

Gestão de riscos: implantação de protocolo clínico de prevenção e manejo de quedas pediátricas

Risk management: implementation of a clinical protocol for the prevention and management of pediatric falls

Gestión de riesgos: aplicación de un protocolo clínico para la prevención y gestión de caídas pediátricas

Geisa Fonseca Rebouças^a 

Cândida Caniçali Primo^a 

Paula de Souza Silva Freitas^a 

Elisabete Maria Garcia Teles Nunes^b 

Margarida Maria de Sousa Lourenço Quitério^c 

Eliane de Fátima Almeida Lima^a 

Como citar este artigo:

Rebouças GF, Primo CC, Freitas PSS, Nunes EMGT, Quitério MMSL, Lima EFA. Gestão de riscos: implantação de protocolo clínico de prevenção e manejo de quedas pediátricas. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43(esp):e20220050. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220050.pt>

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 de correção *online*. Foi realizado treinamento online para todos os profissionais e, depois, iniciado o uso do protocolo nos setores.

Resultados: Implementado protocolo de prevenção de quedas pediátricas. Definiu-se a escala *Humpty Dumpty Falls Scale* para avaliação do risco e foram elaborados materiais educativos.

Conclusão: O processo foi realizado de forma coletiva e participativa. O protocolo e os materiais educativos orientam e padronizam as condutas baseadas 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. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: To describe the process of elaboration and implementation of a protocol for the prevention and management of pediatric falls.

Method: This was an actionresearch developed at a public hospital in Southeast Brazil with 10 members of the multidisciplinary team from the pediatrics, maternity, neonatal intensive care sectors, and the patient safety center. To elaborate the protocol, literature review, three meetings with the group, and two rounds ofonline correction were carried out. Online training was carried out for all professionals and then the use of the protocol was started at the sectors.

Results: A pediatric fall prevention protocol was implemented. Educational materials were developed and the Humpty Dumpty Falls Scale was chosen to assess the risk of falling.

Conclusion: The process was conducted in a collective and participatory way. The protocol and the educational materials guide and standardize behavior based on the best evidence and involve users, family members and professionals in the management of the risk of falling.

Keywords: Accidental falls. Child hospitalized. Risk management. Pediatric nursing. Clinical protocol. Patientsafety.

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 bibliográfica, tres encuentros con el grupo y dos rondas de corrección online. Se realizó capacitación en línea para todos los profesionales y luego se inició el uso del protocolo en los sectores.

Resultados: Se implementó un protocolo de prevención de caídas pediátricas. 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 guían y 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. Seguridad del paciente.

^a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

^b Universidade Católica Portuguesa (UCP), Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR). Lisboa, Portugal.

^c Universidade Católica Portuguesa (UCP), Institute of Health Sciences, School of Nursing. Lisboa, Portugal.

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, e que, aliados a processos de cuidados muitas vezes inseguros, podem levar à ocorrência de incidentes diversos, entre eles as quedas^(1,2).

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^(3,4).

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⁽⁴⁻⁶⁾.

Todo paciente pediátrico é considerado com risco de queda e, em alguns casos, as quedas são vistas como um evento normal do processo de desenvolvimento da criança. Essas particularidades podem levar a uma subnotificação dos casos de quedas em pediatria, principalmente quando não chegam a causar danos. No entanto, ao classificar todas as crianças e adolescentes com risco de queda, sem estratificação desse risco, pode-se dificultar a identificação das que realmente possuem um alto risco de queda e lesão^(5,6).

Revisão integrativa da literatura embasada em 10 artigos verificou uma variação na prevalência de quedas pediátricas de 0,6 a 1,7 casos de quedas por 1.000 pacientes/dia⁽⁶⁾. Quatro categorias de quedas são descritas em crianças hospitalizadas: quedas no desenvolvimento, quedas acidentais, quedas fisiológicas imprevistas e quedas fisiológicas previstas^(5,6). Estudos internacionais apontam predominância de quedas fisiológicas previstas em crianças, portanto passíveis de ações de prevenção para evitar ou mesmo minimizar os danos relativos às quedas^(7,8).

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^(2,6,9-10).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente⁽⁹⁾ prevê a elaboração e implantação de protocolos de segurança, entre eles o de prevenção de quedas⁽¹⁰⁾, sendo 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. Protocolos são um conjunto de regras, normas ou padrões, com o objetivo de padronizar uma conduta para facilitar o gerenciamento das ações⁽¹¹⁾. Os protocolos constituem, ainda, instrumentos para construir uma prática assistencial segura, e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, conforme a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa^(12,13).

Em segurança do paciente, a gestão de risco objetiva a identificação precoce de riscos potenciais e, por conseguinte, a diminuição ou eliminação dos efeitos adversos decorrentes do atendimento em saúde⁽⁹⁾.

Considerando as altas taxas de quedas em pediatria e a importância de promover a segurança do paciente nas instituições hospitalares, emergiu a seguinte questão norteadora: Como implantar as melhores evidências para prevenção e manejo de queda em pediatria? Esta pesquisa teve como objetivo 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⁽¹⁴⁾. 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.

O percurso metodológico com base nas 12 fases propostas por Thiollent (2011) está descrito no Quadro 1.

O desenvolvimento da pesquisa-ação ocorreu por meio de um roteiro flexível, levando em consideração a interação entre pesquisadores, participantes e contexto investigado. Esse roteiro foi um ponto de partida que se iniciou na “fase exploratória” e terminou na “divulgação dos resultados”. Os temas intermediários da pesquisa não foram realizados numa sequência rígida, e os pesquisadores reorganizaram as 12 fases propostas por Thiollent em 3 eixos de ação: 1. Eixo de

Etapa	Operacionalização
1. Fase exploratória	Levantamento do problema junto ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e equipes, e revisão da literatura.
2. Tema da pesquisa	Prevenção e Manejo de Quedas Pediátricas definido pela instituição e pesquisadores, e subtemas definidos em conjunto com o grupo de trabalho multiprofissional.
3. Colocação dos Problemas	Apresentação dos achados da literatura sobre queda hospitalar pediátrica e do panorama das notificações de queda institucional.
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 com o grupo de trabalho.
5. Hipóteses	Levantamento de questões sobre queda hospitalar pediátrica.
6. Seminários	Realização de três seminários presenciais com o grupo de trabalho e duas rodadas de correções online para elaboração do protocolo.
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	Seminários coletivos gravados, formulário de correção do protocolo nas rodadas online, diário de campo, e rodas de conversa nos treinamentos presenciais.
9. Aprendizagem	Produto das teorizações e discussões durante os seminários presenciais com o grupo de trabalho, o treinamento online e as rodas de conversa com toda a equipe.
10. Saber formal e saber informal	Representado pelas pesquisas, contribuições escritas e discussões com o grupo de trabalho e devolutivas da equipe durante o treinamento e rodas de conversa.
11. Plano de ação	Desenvolvido de forma coletiva entre os pesquisadores e o grupo de trabalho.
12. Divulgação externa	Resultado da pesquisa apresentado na instituição, produção de artigo científico e trabalhos em congressos.

Quadro 1 – Percurso metodológico: descrição das 12 fases da pesquisa-ação segundo Thiollent. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2021

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Preparação; 2. Eixo de Execução; e 3. Eixo de Disseminação, conforme Figura 1.

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

Os descritores Mesh escolhidos foram: (“Child, Hospitalized” OR “Child”) AND (“Risk Management”) AND (“Accidental Falls”), nos idiomas inglês e português, com recorte temporal de 10 anos (2010 a 2020), devido à escassez de estudos na área com foco em pacientes pediátricos. Os critérios de inclusão foram artigos que versavam sobre prevenção e manejo de queda em internação pediátrica no resumo ou assunto, estudos com abordagem qualitativa ou quantitativa, e disponíveis em texto completo. Critérios de exclusão: artigos que tratavam da queda em pacientes adultos ou em ambiente extra-hospitalar, editoriais e reflexões.

Na revisão de literatura, foram identificados 115 artigos e, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão,

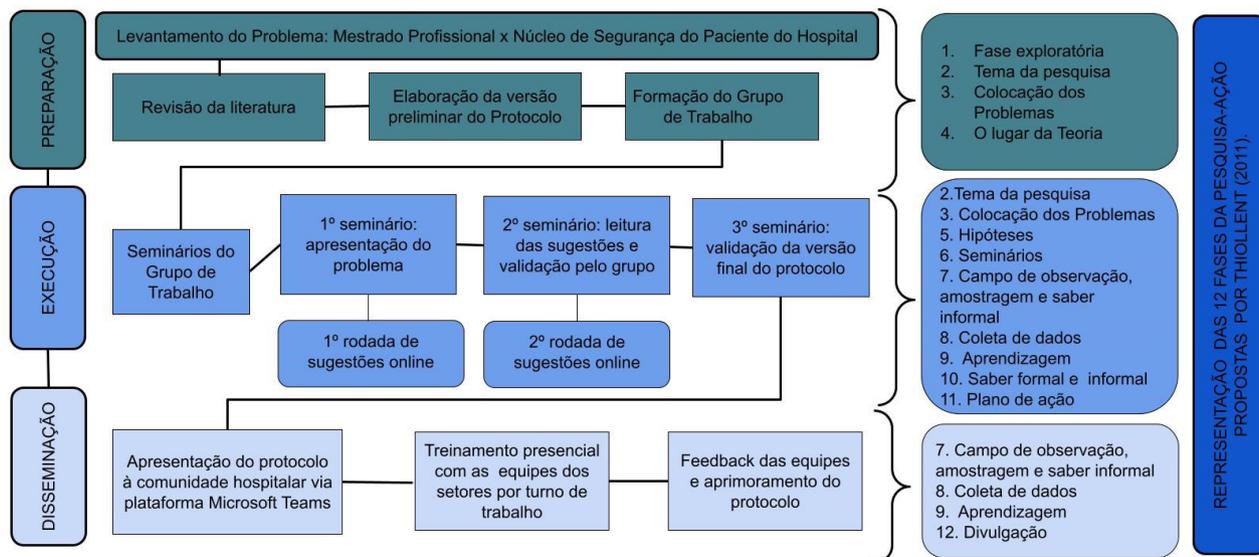


Figura 1 – Percurso metodológico: agrupamento das 12 fases da pesquisa-ação em três eixos de ação para operacionalização do projeto. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2021
 Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

permaneceram 14 artigos para leitura completa. O quadro síntese dos 14 artigos avaliados na revisão estão disponíveis no link (<https://enfermagem.vitoria.ufes.br/pt-br/pos-graduacao/PENF/detalhes-da-tese?id=16071>). Também foram selecionados, após a revisão da literatura, manuais do Ministério da Saúde (Protocolo de Manejo e Prevenção de Queda) e outros materiais desenvolvidos por hospitais universitários que colaboravam com a seleção do conteúdo para a construção da primeira versão do protocolo. Após a busca, foram selecionados os seguintes, Procedimento Operacional Padrão: Prevenção de Quedas em Pediatria do Hospital das Clínicas, do Prof. Romero Marques, da Universidade Federal de Pernambuco; Protocolo de Prevenção de Quedas em Crianças, da Universidade Federal do Ceará; Procedimento Operacional Padrão: Reduzir o Risco de Quedas em Pacientes Pediátricos, da Universidade Federal de Pelotas.

Entre as contribuições da revisão da literatura para construção do protocolo, pode-se citar o conhecimento acerca das escalas de avaliação de risco pediátrico, a sensibilidade e especificidade atribuída a cada uma, o conhecimento dos fatores de risco para queda pediátrica e dos meios para prevenir e gerenciar o risco de queda e os danos causados por esse incidente.

As ações dos Eixos Preparação e Execução foram desenvolvidas por um grupo de trabalho de queda composto pela pesquisadora principal, por um representante do Núcleo de

Segurança do Paciente (NSP) e três enfermeiros (pediatria, UTIN, maternidade), bem como dos seguintes representantes da equipe multiprofissional: farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional e médico pediatra. O tipo de amostragem para formação do grupo de trabalho foi por conveniência, pela técnica bola de neve, na qual objetivou-se selecionar pessoas com *expertise* no tema investigado 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.

Como ação do Eixo de Execução, foram realizados 3 seminários presenciais com duração média de 1 hora, e 2 rodadas *online*, mediados pela pesquisadora principal (enfermeira da pediatria e mestranda em enfermagem) e pela representante do NSP (enfermeira com mestrado). As facilitadoras tinham experiência na condução de seminários/grupos e os participantes conheciam as razões para a realização da pesquisa.

Nas rodadas *online*, o protocolo foi enviado aos integrantes do grupo de trabalho via *email* institucional com instruções e um código de cores para incluir ou excluir tópicos. As mediadoras (pesquisadora e representante do NSP) recebiam o material, compilavam e apresentavam no seminário subsequente, mediando a discussão das alterações propostas pelo grupo e, ao final, o grupo validava o protocolo

por consenso. A produção dos dados ocorreu no período de janeiro a julho de 2021.

Os seminários foram gravados em formato mp3 e registrados em diário de campo. As gravações foram transcritas em ordem cronológica e a análise dos resultados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo de Bardin⁽¹⁵⁾. Cada participante foi identificado como participante P, na sequência em que aconteceu (P1, P2, P3, ..., P9), a pesquisadora foi identificada como PE, e a codificação (...) significa que parte da fala foi omitida. A análise qualitativa teve como objetivo contribuir para estruturar e definir os conteúdos do protocolo para o contexto local, a partir da percepção dos membros do grupo de trabalho.

Após a redação final e aprovação do protocolo pelo grupo de trabalho, iniciaram-se as ações do Eixo Disseminação, que contemplavam a última fase da pesquisa-ação, com a divulgação dos resultados. A apresentação da versão final do protocolo à toda a comunidade hospitalar foi feita por meio da plataforma Microsoft Teams. Foram realizados 8 encontros remotos, com duração de 1 hora cada. Também foi realizado treinamento presencial com as equipes multidisciplinares dos setores de internação pediátrica, UTIN e maternidade. A dinâmica utilizada foi roda de conversa com discussão dos materiais impressos para uso no setor. O treinamento foi realizado em cada turno de trabalho, momento em que surgiram questionamentos e *feedbacks* para o aprimoramento dos materiais. As sugestões foram encaminhadas para o grupo de trabalho, que avaliou e fez pequenos ajustes ao protocolo. Ao final, o protocolo foi encaminhado para o setor de qualidade para aprovação e disponibilização na *intranet* da instituição.

Esta pesquisa seguiu os critérios estabelecidos no Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, sob número CAAE 57930016.00000.5060.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de elaboração, aprovação e implantação do protocolo foi organizado em três eixos de ação: 1. Preparação, 2. Execução e 3. 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 pela 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⁽¹¹⁾ 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 tendo como base a avaliação do risco de queda, a educação do acompanhante e paciente e a implementação das ações de prevenção que serão atribuídas de toda a 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 à alta do paciente. O protocolo pode ser acessado na íntegra no link: <https://enfermagem.vitoria.ufes.br/pt-br/pos-graduacao/PENF/detalhes-da-tese?id=16071>.

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 os locais de atendimento⁽¹²⁾. Isso inclui o planejamento de ações de prevenção para quaisquer riscos encontrados, bem como o planejamento das ações acerca dos riscos pessoais de algum paciente que podem não ter sido capturados pela ferramenta em uso⁽⁵⁾.

O "Monitoramento" será realizado pelo índice de quedas $[(n^\circ \text{ de eventos} / n^\circ \text{ de pacientes-dia})]$; proporção de pacientes com avaliação do risco de queda realizada na admissão; número de quedas com danos; número de quedas sem danos. O acompanhamento desses indicadores permitirá a detecção de falhas e a implantação de melhorias no processo de trabalho^(11,13). 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⁽¹²⁾.

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 a rotina das equipes, a estrutura física das unidades, os recursos humanos disponíveis e a realidade local. Esses aspectos foram levantados durante as discussões grupais e a definição de consensos foi fundamental para que o protocolo fosse elaborado de forma exequível.

Quanto aos profissionais envolvidos, a idade média dos integrantes foi de 35,6 anos, em relação à titulação máxima, 44,4% tinha especialização (pós-graduação *lato sensu* ou residência), 33,3% mestrado e 22,2% possuía doutorado. A média de tempo de término da graduação foi de

13 anos, 66,6% possuía mais de 5 anos de prática na área materno-infantil e os outros 33,3% possuía *expertise* no desenvolvimento de protocolos institucionais de gestão de risco.

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 seminários seguintes.

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 ao 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^(3,16,17).

A escala HDFS foi criada em 2009, e trata-se de um instrumento que avalia sete itens, que são idade, sexo, diagnóstico, deficiências cognitivas, fatores ambientais, reação à cirurgia/sedação/anestesia e uso de medicamentos. Após a avaliação dos riscos, a escala classifica os pacientes como alto ou baixo risco de queda, segundo a pontuação obtida⁽³⁾.

Além das intervenções sugeridas pela escala Humpty Dumpty, outras medidas de prevenção específicas relacionadas aos 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 à realidade da instituição, a partir das discussões do conteúdo durante os seminários.

No primeiro seminário, devido à 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 *email* e de modo presencial.

O protocolo preliminar foi enviado por *email* aos participantes do grupo na primeira rodada *online*. As inclusões, exclusões e sugestões ao texto preliminar do protocolo foram realizadas pelo grupo e devolvidos via *email* às pesquisadoras, que compilaram as informações.

No segundo seminário presencial, realizou-se a leitura do protocolo preliminar com as alterações sugeridas. Após a discussão, a 2ª versão do protocolo foi validada por consenso. Seguiu-se para a segunda rodada *online* com envio dessa nova versão do protocolo por *email* para os participantes do grupo, que fizeram novas sugestões, e as

alterações foram compiladas pelas pesquisadoras e reenviadas aos participantes.

No terceiro seminário, ocorreu a leitura da 3ª versão do protocolo, em especial dos anexos. Após discussão, houve aprovação por consenso do texto final do protocolo e dos materiais educativos. As pesquisadoras ainda apresentaram *slides* com o conteúdo do protocolo que foram utilizados no treinamento para a comunidade hospitalar.

Os seminários⁽¹⁴⁾ foram espaços de síntese, intercâmbio e translação do conhecimento científico que possibilitou a organização de um protocolo baseado nas melhores evidências.

As discussões do grupo nos seminários foram gravadas, transcritas e, após análise do conteúdo⁽¹⁵⁾, 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 esse incidente, uma vez que a queda é considerada um incidente multifatorial^(10,11,13).

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⁽⁶⁾. Esses achados corroboram com as questões discutidas nos seminários e incorporadas no protocolo elaborado.

Pesquisas internacionais apontam que a cama ou berço aparecem como principal local de queda para crianças, e o leito materno ou poltrona do acompanhante para recém-nascidos^(18,19). Esse também foi o maior foco de preocupação dos participantes do grupo de trabalho, conforme os extratos de falas.

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 ele rolar? (P4)

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

Os comportamentos inseguros durante as ações de higiene e conforto também foram relatados, e as medidas específicas de prevenção foram incluídas no protocolo.

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

Esses dados apontam para a necessidade de que os planos de avaliação e gerenciamento do risco devem se concentrar na educação dos cuidadores em torno da segurança do leito e durante os cuidados de higiene, principalmente quanto à importância de uma das grades do berço ou cama permanecer elevados durante as trocas de fralda ou roupa, e do uso de chinelos antiderrapantes, entre outros^(11,18-19).

No caso de recém-nascidos, embora a principal causa esteja relacionada à queda dos braços dos pais, outras circunstâncias também foram expostas durante os seminários, conforme ilustrado pelas falas a seguir.

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 berçinho, colocou o bebê no colo da mãe, a mãe teve uma crise convulsiva e caiu a mãe e o neném. (P3)

Cabe ressaltar que menores de 6 meses devem ser transportados no colo do responsável ou acompanhante e, na ausência destes, pelo profissional de enfermagem, sentados em cadeira de rodas⁽¹¹⁾. Essa medida foi incluída no protocolo.

Nos seminários, emergiram relatos acerca dos cuidados durante uso do espaço da brinquedoteca, que 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)

Os hospitais que possuíam brinquedoteca apresentaram uma taxa maior de quedas. É preciso educar pais e profissionais para manter vigilância constante sobre as crianças e adolescentes. No entanto, o risco de queda não deve ser um impedimento ao lazer e a brincadeiras^(20,21).

Outro assunto que norteou a formulação de medidas específicas de prevenção de quedas em pediatria foi a necessidade de responsabilizar todos os envolvidos no cuidado à criança (pais 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 o que seria factível a cada profissional realizar em relação à prevenção dos acidentes por quedas, a fim de adequar 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)

Programas de prevenção desenvolvidos nos Estados Unidos e Japão que contaram com o envolvimento dos profissionais de saúde na sua elaboração e implantação, descreveram excelentes resultados^(20,21). Apesar de o enfermeiro ser responsável pela avaliação do risco na admissão e diariamente, toda equipe deve contribuir para a manutenção de um ambiente seguro e a identificação de sinais de risco de queda, reforçando as orientações ao paciente e acompanhante^(11,19-21).

Um programa de prevenção de quedas realizado nos Estados Unidos 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⁽²⁰⁾.

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. Nos seminários, emergiu a necessidade de elaborar placas para sinalização à beira leito dos pacientes de alto risco, como já acontece nos setores de internação para adultos. Assim, foi confeccionada 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)

Estudos internacionais apontam para a necessidade dos pacientes de alto risco receberem algum tipo de sinalização

visual, no leito, no prontuário ou no próprio paciente. Os mecanismos de alerta de risco podem diminuir a ocorrência de lesões relacionadas a quedas^(3,8,16).

Foram produzidos três cartazes de orientação para prevenção de quedas pediátricas em ambiente hospitalar para uso durante a orientação de pais ou acompanhantes, que foi fixado em placa de acrílico nas enfermarias, traduzindo assim, o conhecimento científico para a população (Figura 3).

Também foi produzido um panfleto para entregar aos pacientes, pais ou responsáveis na pediatria, com orientações sobre fatores de risco para queda, além de medidas de prevenção e manejo (Figura 4). Foi elaborado ainda outro panfleto para a maternidade que atendesse as especificidades acerca do risco materno e da queda em recém-nascidos (Figura 5). Nos seminários, os participantes discutiram sobre a importância de materiais com imagens e linguagem adequada a população, que possibilitassem a translação do conhecimento.

(...) tem muitos pacientes e familiares que não têm 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 2 – Placa de identificação de leito do paciente com risco alto de queda. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2021
Fonte: Dados da pesquisa, 2021.



Figura 3 – Cartaz de orientação para prevenção de quedas pediátricas em ambiente hospitalar. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2021

Fonte: Dados da pesquisa, 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^(8,19–20). Estudos nacionais e internacionais 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^(16,21).

Ainda durante as discussões, surgiu a necessidade de elaborar um “Termo de Responsabilidade Compartilhada

para risco de queda pediátrica em ambiente hospitalar” a ser assinado pelo responsável da criança na admissão, após receber 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)

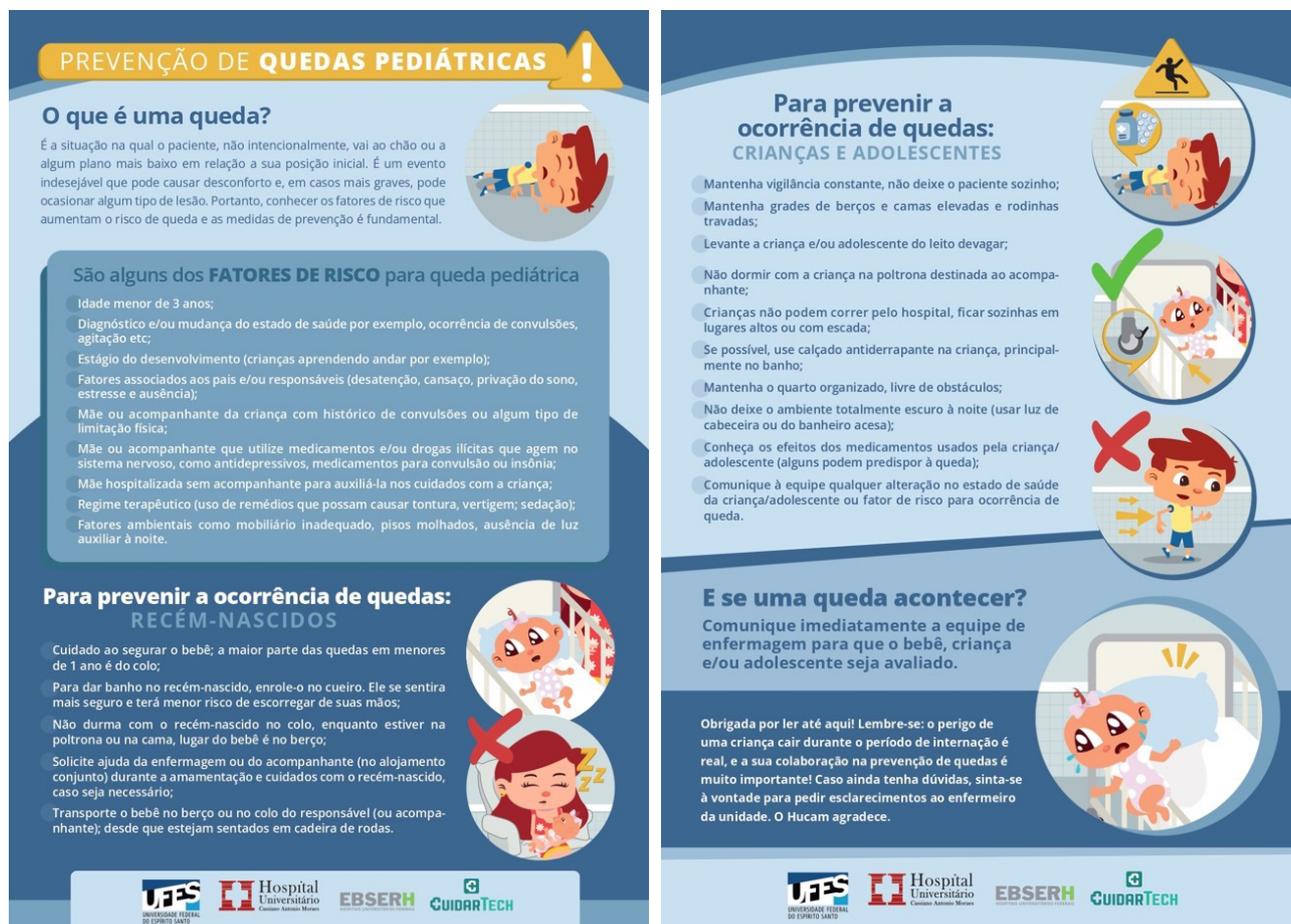


Figura 4 – Folder de orientação para prevenção de quedas pediátricas em ambiente hospitalar. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2021

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

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 desses fatores por meio de uma escala, a implementação de medidas de segurança e a orientação aos acompanhantes responsáveis^(12,22).

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^(10-11,16,22). 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^(3,5-6,9).

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⁽¹²⁾.

O protocolo e os materiais educativos são estratégias para a gestão de risco na segurança do paciente. A participação de toda a equipe, desde gestores aos executores das atividades, é essencial para garantir que a gestão de riscos alcance a problemática local, de ângulos e posições estratégicas^(10-11,13).

Pacientes pediátricos são propensos a acidentes, portanto, os profissionais de saúde e cuidadores precisam observar e avaliar o risco de queda dessa população, compartilhar informações entre os profissionais de saúde e intervir, especialmente em pacientes de alto risco. O ambiente hospitalar é desconhecido e diferente do lar, para reduzir as quedas pediátricas, é importante educar os pacientes, cuidadores e profissionais de saúde^(5-6,10-11,13,20).



Figura 5 – Folder de orientação para prevenção de quedas em ambiente hospitalar – maternidade. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2021
Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Como contribuição, este estudo, por meio da pesquisa-ação, demonstrou como implantar a gestão de risco de queda de pacientes pediátricos hospitalizados, 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 de saúde, conforme recomendações nacionais e internacionais sobre risco e gestão em saúde, qualidade e segurança do paciente.

A pesquisa-ação tem como premissa o desenvolvimento da investigação integrando participantes e pesquisador, sendo uma produção coletiva de conhecimento, possibilitando convergência entre saberes formais e informais, teoria e prática. Ela permite que os membros de uma instituição participem do planejamento e da mudança da realidade em que estão inseridos, incorporando os achados da pesquisa no cenário da prática⁽¹⁴⁾.

Este estudo contribui com a Enfermagem ao descrever como traduzir e aplicar as melhores evidências científicas no processo de trabalho, organizando um cuidado qualificado,

assegurando ao profissional uma padronização das ações fundamentadas nos princípios da segurança e da qualidade, avançando na translação do conhecimento nos contextos da assistência e gestão.

A translação do conhecimento é um processo dinâmico, que demanda interação entre pesquisadores e usuários no compartilhamento do conhecimento, de modo a embasar tomadas de decisões, mudanças na política, programas e/ou práticas de saúde⁽²³⁾.

A construção do protocolo considerou as melhores evidências disponíveis, a experiência profissional e os recursos existentes. Porém, não atendeu à 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 COVID-19 e as reestruturações necessárias no campo de estudo mediante o avanço dessa pandemia interferiram no andamento do trabalho e na adequada adesão dos colaboradores ao estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo elaborou e implantou um protocolo de prevenção e manejo de quedas pediátricas por meio do trabalho coletivo, dialógico e participativo de profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente pediátrico ou que possuíam *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 favorecer a prestação de um cuidado mais seguro ao paciente pediátrico hospitalizado.

Além do protocolo, foram produzidos materiais educativos inéditos para a família e profissionais de saúde, com apresentação atrativa e criativa, que transmitem as informações de forma simples, clara e direta (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). Esses materiais configuram novas tecnologias na translação do conhecimento sobre segurança do paciente para o aprimoramento do cuidado e gestão em enfermagem pediátrica.

REFERÊNCIAS

- Carvalho EO, Lima LN, Melo MC, Boeckmann LMM, Silva VB. Children's experience on hospitalization: sociology of childhood approach. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e71321. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71321>.
- Wegner W, Silva MUM, Peres MA, Bandeira LE, Frantz E, Botene DZA, et al. Patient safety in the care of hospitalised children: evidence for paediatric nursing. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(1):e68020. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>.
- Hill-Rodriguez D, Messmer PR, Williams PD, Zeller RA, Williams AR, Wood M, et al. The Humpty Dumpty falls scale: a case-control study. *J Spec Pediatr Nurs.* 2009;14(1):22-32. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x>.
- Almis H, Bucak IH, Konca C, Turgut M. Risk factors related to caregivers in hospitalized children's falls. *J Pediatr Nurs.* 2017;32:3-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.10.006>.
- DiGerolamo K, Davis KF. An integrative review of pediatric fall risk assessment tools. *J Pediatr Nurs.* 2017;34:23-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.036>.
- Vieira GLC, Campos IML, Fernandes BSM, Ladeira AG, Pimenta EF. Falls among children and teenagers in hospitals: an integrative literature review. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2019;9:e2709. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2709>.
- Staggs VS, Davidson J, Dunton N, Crosser B. Challenges in defining and categorizing falls on diverse unit types. *J Nurs Care Qual.* apr 2015;30(2):106-12. doi: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000085>.
- Jamerson PA, Graf E, Messmer PR, Fields HW, Barton S, Berger A, et al. Inpatient falls in freestanding children's hospitals. *Pediatr Nurs.* 2014 [cited 2021 Apr 30];40(3):127-35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25134226/>.
- Franck LS, Gay CL, Cooper B, Ezre S, Murphy B, Chan JSL, et al. The Little Schmidy pediatric hospital fall risk assessment index: a diagnostic accuracy study. *Int J Nurs Stud.* 2017;68:51-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.011>.
- Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 maio 25]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz. Anexo 1: Protocolo de prevenção de quedas [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 abr 19]. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf.
- Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem [internet]. São Paulo: Coren-SP; 2017 [citado 2021 abr 19]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>.
- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial União.* 2013 jun 26 [citado 2021 abr 19]. 150(143 Seção 1):32-3. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=26/07/2013&jornal=1&pagina=32&totalArquivos=112>.
- Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2018.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Brás AMR, Quitério MMSL, Nunes EMGT. Nurse's interventions in preventing falls in hospitalized children: scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 6):e20190409. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>.
- Gonzalez J, Hill-Rodriguez D, Hernandez LM, Cordo JA, Esteves J, Wang W, et al. Evaluating the Humpty Dumpty fall scale: an international, multisite study. *J Nurs Care Qual.* 2020;35(4):301-8. doi: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000458>.
- 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. doi: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0021>.
- Parker C, Kellaway J, Stockton K. Analysis of falls within paediatric hospital and community healthcare settings. *J Pediatr Nurs.* 2020;50:31-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.09.026>.
- Stubbs KE, Sikes L. Interdisciplinary approach to fall prevention in a high-risk inpatient pediatric population: quality improvement project. *Phys Ther.* 2017;97(1):97-104. doi: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150213>.
- Fujita Y, Fujita M, Fujiwara C. Pediatric falls: Effect of prevention measures and characteristics of pediatric wards. *Jpn J Nurs Sci.* 2013;10(2):223-31. doi: <https://doi.org/10.1111/jjns.12004>.
- Biasibetti C, Rodrigues FA, Hoffmann LM, Vieira LB, Gerhardt LM, Wegner W. Segurança do paciente em pediatria: percepções da equipe multiprofissional. *Rev Min Enferm.* 2020;24:e-1337. doi: <http://www.doi.org/10.5935/1415.2762.20200074>.
- Crossetti MGO, Góes MGO. Knowledge translation: a challenge in providing nursing care [editorial]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e74266. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.74266>.

■ **Contribuição de autoria:**

Escrita – rascunho original: Geisa Fonseca Rebouças, Cândida Caniçali Primo, Paula de Souza Silva Freitas, Eliane de Fátima Almeida.

Escrita – revisão e edição: Geisa Fonseca Rebouças, Cândida Caniçali Primo, Paula de Souza Silva Freitas e Eliane de Fátima Almeida, Elisabete Maria Garcia Teles Nunes, Margarida Maria de Sousa Lourenço Quitério.

Investigação: Geisa Fonseca Rebouças, Cândida Caniçali Primo, Paula de Souza Silva Freitas, Eliane de Fátima Almeida.

Metodologia: Geisa Fonseca Rebouças, Cândida Caniçali Primo, Paula de Souza Silva Freitas, Eliane de Fátima Almeida.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Cândida Caniçali Primo

E-mail: candida.primo@ufes.br

Recebido: 04.03.2022

Aprovado: 27.07.2022

Editor associado:

Helena Becker Issi

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti