated with a sleeping parent: the case for a new paradigm. *Hosp Pediatr.* 2020;10(12):1031-7. doi: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-0112>
19. Lipke B, *et al.* Newborn Safety Bundle to Prevent Falls and Promote Safe Sleep. *Am J Matern Child Nurs.* 2018;43(1):32-7. doi: <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000402>
20. Carr H, *et al.* A System-Wide Approach to Prevention of In-Hospital Newborn Falls. *Am J Matern Child Nurs.* 2019;44(2):100-7. doi: <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000516>
21. Rodrigues GT, *et al.* Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. *Esc Anna Nery.* 2021;25(2):e20200075. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0075>

Conflitos de interesse: Não

Submissão: 2023/12/15

Revisão: 2024/10/30

Aceite: 2024/12/03

Publicação: 2024/23/12

Editor Chefe ou Científico: Jose Wicto Pereira Borges
Editor Associado: Ingrid Martins Leite Lúcio

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.