

## QUEDA DE RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM ALOJAMENTO CONJUNTO

Vanessa Vieira Torino<sup>1</sup>, Maria Alice Tsunechiro<sup>2</sup>, Adriana Uehara Santos<sup>3</sup>, Ilva Marico Mizumoto Aragaki<sup>4</sup>,  
Giléria Tochika Shimoda<sup>4</sup>

**RESUMO:** O objetivo foi descrever as ocorrências de queda de recém-nascido em ambiente hospitalar. Estudo descritivo realizado em uma maternidade pública de ensino da cidade de São Paulo. As informações foram obtidas dos registros das Fichas de Notificação de Ocorrências e prontuários dos recém-nascidos que sofreram queda no alojamento conjunto, em 2013. Foram encontrados registros de quatro quedas não intencionais de recém-nascidos, indicando uma incidência de 11,36 quedas por 10.000 nascidos vivos. Três casos ocorreram no período noturno. As consequências para os neonatos abrangem desde nenhum ferimento até lesões moderadas como edema, hiperemia em têmpera e joelho, fratura em osso parietal e hematoma, que evoluíram em boas condições. Os achados acerca das circunstâncias das quedas podem auxiliar na compreensão desses acidentes e mostram a necessidade de implantação de estratégias de prevenção das quedas que proporcionem o cuidado multiprofissional em ambiente seguro e promovam a educação da mãe, familiares e profissionais.

**DESCRIPTORIOS:** Acidentes por quedas; Segurança do paciente; Recém-nascido; Alojamento conjunto; Enfermagem obstétrica.

### NEWBORN FALLS IN ROOMING-IN CARE

**ABSTRACT:** The objective of the study was to describe occurrences of newborn falls in the hospital environment. A descriptive study was conducted in a maternity of a public, teaching hospital in the city of São Paulo. Information was obtained from records of notification sheets and medical records of newborns who suffered falls in rooming-in care in 2013. Records of four newborn unintentional falls were found, showing an incidence of 11.36 falls per 10,000 live births. Three cases occurred during the night. Consequences for neonates range from no harm to moderate injuries, such as edema, hyperemia in temples and knees, fracture of the parietal bone, and hematoma that evolved in good conditions. Findings on circumstances of falls might help understand these accidents and show the need for implementation of fall prevention strategies that provide multidisciplinary care in a safe environment and promote education of mothers, families, and professionals.

**DESCRIPTORS:** Accidental Falls; Patient Safety; Infant, Newborn; Rooming-in Care; Obstetric Nursing.

### CAÍDA DE RECIÉN NACIDOS INTERNADOS EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

**RESUMEN:** El objetivo fue describir los eventos de caída de recién nacido en ambiente hospitalario. Estudio descriptivo, realizado en una maternidad pública de enseñanza de la Ciudad de São Paulo. La información fue obtenida de registros de las Fichas de Notificación de Eventos e historias clínicas de recién nacidos que sufrieron caída en el alojamiento conjunto, en 2013. Fueron encontrados registros de cuatro caídas no intencionales de recién nacidos, indicando una incidencia de 11,36 caídas por cada 10.000 nacidos vivos. Tres casos ocurrieron en el período nocturno. Las consecuencias para los neonatos incluyen: ningún evento, edema, hiperemia en la sien y la rodilla, fractura del hueso parietal y hematoma, que evolucionaron favorablemente. Los hallazgos sobre las circunstancias de las caídas pueden ayudar a la comprensión de estos accidentes, y muestran la necesidad de implementar estrategias de prevención de caídas que proporcionen el cuidado multiprofesional en un ambiente seguro y promuevan la educación de la madre, familiares y profesionales.

**DESCRIPTORES:** Accidentes por caídas; Seguridad del Paciente; Recién Nacido; Alojamiento Conjunto; Enfermería Obstétrica.

<sup>1</sup>Enfermeira. Residente de Enfermagem Obstétrica. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

#### Autor Correspondente:

Maria Alice Tsunechiro  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: tamnami@usp.br

**Recebido:** 11/03/2016

**Finalizado:** 07/10/2016

## ● INTRODUÇÃO

Um dos indicadores de qualidade dos serviços de saúde sensíveis à enfermagem é a queda de pacientes internados. Para organizações como a *Joint Commission and Magnet Recognition Program*, reduzir quedas é um dos objetivos dos cuidados de enfermagem<sup>(1)</sup>. Os hospitais vêm dedicando atenção e esforço na prevenção de quedas em todas as populações de pacientes, assim como em recém-nascidos (RN)<sup>(2)</sup>.

As quedas têm expressiva predominância entre os fatores externos de ferimentos não intencionais. São definidas, comumente, como deslocamento do corpo para um nível inferior à posição inicial, de forma não intencional, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos<sup>(3)</sup>.

A repercussão da queda na saúde individual é bastante variável, podendo determinar nenhuma lesão até lesões de maior gravidade, incapacidade e também morte<sup>(4)</sup>. Todas as pessoas sofrem quedas não intencionais em algum momento de sua vida. As quedas atingem qualquer indivíduo independente do sexo, idade ou condição socioeconômica. Alguns grupos têm maiores probabilidades de sofrer queda, como as crianças<sup>(5)</sup>.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente disponibiliza Manuais e Protocolos com temas como Prevenção de Quedas, Identificação do Paciente, Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, Cirurgia Segura, Higiene das Mãos e a Prevenção de Úlcera por Pressão<sup>(6)</sup>.

O Protocolo de Prevenção de Quedas utilizado como referência nas instituições de saúde tem como finalidade: reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos locais de assistência e o dano dela decorrente. Para isso, utiliza-se da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, proporcionem o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais<sup>(7)</sup>. Esse protocolo aborda essencialmente a questão de quedas em adultos, cita superficialmente as quedas em unidades de pediatria.

Quedas durante a internação têm sido mais estudadas na população adulta resultando em um conjunto de evidências para evitar quedas e seus custos associados no ambiente hospitalar. Estes resultados não podem ser extrapolados para a população pediátrica, dada a limitação de estudos científicos, sobretudo, em recém-nascidos. O ambiente hospitalar é diferente do domiciliar e os riscos inerentes de quedas são maiores decorrentes de fatores fisiológicos, medicamentos e uso de equipamentos. Ademais, os números de quedas podem ser subnotificados, diminuindo a taxa de ocorrências real de tais eventos<sup>(1)</sup>.

Nos estudos encontrados na literatura, a maioria aborda a falta de um protocolo específico sobre prevenção de quedas de recém-nascidos em suas unidades hospitalares e propõem estratégias para a diminuição desse evento baseado em levantamentos realizados previamente sobre as características das quedas, as circunstâncias em que ocorreram e as consequências para o neonato. As revisões recentes da literatura têm rendido pouca informação para a compreensão da magnitude do problema ou melhores práticas para prevenção<sup>(8-9)</sup>.

O problema da queda de recém-nascidos no ambiente hospitalar é uma questão que tem merecido atenção especial principalmente nos últimos anos, pois é considerado um evento raro, resultado de fatores ambientais ou presença de um fator de risco, o qual foi pouco abordado pela equipe de assistência, mas que são, na maioria das vezes, evitáveis<sup>(9-11)</sup>. A causa mais frequente de lesão decorrente de acidentes na população pediátrica é a queda, sobretudo entre bebês e crianças menores, em comparação com as crianças de outras faixas etárias. Cerca de 56% das quedas que ocorrem em hospital e 47% em domicílio, acontecem com crianças menores de três anos<sup>(12)</sup>.

Manter a segurança do RN quanto à prevenção de quedas tem sido um foco crescente e com destaque para a sua ocorrência no período de pós-parto imediato. Há poucos estudos sobre a prevalência de “quase-acidentes” ou seja, sinais iminentes de um acidente<sup>(13)</sup> ou os fatores de riscos para quedas de RN no período pós-parto e em que momento da internação estes riscos podem ser maiores<sup>(14)</sup>.

Por sua vez, há equipes multiprofissionais que manifestam preocupação relacionada ao recém-nascido em maternidade, quando as mães que seguram seus bebês no colo, adormecem deitadas na cama ou sentadas na cadeira. Essas atitudes colocam as crianças em risco de queda dos braços da mãe ou do leito<sup>(15)</sup>.

A *The Joint Commission* recomenda que os hospitais possuam um método para identificar crianças com

risco de quedas, bem como um processo de triagem para determinar quais destas estão em risco. Esforços devem ser feitos para avaliar e proteger essa população<sup>(16)</sup>.

A escassez de estudos para fornecer diretrizes baseadas em evidências para uma política de saúde uniforme levaram os hospitais a desenvolver suas próprias estratégias para reduzir e prevenir quedas de recém-nascidos<sup>(17)</sup>. Nos estudos encontrados na literatura específica<sup>(2,8,10-11)</sup> observa-se uma variedade de estratégias de prevenção produzidas pelas instituições de saúde, de forma independente, respondendo especificamente as suas necessidades.

A identificação de fatores de risco preveníveis é o primeiro passo no desenvolvimento de programas de intervenção eficazes<sup>(18)</sup>. Se os profissionais de saúde forem capazes de avaliarem os fatores de risco para a ocorrência de queda, poderão implementar estratégias preventivas<sup>(19-20)</sup>.

Os profissionais de enfermagem apontam com principais fatores de risco em alojamento conjunto a orientação insatisfatória e “colocar o recém-nascido para dormir na cama com a mãe” como risco de queda<sup>(21)</sup>.

No Alojamento Conjunto (AC) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP) as ocorrências de quedas de recém-nascidos são raras. No sistema de AC adotado no HU, o RN saudável é admitido junto com a mãe e alocado em berço comum, próximo ao leito materno, continuamente até a alta hospitalar, para favorecer o processo de amamentação e o vínculo da díade mãe-filho. Nesse contexto, não é raro encontrar o recém-nascido e a mãe no leito materno, muitas vezes, adormecidos após a mamada. A equipe de enfermagem da unidade de AC tem relatado, com frequência, dificuldades para sensibilizar as puérperas quanto ao risco decorrente do compartilhamento do leito com o recém-nascido.

Na unidade de AC existe rotina assistencial padronizada para a prevenção de quedas de puérperas no pós-parto imediato. Em relação à segurança do RN a mãe é orientada quanto ao risco do compartilhamento do leito com o recém-nascido, no momento da orientação em grupo ministrada por enfermeiras, após o banho do bebê ou da puérpera ou quando é detectado o risco. Atuando nesse serviço observamos, pela primeira vez, quatro ocorrências de queda de recém-nascido no ano de 2013, o que gerou desconforto, indignação e preocupação na equipe do setor, sobretudo, da enfermagem. Nesse cenário clínico, o estudo teve como objetivo descrever as ocorrências de queda de recém-nascido.

## ● MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo realizado na unidade de AC do HUUSP, hospital público de ensino, que atende a população da região do Distrito Butantã e comunidade USP, certificado como Hospital Amigo da Criança desde 2006. Na ocasião do estudo, o AC possuía cinco leitos de ginecologia e 47 destinados ao binômio mãe-filho, com período mínimo de internação de 60 horas a partir do parto. O quadro de profissionais de enfermagem era composto por uma enfermeira chefe de seção, 12 enfermeiras assistenciais, 33 técnicas/auxiliares de enfermagem, uma técnica de material e duas auxiliares administrativas.

A finalidade da assistência de enfermagem no AC é a educação para o autocuidado da puérpera no pós-parto e cuidados com o seu filho. Além da assistência individualizada, os pais são convidados a participar de uma atividade educativa em grupo, que ocorre diariamente, ministrada por enfermeiras assistenciais. Esse programa visa a proporcionar o desenvolvimento de habilidades, como a técnica de amamentação e os cuidados com o recém-nascido (banho, cuidados com o coto umbilical, entre outros). Na assistência do Sistema de AC, o grande diferencial está na postura do profissional, nas situações em que se coloca disponível para auxiliar a mulher na promoção do autocuidado<sup>(22)</sup>, já que a importância da estadia hospitalar da mãe e do recém-nascido é identificar problemas e certificar que a mãe se sinta segura, capaz e preparada para cuidar dela e de seu filho em casa<sup>(23)</sup>.

A fonte de dados das ocorrências de queda de recém-nascidos foi a Ficha de Notificação de Ocorrências do AC preenchida pela enfermeira assistencial da unidade e o prontuário do RN que sofreu a queda em 2013. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2014, utilizando um formulário próprio contendo itens sobre dados maternos (idade, paridade e tipo de parto), do recém-nascido (sexo, peso ao nascer, tempo de vida,) e das circunstâncias da queda (horário ou período da ocorrência do evento, tipo de queda, natureza e local da lesão no RN, evolução da lesão e condições do bebê na alta hospitalar, motivos/causas da queda, condições da mãe e medicação recebida pela mãe no período de 6h antes da queda). Os

dados coletados foram transcritos e apresentados de forma descritiva e em quadros.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUUSP - Parecer 804760. Por envolver coleta de dados da Ficha de Notificação de Ocorrências da Unidade e de prontuários de recém-nascidos que sofreram queda, foi assinado o “Termo de Compromisso para Realização de Pesquisa” e respeitados os preceitos éticos definidos na Resolução 466/2012<sup>(24)</sup> que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## ● RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se às quatro ocorrências de quedas não intencionais de RN (de 3.520 nascidos vivos em 2013), indicando uma incidência de 11,36 quedas por 10.000 nascidos vivos. Três quedas ocorreram no mês de julho e uma em outubro. Cada caso está descrito a seguir e os dados das variáveis maternas e das circunstâncias da queda estão apresentados nos Quadros 1 e 2.

**1º Caso:** RN de MCOS; data de nascimento: 09/10/2013, queda em: 10/10/2013, período noturno.

**Relato da ocorrência:** RN apresentou queda do leito materno, onde se encontrava debruçado sobre o abdome da mãe. A mesma havia sido orientada a mantê-lo no berço. Avaliado pela equipe médica, sendo solicitada transferência para o berçário. RN encontrava-se aparentemente em bom estado geral, sem fraturas palpáveis.

**2º Caso:** RN de DCJ, 23 anos; data de nascimento: 12/07/2013, queda em 15/07/2013. Período noturno (05h50min).

**Observação:** Às 04h40min, retirado RN do leito da mãe e colocado no berço, dormindo. (Anotação da técnica de enfermagem).

**Relato da ocorrência:** Às 05h50min, RN apresentou queda do colo da mãe, que estava amamentando deitada, apesar de já ter sido orientada sobre os riscos e consequências de tal atitude. A primeira pessoa a socorrer o RN antes da chegada da equipe de enfermagem teria sido outra puérpera internada no mesmo quarto. RN foi levado à sala de admissão de recém-nascidos da unidade, equipada com material para prestar o atendimento necessário em casos de intercorrências. Ao exame físico apresentava edema e hiperemia em têmpera esquerda e joelho esquerdo. Avaliado pela equipe médica, que solicitou tomografia computadorizada (TC) de crânio e transferência ao berçário. Evoluiu sem alterações no exame clínico. O exame de TC de crânio não evidenciou alterações decorrentes de traumatismo cranioencefálico. Recebeu alta em bom estado geral, corado, hidratado, acianótico e anictérico.

**3º Caso:** RN de AAS, 15 anos, data de nascimento: 20/07/2013, queda no mesmo dia às 21h40min (período noturno).

**Relato da ocorrência:** RN apresentou queda do colo da mãe, a mesma estava sentada na cadeira tentando amamentá-lo, quando sentiu mal-estar, com perda da consciência, derrubando o RN que caiu com o rosto no chão, o mesmo estava enrolado com cobertor. O RN foi socorrido por uma técnica de enfermagem, que o encaminhou à sala de admissão de recém-nascidos. Ao exame físico, sem lesões aparentes, ativo, choro forte, SatO<sub>2</sub>= 95%, comunicado à equipe médica que o manteve em observação, tendo sido notado cefalohematoma em região parietal direita. Durante a internação, o RN não apresentou maiores intercorrências, mantendo-se ativo, sem lesões, fraturas ou limitações de movimento.

**4º Caso:** RN de MHVB, data de nascimento: 26/07/2013, queda em 28/07/2013, no início da manhã (07h40min).

**Relato da ocorrência:** RN apresentou queda do colo da mãe por volta da 07h40min, mãe relata que apresentou lipotimia e não conseguiu segurá-lo. Mãe apresentava-se cansada, tendo repousado pouco à noite, quando apresentou crise de bronquite, tendo recebido antialérgico às 22h. No momento da intercorrência, a mãe encontrava-se na sala de TV, sentada na poltrona com o RN no colo. RN foi encaminhado ao setor de radiologia para realizar TC de crânio e posteriormente transferido ao berçário para observação. Ao exame físico, RN encontrava-se em bom estado geral, reativo, choroso, reflexos presentes. No segmento cefálico apresentava pequena tumoração em região parietal direita, sendo interrogado um possível hematoma galeal. No exame de TC foi constatada fratura parietal à direita e hematoma extra-axial, extradural na mesma

região. RN seguiu em acompanhamento pela equipe de neurocirurgia do Hospital das Clínicas, não sendo necessária a abordagem cirúrgica.

Quadro 1 - Circunstâncias relativas aos quatro recém-nascidos que sofreram queda na maternidade. HUUSP. São Paulo, SP, 2014

Recém-nascido	Idade da mãe	Tipo de parto	Medicação recebida pela mãe	Período / hora da queda	Descrição da queda
1	43	Normal	Sem registro	Noite	Mãe sentada no leito, sonolenta, adormeceu com o RN no colo.
2	23	Cesariana	Analgésico	5h50min	Mãe no leito, sonolenta, adormeceu, amamentando o RN.
3	15	Normal	Analgésico	21h40min	Mãe sentada na cadeira do quarto, amamentando, sentiu mal-estar, o RN caiu com o rosto no chão.
4	28	Cesariana	Analgésico Anti-histamínico	7h40min	Mãe sentada na poltrona com o RN no colo, na sala de televisão, sentiu tontura e cansaço.

Fonte: Ficha de Notificação de Ocorrências, Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da USP, 2013.

Quadro 2 - Dados demográficos e desfechos de quatro recém-nascidos que sofreram queda na maternidade. São Paulo, SP, 2014

Recém-nascido	Peso ao nascer(g)	Gênero	Idade na queda	Natureza e local da lesão	Evolução e alta
1	3.995	Masculino	21h	Sem lesões	Normal. Alta em bom estado geral
2	3.040	Feminino	3 dias	Edema e hiperemia em têmpora esquerda e joelho esquerdo.	Sem alterações no exame clínico e TC. Alta em bom estado geral
3	2.635	Feminino	45h	Cefalohematoma parietal direito, sem outras lesões.	Sem alterações. Alta em bom estado geral
4	3.515	Masculino	35h	Traumatismo cranioencefálico Fratura em parietal direito, hematoma extra-dural.	Sem alterações. Alta em bom estado geral

Fonte: Ficha de Notificação de Ocorrências, Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da USP, 2013.

## ● DISCUSSÃO

Este trabalho apresenta dados de quatro ocorrências de queda não intencional de RN internados no AC do HU-USP. Estudos que tratam desse tema são raros e não foi encontrado na literatura nacional dados sobre frequência de queda na área neonatal em ambiente hospitalar. Nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo<sup>(25)</sup> realizado em 18 hospitais de uma rede de serviço de saúde no período de 2004 a 2006, analisou a ocorrência de 14 quedas, tendo uma incidência estimada de 1,6 quedas por 10.000 nascidos vivos. Em Oregon, EUA<sup>(8)</sup> em sete hospitais foram observados nove casos de quedas de RN de 2006 a 2007, significando uma taxa de 3,94 quedas para 10.000 nascimentos. No Reino Unido, um estudo<sup>(26)</sup> menciona queda intra-hospitalar de 17 RN em um período de 12 meses, com dois óbitos.

Os resultados deste estudo mostram que, apesar da amostra limitada, considera-se que os riscos de queda do RN estavam presentes em diferentes circunstâncias, pois as quedas ocorreram em igual proporção em relação ao tipo de parto, normal e cesariana, assim como ao gênero do RN. De forma semelhante, as puérperas tinham idades variadas, precoce (15 anos), adultas jovens (23 e 28 anos) e tardia (43 anos).

Estas mães encontravam-se com o RN no colo, no leito (dois casos), ou sentada na cadeira/poltrona (dois casos), atitudes que colocam as crianças em risco de queda dos braços da mãe<sup>(15)</sup>. As mães colocam o filho

no leito por diferentes razões como amamentar, trocar o bebê, dormir junto e para aquecê-lo. Essas situações sugerem que a orientação ministrada sobre a queda de RN não está atendendo as necessidades da mãe ou não é reconhecida por ela como de risco. A orientação insatisfatória pode se tornar um fator de risco para queda e outros acidentes evitáveis na área hospitalar<sup>(21)</sup>.

As mães compartilham o leito com seu recém-nascido em razão do sono, bebê não dormir no berço, frio durante as noites no AC, facilidade de amamentar no leito, estar recebendo medicação via venosa (soro). Uma situação que merece atenção refere-se à dor no local da ferida operatória, em razão da cesariana ou episiorrafia ou outro tipo de sutura na região perineal. As mulheres relatam que ao sentar na cadeira para amamentar sentem mais dor no local e assim preferem deitar na cama.

De forma geral, em todos os casos há relatos de muito cansaço e sonolência materna. Como Hospital Amigo da Criança, no AC do HU-USP, as ações relativas ao aleitamento materno são rigorosamente observadas, como o incentivo à livre demanda, não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica, não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas, entre outras. Nesse contexto, o incentivo e a supervisão constante do processo de amamentação pela equipe hospitalar somado ao aleitamento materno em livre demanda podem contribuir para interferir no sono e repouso das nutrizes.

Amamentar o filho em posição deitada ou sentada no leito é uma prática comum adotada pelas puérperas. Essa prática não necessariamente precisa ser considerada inadequada, visto que parece trazer conforto às mães durante o processo de amamentar, porém as mesmas precisam ser alertadas quanto à possibilidade de adormecer com o bebê no colo, o que leva ao aumento do risco de queda da criança.

É preciso considerar que as mulheres estão em período pós-parto com as repercussões das modificações gerais e locais no organismo materno, e não é raro a privação do sono ou os padrões de sono alterados e, em consequência, a fadiga decorrente das variações hormonais gestacionais, analgesia ou anestesia e amamentação. Esse período caracteriza-se por intensas mudanças fisiológicas, psicológicas e socioculturais<sup>(27)</sup>.

Um dado relevante foi o período em que a queda ocorreu, três das quatro quedas, ocorreram no período noturno, entre 21h40min e 05h50min, fato encontrado no estudo realizado em Newcastle, Reino Unido<sup>(28)</sup>, no qual dentre 11 quedas, sete ocorreram no período da noite, quatro caíram do colo da mãe quando esta adormeceu, após a mamada.

A equipe de enfermagem deve oferecer à mãe suporte para que possa descansar, sobretudo no período noturno. Na possibilidade de ter acompanhante no pós-parto, incentivá-lo a colaborar na vigilância e nos cuidados com o bebê para proporcionar melhores condições de repouso à mãe e evitar a ocorrência de quedas em RN.

Entre as consequências imediatas para os RN deste estudo destaca-se a separação da mãe em razão da transferência do bebê para a unidade de cuidados intermediários (berçário) para melhor observação clínica e encaminhamento ao setor de radiologia para realização de exames como TC de crânio.

As lesões encontradas nesses RN após as quedas foram: edema e hiperemia em têmpora e joelho; cefalohematoma parietal; tumoração em região parietal; fratura parietal; hematoma extra-axial, extradural em região parietal, sendo o mais grave traumatismo cranioencefálico.

As consequências para os RN associadas às quedas, encontradas em outros estudos<sup>(8,25)</sup>, abrangem desde nenhum ferimento, lesão menor como contusão, até lesões mais graves como traumatismo. Um estudo<sup>(2)</sup> menciona que não houve morte de RN resultante de queda no ambiente hospitalar, mas efeitos emocionais e psicológicos como a ansiedade e preocupação excessiva nas famílias decorrentes de quedas de bebês.

Ressalta-se que no HU-USP em 2014 e 2015, não houve relatos de quedas de RN, no entanto, apesar das orientações e alertas da equipe de enfermagem, com certa frequência observa-se, ainda, bebê no leito materno, que constitui um dos principais fatores de risco de queda de RN.

## ● CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam que as quedas de RN internados em um AC ocorreram tanto em

situação de compartilhamento de leito bem como com a mãe sentada em poltrona ou cadeira com o bebê no colo independentemente da idade materna, tipo de parto. A ocorrência foi mais prevalente no período noturno. Não obstante, todos os bebês receberam alta hospitalar em boas condições.

As informações acerca das circunstâncias da ocorrência das quedas podem auxiliar na compreensão desses acidentes e mostram a necessidade de implantação de estratégias de prevenção das quedas que contemplem a avaliação do risco do RN, proporcionem o cuidado multiprofissional em ambiente seguro e promovam a educação da mãe, familiares e profissionais.

O número limitado de eventos (quedas) registrados em 2013 dificulta uma análise mais detalhada, porém pode-se sugerir que o fenômeno merece ser investigado entre coortes maiores ao longo do tempo, assim os achados deste trabalho podem servir de base para comparação com os resultados de trabalhos futuros.

A falta de informação sobre quedas intra-hospitalar de RN nos leva a concluir que este problema é pouco estudado e que os esforços para evitar estas quedas são inadequados.

Os resultados apontam, ainda, que o compartilhamento do leito é prática comum entre as mães, apesar das orientações a respeito dos riscos ao RN. Chama a atenção para as condições maternas no pós-parto, sobretudo quanto à manifestação de sonolência/cochilo quando sentada na cadeira com o bebê no colo.

Assim, recomenda-se a elaboração de protocolo para a prevenção de queda dos RN e a implantação de algumas estratégias para fortalecer a contribuição da equipe de enfermagem e até de outros profissionais, no que se refere à orientação para as puérperas em relação aos riscos do compartilhamento de leito, a fim de erradicar e/ou diminuir esta prática tão enraizada em nossa cultura e desenvolver a confiança materna.

Considerando que uma proporção considerável das quedas acidentais sejam passíveis de serem evitadas propomos algumas estratégias: elaborar um protocolo específico destinado à prevenção de quedas de recém-nascidos em ambiente hospitalar, unindo os esforços da equipe de neonatologia e de enfermagem; padronizar a orientação para as mães em relação à queda, por ocasião da admissão na área obstétrica (Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto) e produzir folhetos informativos ou quadros afixados nos quartos, com frases que chamem atenção. Por exemplo: "A segurança do seu filho é muito importante para nós. Você sabia que uma queda pode ocorrer a qualquer momento, em qualquer lugar? Você sabia que as quedas ocorrem com frequência enquanto os pais/familiares estão presentes?"; "Quando estiver segurando o seu filho no colo, caso você se sinta sonolenta, coloque-o de volta no berço. Não coloque seu bebê na cama."; "O lugar mais seguro para o seu bebê é o berço."

## ● REFERÊNCIAS

1. Child Health Corporation of America Nursing Falls Study Task Force. Pediatric falls: state of the science. *Pediatr Nurs.* 2009;35(4):227-33.
2. Galuska LEE. Prevention of in-hospital newborn falls. *Nurs Womens Health.* 2011;15(1):59-61.
3. World Health Organization (WHO). Violence and injury prevention and disability: biennial report 2010-2011. [Internet] Geneva:WHO;2012 [acesso em 20 jul 2014]. Disponível: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75573/1/9789241504133\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75573/1/9789241504133_eng.pdf).
4. Malta DC, da Silva MMA, Mascarenhas MDM, de Sá NNB, de Moraes Neto OL, Bernal RTI, et al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. *Rev. Saúde Pública.* 2012;46(1):128-37.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Protect the ones you love: falls. [Internet] 2012 [acesso em 20 jul 2014]. Disponível: <http://www.cdc.gov/safecild/Falls/>.
6. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. *Bol Inform.* [Internet] 2011;18(1) [acesso em 18 jul 2014]. Disponível: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Bol+Inform+C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan+Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fac>.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. [Internet] *Diário Oficial da União*, 2001 [acesso em 28 jul 2014].

Disponível: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737\\_16\\_05\\_2001.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html).

8. Helsley L, McDonald JV, Steward VT. Addressing in-hospital “falls” of newborn infants. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(7):327-33.
9. Matteson T, Henderson-Williams A, Nelson J. Preventing in-hospital newborn falls: a literature review. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2013;38(6):359-66.
10. Phalen AG, Smolenski J. Newborn falls: seeking solutions for a never event. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010;39(s1):S42-S47.
11. Paul SP, Goodman A, Remorino R, Bolger S. Newborn falls in-hospital: time to address the issue. *Pract Midwife.* 2011;14(4):29-32.
12. Lee YLG, Yip WK, Goh BW, Chiam EPJ, Chermaine HP. Fall prevention among children in the presence of caregivers in a paediatric ward: a best practice implementation. *Int J Evid Based Healthc.* 2013;11(1):33-8.
13. Jones S, Kirchsteiger C, Bjerke W. The importance of near miss reporting to further improve safety performance. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries.* 1999;12(1):59-67.
14. Slogar A, Gargiulo D, Bodrock J. Tracking ‘near misses’ to keep newborns safe from falls. *Nurs Womens Health.* 2013;17(3):219-23.
15. Rouse MD, Close J, Prante C, Boyd S. Implementation of the Humpty Dumpty Falls Scale: A quality-Improvement Project. *J Emerg Nurs.* 2014;40(2):181-6.
16. The Joint Commission. Patient Safety Goals. [Internet] 2012 [acesso em 30 jun 2014]. Disponível: [http://www.jointcommission.org/mobile/standards\\_information/national\\_patient\\_safety\\_goals.aspx](http://www.jointcommission.org/mobile/standards_information/national_patient_safety_goals.aspx).
17. Ainsworth RM, Maetzold L, Mog C, Summerlin-Long S. Protecting our littlest patients: a newborn falls prevention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013;42(s1):S76-S77.
18. Khambalia A, Joshi P, Brussoni M, Raina P, Morrongiello B, Macarthur C. Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: a systematic review. *Inj Prev.* 2006;12(6):378-81.
19. Da Rin Della Mora R, Bagnasco A, Sasso L. In-hospital pediatric accidents: an integrative review of the literature. *Int Nurs Rev.* 2012;59(4):466-73.
20. Fleischman E, Lanciers M. Don’t drop that baby! *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41(1):S48.
21. Martins DC, de Mello DF. Percepções da enfermagem sobre os fatores de risco na assistência à saúde de recém-nascidos em uma maternidade. *Rev. Soc Bras Enferm Pediatr.* 2001;1(1):81-90.
22. Soares AVN, Gaidzinski RR, Cirico MOV. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. *Rev.esc. enferm. USP.* 2010;44(2):308-17.
23. Costa HPF. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Neonatologia. Tempo de permanência hospitalar do recém-nascido a termo saudável. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012.
24. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
25. Monson SA, Henry E, Lambert DK, Schmutz N, Christensen RD. In-hospital falls of newborn infants: data from a multihospital health care system. *Pediatrics.* 2008;122(2):e277-80.
26. Janiszewski H. Reducing the risk of baby falls in maternity units. *Nurs Times.* 2015;111(28-29):21-3.
27. Trevisan ML, Lewgoy AMB. Atuação interdisciplinar em grupo de puérperas das mulheres e seus familiares. *Revista Textos & Contextos Porto Alegre.* [Internet] 2009;8(2) [acesso em 30 jul 2014]. Disponível: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/6343/4642>.
28. Ruddick C, Platt MW, Lazaro C. Head trauma of verifiable falls in newborn babies. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2010;95(2):F144-5.