Gestão de segurança quanto à quedas de recém-nascidos hospitalizados: uma revisão integrativa

Safety management of hospitalized newborn falls: an integrative review

DOI:10.34117/bjdv7n6-275

Recebimento dos originais: 07/05/2021
Aceitação para publicação: 14/06/2021

Adriana Lemos de Sousa Neto
Mestre em Atenção à Saúde.
Universidade Federal de Uberlândia. Escola Técnica de Saúde.
Endereço: Av. Pará, 1720, CEP: 38405320, Bairro Umuarama. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: adrianasneto@ufu.br

Denise Von Dolinger de Brito Röder
PhD em Microbiologia Clínica.
Universidade Federal de Uberlândia. Pós Graduação em Ciências da Saúde.
Endereço: Av. Pará, 1720, CEP: 38405320, Bairro Umuarama. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: denise.roder@ufu.br

RESUMO
Objetivo: identificar evidências na literatura sobre a queda de recém-nascidos em ambiente hospitalar. Método: Foi realizada busca online nas bases de dados CINAHL, COCHRANE, Embase, LILACS, Pubmed, SCOPUS e Web of Science, com a utilização dos descritores acidentes por quedas, gestão da segurança, recém-nasciso. Foram incluídas publicações a qualquer momento, nos idiomas português, inglês ou espanhol, abordando as quedas de recém-nascidos em ambiente hospitalar. Resultados: foram recuperadas 234 referências, das quais 11 foram incluídas nesta revisão, após exclusão das duplicatas e utilizando os critérios de inclusão. As quedas avaliadas nos estudos ocorreram mais comumente nas primeiras horas da manhã e com a mãe segurando o recém-nascido. Os estudos relataram as principais características das quedas em recém-nascidos e enfatizaram a redução da ocorrência de quedas após a implantação de protocolos e orientações adequadas aos pais e profissionais de saúde. Conclusão: os resultados refletem a importância de ações com ênfase na notificação, prevenção e manejo das quedas de recém-nascidos, a utilização de formulários padronizados e educação dos pais e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Acidentes por quedas, Gestão da segurança, Recém-nascido.

ABSTRACT
Objective: to identify evidence in the literature about the fall of newborns in a hospital environment. Method: An online search was performed in the CINAHL, COCHRANE, Embase, LILACS, Pubmed, SCOPUS and Web of Science databases, using the descriptors accident by falls, safety management, newborn. Publications were included at

any time, in Portuguese, English or Spanish, addressing the falls of newborns in a hospital environment. Results: 234 references were retrieved, of which 11 were included in this review, after excluding duplicates and using the inclusion criteria. The falls evaluated in the studies occurred most commonly in the early morning hours and with the mother holding the newborn. The studies reported the main characteristics of falls in newborns and emphasized the reduction in the occurrence of falls after the implementation of appropriate protocols and guidelines for parents and health professionals. Conclusion: the results reflect the importance of actions with an emphasis on notification, prevention and management of falls in newborns, the use of standardized forms and education of parents and health professionals.

Keywords: Accidents due to falls, Security management, Newborn.

1 INTRODUÇÃO

Com o objetivo de ofertar cuidados à saúde de forma segura, as instituições de saúde tem buscado consolidar uma cultura de segurança, o que inclui o compromisso em minimizar o dano ao paciente, promover bem-estar, mitigar os eventos adversos e comunicar preocupações relativas à segurança (URBANETTO, JANETE DE SOUZA; ROSA, VITOR PENA PRAZIDO; MAGNAGO, 2019).

Dentre os incidentes de segurança com repercussão mundial destaca-se a queda, definida como "vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos" (WHO, 2007).

Na neonatologia, a preocupação com a queda não está relacionada à deambulação, mas aos eventos em que o bebê rola ou escorrega do leito ou de algum mobiliário, ou quando o bebê cai enquanto é carregado por alguma pessoa (STAGGS et al., 2015). Estimativas apontam a queda de 600 a 1.600 recém-nascidos (RN) nos Estados Unidos em ambientes hospitalares, anualmente (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016).

A queda de RN em ambiente hospitalar pode gerar graves ferimentos, custos adicionais ao tratamento, maior tempo de internação, além de danos emocionais aos envolvidos, sejam profissionais de saúde ou familiares (CARR et al., 2019). No entanto, existe uma carência de estudos e políticas voltadas à quedas de recém-nascidos, bem como ferramentas de avaliação de risco validadas, o que motivou a realização desta revisão. Diante disso torna-se relevante uma maior compreensão dos fatores relacionados e do manejo adequado da queda de RN.[4] Assim, esta revisão teve como objetivo identificar evidências na literatura sobre a queda de RN em ambientes hospitalares.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura em que foram percorridas as seguintes etapas: formulação do problema; busca na literatura dos estudos primários; avaliação dos estudos incluídos na revisão; análise dos dados; apresentação dos resultados (WHITTEMORE; KNAF, 2005).

Na primeira etapa, buscou-se estabelecer de forma clara o tema em questão, facilitando a estratégia de busca, o que resultou na seguinte questão norteadora: Como tem sido realizada a gestão da segurança quanto à queda de RN em ambientes hospitalares?

2.2 COLETA DE DADOS

A busca das publicações nacionais e internacionais, segunda etapa, ocorreu em novembro e dezembro de 2020, de forma online nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Biblioteca COCHRANE, Embase, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature and Retrivial System Online* (MEDLINE, Pubmed), SCOPUS (Elsevier) e *Web of Science* (Clarivate Analytics), via portal CAPES.

Como estratégia de busca, foram identificados descritores controlados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECs), acidentes por quedas; gestão da segurança; recém-nascido, e *Medical Subject Headings* (MESH), accidental falls; safety management; infant, newborn, com posterior combinação dos mesmos por operadores booleanos *OR* e *AND.*

2.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Após a obtenção dos estudos pela estratégia de buscas, utilizou-se a ferramenta de gerenciamento bibliográfico Mendeley® para remoção de artigos duplicados. Realizou-se a leitura do título e resumo do material recuperado, com exclusão daqueles não relacionados à temática proposta e, em seguida, os artigos foram lidos na íntegra, no intuito de identificar informações sobre quedas de RN em ambientes hospitalares.

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos originais; relatórios, protocolos e *guidelines* disponíveis nas bases de dados online; nos idiomas português, inglês e espanhol; publicações a qualquer tempo; que abordavam o assunto quedas de RN

em ambiente hospitalar. E os critérios de exclusão: revisões, cartas, resumos de anais de eventos, editoriais, livros, teses e dissertações.

2.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

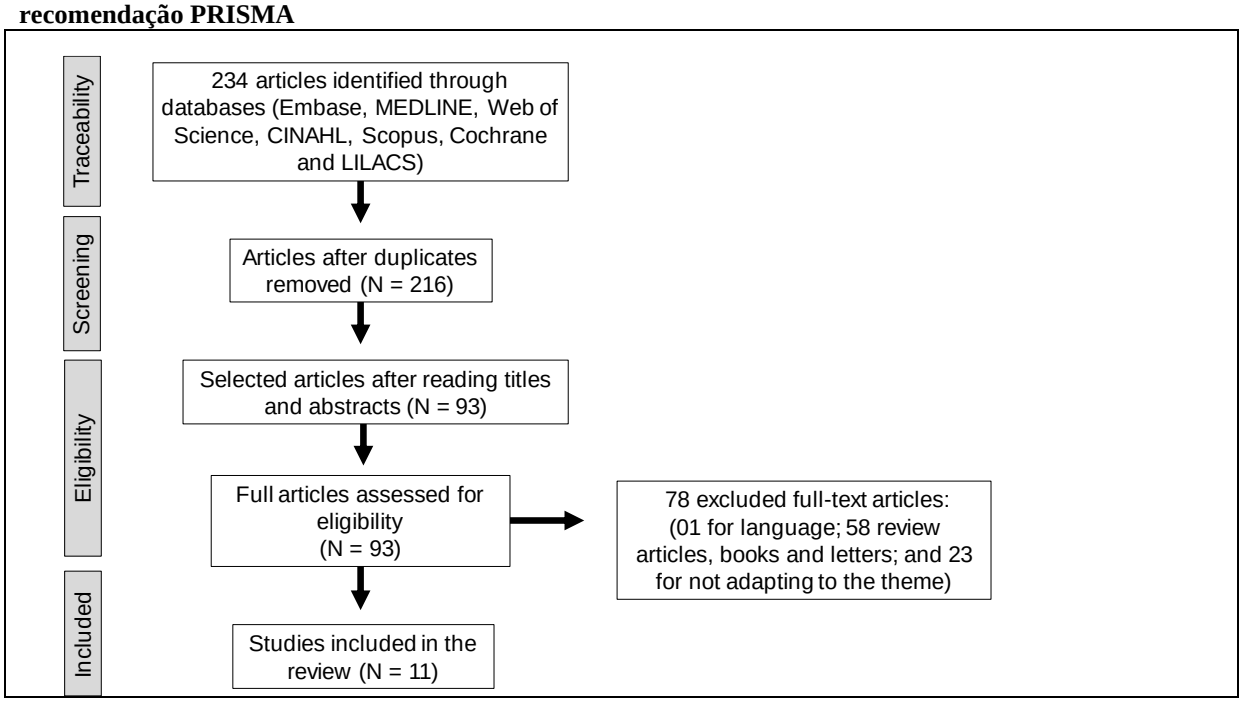
Os artigos incluídos na revisão foram avaliados quanto ao tipo de estudo, os quais foram classificados de acordo com os níveis de evidência da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ): nível 1 - meta-análise de múltiplos ensaios clínicos controlados e randomizados; nível 2 - estudos individuais com delineamento experimental; nível 3 - estudos quase experimentais; nível 4 - estudos descritivos (não experimentais) ou de abordagem qualitativa; nível 5 - relatos de caso ou experiência; e por fim o nível 6 - opiniões de especialistas (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ), 2016).

Após a leitura e análise crítica dos artigos, elaborou-se um quadro com síntese das publicações selecionadas, contendo autor, ano, país onde o estudo foi realizado e classificação AHRQ. Os principais resultados foram descritos e categorizados em "Características das quedas de recém-nascidos" (categoria 1) e "Intervenções para prevenção de quedas" (categoria 2).

3 RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados resultou em 234 referências, sendo 37 na MEDLINE, 102 na SCOPUS, cinco na CINAHL, 11 na COCHRANE, 43 na Embase, 20 na LILACS e 16 na *Web of Science*. Foram excluídos 18 artigos repetidos e os 216 artigos restantes foram analisados e selecionados de acordo com os critérios de inclusão propostos (figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA



Fonte: Os autores (2021).

Os artigos selecionados para a revisão foram publicados entre 2008 e 2019, sendo apenas um na língua portuguesa e os demais na língua inglesa. Houve predominância de estudos realizados nos Estados Unidos (EUA). De acordo com a AHQR, sete artigos foram categorizados como nível 4 e quatro como nível 3. Os artigos desta revisão estão sintetizados no quadro 1, ordenados de acordo com o ano de publicação.

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão

Autor/Ano	País/ Nível de Evidência	Objetivo	Incidência de quedas	Categoria
(MONSON et al., 2008)	EUA Nível 4	Analisar as quedas de RN em 18 hospitais.	1,6/10.000 nascidos vivos	1
(HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010)	EUA Nível 4	Analisar as quedas de RN em sete hospitais e descrever as intervenções propostas para redução da incidência de quedas.	3,94/10.000 nascidos vivos	1 e 2
(GALUSKA, 2011)	EUA Nível 3	Analisar as quedas de RN em um hospital por um ano e avaliar o impacto na redução das mesmas após programa de intervenções.	16,6/10.000 nascidos vivos	1 e 2

(SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013)	EUA Nível 3	Investigar situações de risco para queda e apresentar intervenção educacional com a equipe de saúde com o intuito de reduzir as situações de risco.	-	1 e 2
(WALLACE, 2015)	EUA Nível 4	Analisar as quedas registradas no Sistema de Notificações de Segurança do Paciente da Pensilvânia.	0,4 a 3,8/ 10.000 nascidos vivos	1
(TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015)	Reino Unido Nível 4	Descrever ações para redução de quedas de RN e algoritmo para gerenciamento das mesmas.	-	2
(TORINO et al., 2016)	Brasil Nível 4	Descrever as ocorrências de queda de RN em ambiente hospitalar.	11,36/10.000 nascidos vivos	1
(AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016)	EUA Nível 3	Descrever casos de quedas de RN, apresentar política de prevenção e seu impacto na redução das quedas.	21,2/10.000 nascidos vivos	1 e 2
(LIPKE et al., 2018)	EUA Nível 3	Desenvolver plano de segurança para RN e avaliar sua eficácia em ajudar a reduzir as situações de risco e prevenir quedas de RN.	-	2
(FOWLER; LOWMAN, 2019)	EUA Nível 4	Identificar a percepção de pais e enfermeiros sobre o risco de queda do RN na utilização do método canguru.	-	2
(HUGHES DRISCOLL; PEREIRA; LICHENSTEIN, 2019)	EUA Nível 4	Analisar as quedas de RN em ambiente hospitalar.	3 quedas em 1 ano	1

Fonte: Os autores (2021).

Categoria 1: "Características das quedas de recém-nascidos"

O quadro 2 apresenta, de forma sintetizada, os resultados referentes às características comuns na maioria das quedas de RN nos artigos avaliados.

Quadro 2. Principais características das quedas de RN

Característica das quedas de RN	Autores
Ocorreu nas primeiras horas da manhã	(SA et al., 2008)HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010; GALUSKA, 2011; WALLACE, 2015; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; HUGHES DRISCOLL; PEREIRA; LICHENSTEIN, 2019)
Ocorreu quando a mãe/pai segurava o RN	(SA et al., 2008); (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010)(GALUSKA, 2011) WALLACE, 2015; TORINO et al., 2016; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; HUGHES DRISCOLL; PEREIRA; LICHENSTEIN, 2019)
Mãe fez uso de opióides para dor nas quatro horas que antecederam a queda	(GALUSKA, 2011)TORINO et al., 2016; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016)
Fratura de crânio do RN em pelo menos uma das quedas	(SA et al., 2008; (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010) (WALLACE, 2015) TORINO et al., 2016)

Fonte: Os autores (2021).

Em pesquisa que não objetivou investigar quedas de RN, mas situações de risco para quedas, o fato de a mãe estar com o RN no colo e dormindo ou com sono foi considerada uma situação de risco. Foram relatadas 64 situações de risco, das quais a maioria ocorreu entre 23:00 e 07:00 horas (SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013).

Categoria 2: "Intervenções para prevenção de quedas"

Enquanto alguns estudos enfatizaram os fatores relacionados às quedas de RN, outros abordaram também propostas de intervenção voltadas à prevenção e ao manejo das quedas, conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3. Principais intervenções para prevenção e manejo de quedas de RN

Intervenções para os pais	Intervenções para a equipe	Intervenções para a gestão
Conhecer e assinar termo de compromisso com a segurança do RN (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010) (GALUSKA, 2011) LIPKE et al., 2018)	Orientar pais e familiares sobre prevenção de quedas de RN (SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013) (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016);(GALUSKA, 2011) (FOWLER; LOWMAN, 2019) LIPKE et al., 2018; TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015)	Implementar sistema local de notificação de quedas de RN (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010; SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; (FOWLER; LOWMAN, 2019) LIPKE et al., 2018; TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015)
Conhecer os fatores de risco para quedas do RN (HELSLEY;	Realizar maior vigilância às puérperas (HELSLEY; MCDONALD; STEWART,	Investir no desenvolvimento de leitos com design mais seguro (menor espaço entre as

MCDONALD; STEWART, 2010)	2010)(GALUSKA, 2011) (SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013) (FOWLER; LOWMAN, 2019) TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015)	grades) (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010)
Relatar queda do RN à equipe de saúde (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010) LIPKE et al., 2018)	Comunicar e notificar quedas de RN (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010; SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; LIPKE et al., 2018; TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015)	Criar formulário de avaliação do risco de quedas (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010; SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; FOWLER; LOWMAN, 2019; LIPKE et al., 2018)
Manter as quatro grades do leito levantadas durante a alimentação do RN (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016)	Aumentar a vigilância da mãe enquanto alimenta o RN (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010; LIPKE et al., 2018)	Criar fluxograma/algoritmo para manejo de quedas de RN (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015; FOWLER; LOWMAN, 2019)
Colocar o bebê para dormir no berço, sem compartilhar o leito com o RN (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010; SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013; LIPKE et al., 2018)	Promover o descanso materno (GALUSKA, 2011; SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013; FOWLER; LOWMAN, 2019)	Treinar a equipe de saúde sobre a prevenção e manejo da queda de RN (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010)(GALUSKA, 2011)SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; LIPKE et al., 2018; TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015)
Manter o leito da mãe na altura mais baixa (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016))	Manter luzes dos quartos acesas durante a amamentação e portas destrancadas durante a noite (SLOGAR; GARGIULO; BODROCK, 2013; LIPKE et al., 2018)	Criar placas/cartões informativos sobre segurança nas unidades pós parto (GALUSKA, 2011)LIPKE et al., 2018, FOWLER; LOWMAN, 2019; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016)
	Transportar RN somente em berço deitado (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016)	Implementar cultura não punitiva (TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015)
	Apoiar o contato pele a pele entre pais e RNs que requerem cuidados intensivos (FOWLER; LOWMAN, 2019)	Criar comitê institucional para prevenção de quedas de RN (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010))
		Manter o RN que caiu em observação por 12 horas, realizar exames neurológicos de imagem (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010); TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015; AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016)

Fonte: Os autores (2021).

A elaboração de programas de intervenção voltados à prevenção e manejo de quedas de RN mostraram-se eficazes nos estudos que avaliaram o resultado de tais programas. Houve redução de situações de risco (LIPKE et al., 2018) e ausência de

registros de queda por um período aproximado de 12 meses após a implementação das iniciativas (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016); GALUSKA, 2011).

4 DISCUSSÃO

Esta revisão identificou predominância de algumas características relacionadas à queda de RN em ambiente hospitalar, como a sua ocorrência nas primeiras horas da manhã e o RN estar no colo da mãe ou pai no momento da queda.

Apesar de a literatura apontar uma incidência de 16-41 quedas por 100.000 nascidos vivos, esse incidente provavelmente ocorre mais frequentemente do que está documentado (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010). A cultura punitiva ainda existente e o medo de represália inibem e dificultam o processo de notificação pelos profissionais de saúde e até mesmo pelos pais, quando o RN cai de seus braços (HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010; TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015). No entanto, as semelhanças dos fatores relacionados à queda encontradas nesta revisão evidenciam a urgência de mudança da cultura de segurança nas instituições da saúde, com relato e avaliação de incidentes, bem como o desenvolvimento de ferramentas para o seu manejo adequado e prevenção, culminando em práticas mais seguras e de qualidade. Todo serviço de saúde deve possuir um sistema local de notificação e, a cada ocorrência de queda, o caso deve ser investigado com formulário padronizado e o aprendizado com cada incidente deve ser disseminado a todos os profissionais da instituição (BRITISH ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE, 2020).

A queda de RN está relacionada a diversos fatores como: deficiência de estratégias de prevenção e/ou desconhecimento das mesmas por parte de profissionais e familiares; equipamentos inadequados como leitos altos, com espaços entre as grades laterais, falta de almofada de suporte para alimentação; pais exaustos, com padrão de sono interrompido e em uso de medicamentos sedativos; falta de protocolo para manejo da queda; subnotificação devido ao medo e sentimento de culpa (MINER, 2019).

O alojamento conjunto, comprovadamente benéfico para o binômio mãe e filho, é uma prática que deve ser realizada durante o dia e a noite, com instalações, apoio e orientações adequadas para que haja maior proximidade e conforto (WHO, 2017). Para que o alojamento conjunto seja bem sucedido e o risco de queda seja reduzido, a díade mãe-bebê em risco de queda acidental no hospital deve ser submetida a vigilância adequada, o que requer uma extensa colaboração da equipe interdisciplinar, seja

minimizando as interrupções do sono materno, considerando o cansaço existente no período pós-parto, e também nas orientações que visem diminuir as situações de risco de quedas, conforme apontado nos estudos dessa revisão (HUGHES DRISCOLL; PEREIRA; LICHENSTEIN, 2019; MINER, 2019).

Os RN internados em unidades de terapia intensiva merecem atenção especial em virtude dos cuidados complexos requeridos. Uma equipe de saúde altamente qualificada, que envolva e apoie os familiares dos RN é de extrema relevância para a oferta de cuidados individualizados e de qualidade (NATIONAL HEALTH SERVICE ENGLAND (NHSE) AND NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) IMPROVEMENT, 2019). Em virtude da importância do contato pele a pele dos pais com o bebê, salienta-se a necessidade de suporte e vigilância dos profissionais nesse momento a fim de evitar a queda de RN, considerando a maior fragilidade desses bebês e os dispositivos e tubos utilizados no tratamento, que contribuem para o maior risco de quedas e outros incidentes como extubação acidental e outros (FOWLER; LOWMAN, 2019).

Nesse contexto, cumpre à toda instituição de saúde adotar um sistema de prevenção, avaliação e gestão de quedas de RN em ambientes hospitalares. Na ocorrência da queda de RN, a intervenção precoce se faz necessária, com exame físico minucioso do RN, investigação de ferimentos, medição da circunferência da cabeça em intervalos regulares. O RN deve ficar em observação por 12 horas, sendo reavaliado a cada duas a quatro horas para que seja identificado deterioração do estado clínico (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016; HELSLEY; MCDONALD; STEWART, 2010; TEUTEN; BOLGER; PAUL, 2015; MINER, 2019). Se isso ocorrer, deve ser realizado exame radiográfico da cabeça e tomografia computadorizada se houver perda de consciência, comportamento anormal ou vômito (AINSWORTH; SUMMERLIN-LONG; MOG, 2016).

Dentre as limitações deste estudo pode-se citar a amostra composta em sua maioria por estudos descritivos e a existência de subnotificação de quedas de RN, fato que impossibilita o conhecimento real da incidência, causas e fatores envolvidos nesse tipo de evento adverso. Sugere-se, assim, a realização de novos estudos de intervenção, com enfoque na prevenção e validação de ferramentas de avaliação de risco de queda de RN, o que irá preencher as lacunas com relação à temática, além de contribuir com a ciência e a prática clínica.

Esta revisão contribuirá para a prática clínica ao apresentar evidências sobre o manejo de quedas de recém-nascidos, instigando a equipe de saúde na tomada de decisão quanto à investigação de situações de risco para quedas, bem como no planejamento de ações voltadas à prevenção, notificação e tratamento adequado quando um ocorre incidente.

5 CONCLUSÃO

Os achados desta revisão permitiram identificar características comuns entre os estudos sobre quedas de RN, dentre as quais estão a maior frequência de mães carregando os bebês no momento da queda, as primeiras horas do dia como momento mais propício para quedas e redução da incidência de quedas após implementação de estratégias adequadas.

Evidencia-se, nesse contexto, o relevante papel do enfermeiro na prevenção das quedas de recém-nascidos, desde o planejamento de ações que incentivem a notificação das quedas, o desenvolvimento de ferramentas de avaliação do risco das mesmas, além da ênfase na vigilância adequada às puérperas.

Destaca-se, ainda, a importância de que os gestores e profissionais de saúde conheçam os fatores relacionados à quedas em suas instituições, possibilitando assim a criação de protocolos adequados à sua realidade com relação à prevenção de quedas de RN, um avanço na consolidação de uma cultura de segurança e na qualidade do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Quality Improvement and monitoring at your fingertips. **Rockville**, 2016.

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

BRITISH ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE. The Prevention, Assessment and Management of in-Hospital Newborn Falls and Drops. A Framework for Practice For Consultation. n. March, 2020.

CARR, H. et al. A System-Wide Approach to Prevention of In-Hospital Newborn Falls. **MCN. The American journal of maternal child nursing**, v. 44, n. 2, p. 100–107, 2019.

FOWLER, S.; LOWMAN, L. B. Perceptions of newborn falls during physical contact. **Nursing**, v. 49, n. 12, p. 57–59, 2019.

GALUSKA, L. Prevention of in-hospital newborn falls. **Nursing for women's health**, v. 15, n. 1, p. 59–61, 2011.

HELSLEY, L.; MCDONALD, J. V; STEWART, V. T. Addressing in-hospital "falls" of newborn infants. **Joint Commission journal on quality and patient safety**, v. 36, n. 7, p. 327–333, jul. 2010.

HUGHES DRISCOLL, C. A.; PEREIRA, N.; LICHENSTEIN, R. In-hospital Neonatal Falls: An Unintended Consequence of Efforts to Improve Breastfeeding. **Pediatrics**, v. 143, n. 1, jan. 2019.

LIPKE, B. et al. Newborn Safety Bundle to Prevent Falls and Promote Safe Sleep. **MCN. The American journal of maternal child nursing**, v. 43, n. 1, p. 32–37, 2018.

MINER, J. Implementation of a Comprehensive Safety Bundle to Support Newborn Fall/Drop Event Prevention and Response. **Nursing for Women's Health**, v. 23, n. 4, p. 327–339, 2019.

NATIONAL HEALTH SERVICE ENGLAND (NHSE) AND NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) IMPROVEMENT. Implementing the Recommendations of the Neonatal Critical Care Transformation Review (December 2019). **Specialised commissioning report**, p. 1–42, 2019.

SA, M. et al. In-hospital falls of newborn infants: data from a multihospital health care system. **Pediatrics**, v. 122, n. 2, p. e277-80, ago. 2008.

SLOGAR, A.; GARGIULO, D.; BODROCK, J. Tracking "near misses" to keep newborns safe from falls. **Nursing for Women's Health**, v. 17, n. 3, p. 219–223, 2013.

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

TEUTEN, P.; BOLGER, S.; PAUL, S. P. Need for improved recognition of in-hospital

newborn falls. **Australian nursing & midwifery journal**, v. 23, n. 1, p. 28–31, jul. 2015.

TORINO, V. V. et al. Queda De Recém-Nascido Internado Em Alojamento Conjunto. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1–8, 2016.

URBANETTO, JANETE DE SOUZA; ROSA, VITOR PENA PRAZIDO; MAGNAGO, T. S. B. DE S. Prevenção de quedas. In: BOPSIN, PATRÍCIA DOS SANTOS; RIBAS, ELENARA OLIVERIA, SILVA, D. M. (Ed.). . **Guia Prático para Segurança do Paciente**. Porto Alegre: [s.n.]. p. 185–198.

WALLACE, S. C. Preventing Newborn Falls While Supporting Family Bonding. **The American journal of nursing**, v. 115, n. 11, p. 58–61, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAF, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546–53, 2005.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services**. **[Internet]** [s.l: s.n.]. 2017. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf;jsessionid=BB078537971D14DF4EAD521CBC5432EB?sequence=1>.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global report on falls prevention in older age. [Internet]**. [s.l: s.n.], 2007. Disponível em: < https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHo-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>.