



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

textoecontexto@contato.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

de Souza Gurgel, Sabrina; Moura Ferreira, Mayara Kelly; Saldarriaga Sandoval, Lilia
Jannet; Rebouças Araújo, Patrícia; Gimenez Galvão, Marli Teresinha; Teixeira Lima,
Francisca Elisângela

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM CRIANÇAS À
LUZ DO CONSENSO DE GALWAY

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 26, núm. 4, 2017, pp. 1-9

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71453540011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM CRIANÇAS À LUZ DO CONSENSO DE GALWAY

Sabrina de Souza Gurgel¹, Mayara Kelly Moura Ferreira², Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval³, Patrícia Rebouças Araújo⁴, Marli Teresinha Gimeniz Galvão⁵, Francisca Elisângela Teixeira Lima⁶

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: sabrinagurgel@hotmail.com

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: mayarakmf@gmail.com

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: liyasa45@hotmail.com

⁴ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: enfapatriciaaraujo@yahoo.com.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFC. Fortaleza Ceará, Brasil. Email: marligalvao@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFC. Fortaleza, Ceará, Brasil. Email: felisangela@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: analisar as competências do enfermeiro na prevenção de quedas de crianças hospitalizadas, à luz do Consenso de Galway.

Método: estudo transversal, realizado com 40 enfermeiras que atuavam nas unidades abertas de internação de um hospital pediátrico. Coleta dos dados realizada mediante aplicação de um questionário com conteúdo validado. Foram relacionadas as ações executadas pelas enfermeiras, segundo o protocolo de prevenção de quedas, com os oito domínios do modelo de competências para promoção da saúde de Galway. Procedeu-se à análise estatística e análise do desempenho dos profissionais.

Resultado: o domínio de competência liderança esteve presente em todas as ações (15). Os demais domínios de competência apresentaram-se nas seguintes frequências: defesa (9 ações), catalisar mudanças (6 ações), implementação (6 ações), planejamento (3 ações), parcerias (3 ações), avaliação das necessidades (2 ações) e avaliação do impacto (2 ações).

Conclusão: os domínios de competência foram contemplados em pelo menos duas ações de prevenção de quedas. Destaca-se a importância da identificação das competências de enfermeiros na prevenção de quedas de crianças hospitalizadas, visando melhoria da qualidade assistencial e, consequentemente, redução de atos inseguros.

DESCRIPTORES: Segurança do paciente. Enfermagem pediátrica. Promoção da saúde. Competência profissional. Acidentes por quedas.

NURSING COMPETENCES IN THE PREVENTION OF FALLS IN CHILDREN IN LIGHT OF THE GALWAY CONSENSUS

ABSTRACT

Objective: to analyze nurses' abilities regarding the prevention of falls in hospitalized children in light of the Galway Consensus.

Method: a cross-sectional study was conducted with 40 nurses who worked in the open hospitalization units of a pediatric hospital. Data collection was performed through the application of a questionnaire with validated content. The actions performed by the nurses, according to the fall prevention protocol, were related to the eight domains of the Galway health promotion competency model. Statistical analysis and professional performance analysis were performed.

Result: the domain of competence leadership was present in all actions (15). The other areas of competence were presented in the following frequencies: advocacy (9 actions), catalyzing changes (6 actions), implementation (6 actions), planning (3 actions), partnerships (3 actions), needs assessment (2 actions) and impact assessment (2 actions).

Conclusion: the competence domains were considered in at least two fall prevention actions. The importance of the identification of nurses' competences in the prevention of falls of hospitalized children is highlighted, aiming to improve the quality of care and, consequently, to reduce unsafe actions.

DESCRIPTORS: Patient safety. Pediatric nursing. Health promotion. Professional competence. Accidental falls.

COMPETENCIAS DEL ENFERMERO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN NIÑOS A LA LUZ DEL CONSENSO DE GALWAY

RESUMEN

Objetivo: analizar las competencias del enfermero en la prevención de caídas de niños hospitalizados, a la luz del Consenso de Galway.

Método: estudio transversal, realizado con 40 enfermeras que actuaban en las unidades abiertas de internación de un hospital pediátrico. La recolección de los datos realizada mediante la aplicación de un cuestionario con contenido validado. Se relacionaron las acciones ejecutadas por las enfermeras, según el protocolo de prevención de caídas, con los ocho ámbitos del modelo de competencias para la promoción de la salud de Galway. Se procedió al análisis estadístico y análisis del desempeño de los profesionales.

Resultado: el dominio de competencia líder estuvo presente en todas las acciones (15). Los demás ámbitos de competencia se presentaron en las siguientes frecuencias: defensa (9 acciones), catalizar cambios (6 acciones), implementación (6 acciones), planificación (3 acciones), alianzas (3 acciones), evaluación de las necesidades (2 acciones) y evaluación del impacto (2 acciones).

Conclusión: los ámbitos de competencia se contemplaron en al menos dos acciones de prevención de caídas. Se destaca la importancia de la identificación de las competencias de enfermeros en la prevención de caídas de niños hospitalizados, buscando mejorar la calidad asistencial y, consecuentemente, reducción de actos inseguros.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente. Enfermería pediátrica. Promoción de la salud. Competencia profesional. Accidentes por caídas.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a qualidade dos cuidados de saúde em âmbito global, envolvendo a segurança do paciente, tem sido temática de relevância. Evidencia-se que as diretrizes estabelecidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente¹ tem relação estreita com as ações da Promoção da Saúde elencadas pela Carta de Ottawa, pois a criação deste consiste em elaborar políticas públicas capazes de alterar um comportamento negativo que influencia no estado de saúde, estimular o empoderamento e a participação dos sujeitos na criação e manutenção de um ambiente favorável à saúde, bem como reorientar os serviços de saúde com objetivo de prevenir os agravos.²

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução dos riscos, a um mínimo aceitável, de danos desnecessários ocasionados pelo cuidado em saúde.³

Dentre as temáticas que envolvem a segurança do paciente pediátrico, destaca-se a queda no ambiente hospitalar. Define-se como queda deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, resultando ou não em dano. Logo, considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando durante o deslocamento, necessita de amparo, mesmo que não chegue ao chão. Entende-se como dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito deletério dele oriundo, podendo ser físico, social ou psicológico.⁴

A presença de queda em pacientes pediátricos no ambiente hospitalar é mais comum entre os meninos e decorrem, principalmente, de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos largados ao chão.⁵ No Brasil, estudo realizado em Goiânia identificou 11 episódios de queda em unidade pediátrica entre 2006 e 2013.⁶

Para subsidiar esse processo de segurança do paciente, tem-se o protocolo de prevenção de quedas.⁴ A utilização de protocolos atualizados pela equipe de saúde é uma das estratégias necessárias para inserção de práticas seguras nos serviços de saúde, a fim de prevenir a ocorrência de danos.⁷

Como membro integrante da equipe de saúde, o enfermeiro tem papel fundamental na elaboração e implantação de medidas direcionadas à segurança da criança hospitalizada, uma vez que a prática é permeada pela vivência e percepção diária de situações de risco que podem subsidiar o gerenciamento do cuidado e a tomada de decisão para promoção da segurança e minimização da repercussão dos danos.⁸ Assim, o cuidado de enfermagem deve estar fortemente baseado na perspectiva da segurança e promoção da saúde de crianças expostas às quedas, sendo necessário que o enfermeiro tenha competências específicas para que este cuidado seja efetivo.

Essas competências estão pautadas na potencialidade de valerem-se como ponto de referência para: estabelecer padrões profissionais, criar mecanismos que assegurem a qualidade de trabalho, selecionar profissionais para o trabalho, identificar e estruturar programas de treinamento e nortear a formação acadêmica,⁹ na temática segurança do paciente, com ênfase na prevenção de quedas.

Em função do tema, este artigo utiliza como referencial teórico o Consenso de Galway, que visa identificação e construção de competências fundamentais em promoção da saúde e educação para a saúde, assim como o desenvolvimento de força de trabalho.¹⁰⁻¹¹

Realizado na Irlanda, em junho de 2008, o Consenso de Galway apontou valores e princípios, definição comum e domínios de competências fundamentais requeridas para o engajamento eficaz nas

práticas de promoção da saúde. Os domínios são: catalisar mudanças, liderança, avaliação das necessidades, planejamento, implementação, avaliação do impacto, defesa de direitos e parcerias.¹⁰⁻¹¹

Contudo, as discussões sobre essas competências profissionais para promoção da saúde que têm sido construídas no Brasil são ainda circunscritas a determinadas práticas profissionais,¹² corroborando para ampliação da discussão acerca das competências do enfermeiro na prevenção de quedas em pacientes pediátricos.

Diante desse contexto, surgiu o seguinte questionamento: quais as competências do enfermeiro na prevenção de quedas de crianças no ambiente hospitalar, à luz do Consenso de Galway? A resposta a essa questão pode colaborar para reflexão crítica que leve à melhoria da prática assistencial de enfermagem na prevenção de quedas de crianças, visando aprimorar a atuação dos enfermeiros, pois apesar de existirem fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo potencializadores das ocorrências de quedas, a prevenção destas está diretamente relacionada com as boas práticas da equipe de enfermagem. As competências em promoção da saúde constituem subsídios para o cuidado integral e seguro, buscando responder às necessidades das crianças hospitalizadas. Desta forma, objetivou-se analisar as competências do enfermeiro na prevenção de quedas de crianças hospitalizadas, à luz do Consenso de Galway.

MÉTODO

Estudo descritivo, com delineamento transversal, desenvolvido em sete unidades abertas de internação de um hospital terciário pediátrico, referência no Ceará, no qual foram notificados sete episódios de quedas no ano de 2016, conforme o Núcleo de Segurança do Paciente da referida instituição.

A população foi constituída por 53 enfermeiros que estavam nas escalas de plantão nas referidas unidades do hospital, sendo a amostra constituída por 40 enfermeiras que atenderam ao seguinte critério de inclusão: atuar, há pelo menos seis meses, no cuidado direto às crianças internadas. Foram excluídos os enfermeiros que estavam de férias, licença ou afastado de atividades no período de coleta de dados e não responderam ao questionário do estudo. Foi adotada a amostragem não probabilística por conveniência do tipo consecutiva, no qual foram selecionados os profissionais acessíveis nos meses fevereiro e março de 2016.

A coleta dos dados foi realizada mediante aplicação de um questionário desenvolvido, conforme

as recomendações do Protocolo de Prevenção de Quedas,⁴ com conteúdo validado por um grupo de sete juízes, com título de doutor em enfermagem e docentes da disciplina de saúde da criança de uma universidade pública do Ceará. O questionário possui duas partes, a primeira composta por questões que possibilitaram a caracterização das enfermeiras (idade, tempo de formação, tempo de experiência profissional na pediatria e carga horária de trabalho semanal), e a segunda constituída por questões sobre as ações de segurança da criança, cujas variáveis referiram-se às quinze ações de prevenção de queda recomendadas pelo Protocolo de Prevenção de quedas do Ministério da Saúde.⁴ Cada ação contém respostas em uma Escala de Likert: 1 (nunca executa a ação), 2 (às vezes executa a ação) e 3 (sempre executa a ação).

O questionário foi entregue ao profissional para ser respondido e devolvido ao final do plantão. Os profissionais que não devolveram o questionário preenchido no tempo preconizado foram convidados novamente a participar do estudo, sendo reforçada a importância da colaboração e estabelecido novo prazo de devolução. Após o segundo prazo, foram excluídos da amostra aqueles que não devolveram.

Os dados foram agrupados e analisados com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. A análise foi realizada por meio da abordagem de estatística descritiva, para a qual se fez a distribuição das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e das médias e desvio-padrão (dp) para as variáveis contínuas, demonstrado na caracterização das enfermeiras.

A categorização das ações do questionário nos domínios de competências da promoção da saúde estabelecidos no Consenso de Galway deu-se por meio de discussão entre os autores, fundamentada no conceito de cada domínio. As ações que tiveram discordância, foram discutidas caso a caso, até que se chegasse a um comum acordo.

Para tabulação dos dados, as respostas concedidas pelas enfermeiras foram agrupadas de forma dicotômica, em que os itens 1 (nunca executa a ação) e 2 (às vezes executa a ação) foram classificados como insatisfatório; já o item 3 (sempre executa a ação) foi considerado como satisfatório.¹³⁻¹⁴

Para análise do desempenho das enfermeiras, considerou-se um estudo sobre segurança do paciente abordando a administração de medicamentos, o qual considerou desempenho satisfatório o ponto de corte $\geq 70\%$.¹⁵ Entretanto, para prevenção de quedas, optou-se por considerar satisfatório o desempenho com ponto de corte $\geq 80\%$ dos pro-

fissionais que afirmaram sempre executar a ação, visando reduzir, ao máximo possível, os riscos à criança hospitalizada.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer n. 1.376.514 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 48712815.5.0000.5054, respeitando-se as normas da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram informados sobre a pesquisa, e depois de lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, havendo concordância, assinaram-no. O respeito ao anonimato e sigilo foram garantidos aos participantes, como preceitua a ética em pesquisa.

RESULTADOS

Dos 40 participantes, todos eram do sexo feminino. As enfermeiras apresentaram idade entre 25 e

59 anos, com média de 34,7 (dp± 8,04) anos. Todas possuíam tempo de formação superior ou igual a dois anos, com média de 8,8 (dp± 6,67). Em relação ao tempo de experiência profissional em pediatria, a atuação mínima foi seis meses e a máxima de 34 anos, com média de 7,4 (dp±7,46). A carga horária de trabalho semanal variou de 12 a 66 horas, com média de 32,7 (dp±12,4). Quanto à participação em cursos de segurança do paciente, 60% (n=24) das enfermeiras não tiveram a capacitação acerca desta temática.

As ações pontuadas no questionário de coleta foram categorizadas de acordo com os domínios de competências da promoção da saúde estabelecidas no Consenso de Galway, de forma que uma mesma ação correspondeu a mais de um domínio. Expõe-se na tabela 1 as ações de prevenção de quedas, os domínios de competências correspondentes e a respectiva frequência das enfermeiras que sempre executa a ação.

Tabela 1 - Distribuição das ações de prevenção de quedas, segundo os domínios de competências. Fortaleza, CE, Brasil, 2016 (n=40)

Itens das ações	Ações de prevenção de quedas	Domínios de competências	n (%)
1	Informa para o acompanhante se a criança está liberada ou não para deambular.	Catalisar mudanças Liderança Defesa	39 (97,5)
2	Orienta a criança e o acompanhante sobre a presença do risco de queda relacionado aos fatores contribuintes, tais como idade, diagnóstico, fatores cognitivos, história pregressa, jejum prolongado, cirurgia/sedação/anestesia e/ou medicação, dano por queda e como prevenir sua ocorrência.	Catalisar mudanças Liderança Implementação Defesa Parceria	37 (92,5)
3	Orienta a criança e/ou família/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a presença de risco para quedas já identificada.	Catalisar mudanças Liderança Implementação Defesa Parceria	36 (90,0)
4	Avalia o risco para quedas no momento da admissão da criança.	Avaliação das necessidades Liderança Defesa	37 (92,5)
5	Avalia o risco para quedas da criança diariamente.	Avaliação das necessidades Liderança Defesa	30 (75,0)
6	Providencia para que as crianças com idade ≤ 6 meses sejam transportadas no colo do responsável e este em cadeira de rodas.	Planejamento Liderança Defesa	28 (70,0)
7	Providencia para que as crianças com idade > 6 meses ≤ 36 meses sejam transportadas deitadas em maca na companhia do responsável quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação; ou em cadeira de rodas no colo do responsável.	Planejamento Liderança Defesa	38 (95,0)
8	Providencia para que as crianças com idade > 36 meses sejam transportadas em maca, deitadas e acompanhadas ou não do responsável, ou em cadeira de rodas no colo do responsável.	Planejamento Liderança Defesa	38 (95,0)

Itens das ações	Ações de prevenção de quedas	Domínios de competências	n (%)
9	Acomoda crianças com idade ≤ 3 anos em berço e crianças > 3 anos em cama, ambos com grades elevadas a altura máxima.	Implementação Liderança Defesa	32 (80,0)
10	Mantém uma das grades elevadas do berço durante a troca de roupa/fralda da criança.	Implementação Liderança Defesa	37 (92,5)
11	Verifica na prescrição os medicamentos que alterem a mobilidade e o equilíbrio.	Implementação Liderança Defesa	29 (72,5)
12	Aloca a criança com história pregressa de queda próximo ao posto de enfermagem, quando possível.	Implementação Liderança Defesa	30 (75,0)
13	Registra no prontuário da criança o resultado para avaliação do risco de quedas e todos os procedimentos realizados para sua prevenção.	Avaliação do impacto Catalisar mudanças Liderança	29 (72,5)
14	Registra no prontuário a ocorrência de quedas, fatores relacionados e os danos gerados.	Avaliação do impacto Catalisar mudanças Liderança	34 (85,0)
15	Notifica os incidentes com quedas à gerência de riscos e/ou ao núcleo de segurança do paciente (quando existentes).	Catalisar mudanças Liderança Defesa Parcerias	29 (72,5)

A frequência de realização das ações de prevenção de quedas apresentou valores entre 70% e 97,5%. Na maioria das ações, as enfermeiras obtiveram desempenho satisfatório, com percentual $\geq 80\%$. Destaca-se que nas ações de número 5, 6, 11, 12, 13 e 15, o desempenho das enfermeiras foi insatisfatório, ou seja, com percentual inferior a 80%.

O domínio de competência liderança esteve presente em todas as ações. As demais competências mais frequentes foram: defesa (9 ações), catalisar mudanças (6 ações) e implementação (6 ações). As competências avaliação das necessidades e avaliação do impacto foram as menos predominantes, havendo duas ações para cada domínio.

DISCUSSÃO

No que se refere ao desempenho das enfermeiras na execução das ações de prevenção de quedas, seis ações não foram desempenhadas satisfatoriamente: avaliação do risco para quedas diariamente, providência de transporte adequado de crianças menores ou igual a seis meses, verificação na prescrição dos medicamentos que alteram a mobilidade e equilíbrio, alocação da criança com histórico pregresso de queda próximo ao posto de enfermagem; registro no prontuário do resultado de avaliação e notificação de incidentes.

É importante salientar que a instituição está em processo de aperfeiçoamento do núcleo de segurança do paciente e ainda não dispõe de protocolos específicos para prevenir quedas e de instrumentos norteadores para avaliação do risco e planejamento do transporte intra-hospitalar de crianças, apesar de existir a sistematização da assistência de enfermagem implantada.

Isso pode ser corroborado com o fato de 60% das enfermeiras não terem participado de formação complementar em segurança do paciente, revelando a necessidade de capacitação de enfermeiros para prevenção de quedas, o que pode justificar o fato de essas ações não alcançarem desempenho satisfatório de execução. Assim, a educação permanente, associada à utilização de protocolos específicos, são estratégias efetivas na prevenção e redução de riscos e danos nos serviços de saúde,¹⁶ dentre estes, a queda.

Para que as notificações dos incidentes com quedas ocorram, é necessária promoção de uma cultura de segurança não punitiva nas instituições. No campo da saúde, o potencial de alto risco das atividades e a necessidade de alcançar práticas seguras requerem ambiente livre de culpabilização, no qual os profissionais sejam capazes de relatar erros sem medo de repreensão ou punição.¹⁷

Para desempenhar cuidado satisfatório ao paciente pediátrico, o enfermeiro necessita dispor

de competências específicas que possibilitem assegurar serviços de qualidade e resolutivos, visando prevenção de quedas. Para tanto, a avaliação do desenvolvimento dessas competências, por meio de ações orientadas com base nos domínios de promoção da saúde do Consenso de Galway (catalisar mudanças, liderança, avaliação das necessidades, planejamento, implementação, avaliação do impacto, defesa e parceria), possibilita fortalecimento e assegura a prática profissional.¹⁰

Liderança, no Consenso de Galway, é o direcionamento de estratégias e oportunidades para participação no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, mobilização e gestão de recursos para promoção da saúde e construção de capacidades.¹⁰⁻¹¹ Neste estudo, esta competência foi identificada em todas as ações preconizadas pelo protocolo, reconhecendo que a capacidade de liderar é uma competência essencial no processo de trabalho do enfermeiro, auxiliando no gerenciamento do cuidado e na construção de um ambiente de trabalho satisfatório e de qualidade.¹⁸

O enfermeiro é o profissional responsável pela liderança do cuidado de enfermagem, desenvolvendo ações com objetivo de prevenir quedas, como planejamento, organização e prestação do cuidado; treinamento, delegação de funções e supervisão de técnicos e auxiliares de enfermagem; educação de pacientes e de familiares visando ao alcance dos objetivos do plano de cuidado; além da interação com os demais profissionais da equipe de saúde através da prática interdisciplinar.¹⁹

A competência defesa visa melhoria da saúde e do bem-estar ao favorecer aspectos importantes de qualidade de vida e promoção da saúde.¹⁰⁻¹¹ A referida competência é considerada importante, uma vez que permite atuação que vai além da intervenção clínica, envolvendo postura proativa do profissional, juntamente com os familiares e a comunidade, com ações interdisciplinares e intersetoriais.²⁰

Sabe-se que as quedas podem ocorrer durante a hospitalização infantil e as consequências destas podem ser permanentes e irreversíveis. Portanto, é dever do profissional da saúde evitar que estas ocorram, devendo haver vigilância constante e capacidade de antever o comportamento da criança que está ativa e brincando na cama/berço.²¹ As consequências devem ser relacionadas ao contexto e mecanismo das quedas, às condições clínicas da criança e às medicações, uma vez que se sabe que há influência de medicamentos contínuos e quedas.²²

Portanto, é imprescindível que haja monitoramento acerca das medicações em uso prescritas, proporcionando envolvimento de toda a equipe de

saúde na realização do tratamento necessário, a fim de se evitar a queda.

Com relação à competência catalisar mudanças, esta se refere a produzir mudanças e a capacitar os indivíduos e comunidades para melhorar a saúde.¹⁰⁻¹¹ A competência direcionada a esse domínio esteve presente em seis ações, destacando que, para evitar que quedas ocorram, faz-se necessário promover o empoderamento e tornar os envolvidos ativos no processo de manutenção e/ou reabilitação de saúde, sendo necessárias ações convergentes entre promoção da saúde e segurança do paciente no contexto hospitalar, reconhecendo essas práticas como elementos imprescindíveis para o cuidado.²

A avaliação das necessidades motiva a identificação e análise do comportamento cultural, social, ambiental e os determinantes organizacionais que promovem ou comprometem a saúde.¹⁰ Desta forma, ao identificar os riscos que podem resultar em queda, o enfermeiro pode avaliá-los, consistindo um processo sistemático de identificação, análise e tratamento das causas.²³ A avaliação do risco de queda na admissão hospitalar é diariamente uma conduta desenvolvida no auxílio de tomada de decisão, com objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis,²⁴ favorecendo um cuidado seguro.

O planejamento visa o desenvolvimento de metas mensuráveis e objetivas, em resposta à avaliação das necessidades e identificação de estratégias pautadas no conhecimento derivado de teoria, evidências e prática.¹⁰⁻¹¹ Voltando-se para segurança do paciente pediátrico, o conhecimento dos tipos de possíveis danos, dentre eles a queda, ocorrida em unidade de pediatria, é fundamental para analisar os riscos a que as crianças estão expostas e planejar as prioridades a serem trabalhadas para melhoria no processo do cuidado.²⁵ Se o planejamento for efetivo, resultará em interesse de execução na prática dos profissionais no processo de prevenção de quedas.

Diante disso, em relação às ações do protocolo estudado, tomar providências em relação à forma ideal de transporte, de acordo com a faixa etária da criança, reforça a adoção de medidas de prevenção, evitando complicações à integridade física e emocional dos pacientes.²⁶ Portanto, questiona-se o quantitativo de cadeiras de rodas na referida instituição, o que pode corroborar para o desempenho insatisfatório das enfermeiras quanto ao planejamento para providenciar o transporte das crianças.

A implementação é a realização efetiva e eficiente de estratégias culturalmente sensíveis e éticas

para garantir o maior grau possível de melhorias na saúde, incluindo a gestão de recursos humanos e materiais.¹⁰ A execução dos planos estratégicos em saúde visa garantir qualidade no atendimento e são recomendações a serem desenvolvidas por meio desta competência²⁷ para prevenção de quedas. Diante da importância da adoção de ações de práticas seguras, medidas corretivas e proativas devem ser realizadas, bem como o desenvolvimento de estratégias que reduzam a ocorrência de queda de pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente.²⁸

A avaliação do impacto tem por finalidade determinar o alcance, a eficácia e o impacto dos programas de promoção da saúde e políticas. Isto inclui a utilização da avaliação adequada e dos métodos de investigação para apoiar programas de melhorias, sustentabilidade e disseminação.¹⁰⁻¹¹

Por meio da avaliação do impacto das ações de prevenção de quedas, é possível modificar paradigmas do processo de gestão para a saúde, exigindo do enfermeiro cada vez mais criatividade e ousadia, para se apropriar de estratégias que permitam alcançar efetivamente o paciente ou família, e proporcionar reflexão e mudança de prática.²⁹

Diante do exposto, o registro no prontuário acerca da avaliação de risco para quedas e ocorrências destas e danos gerados é o método mais utilizado para avaliar os resultados. Entretanto, constitui-se como limitações a subnotificação devido a restrições de tempo, a carência de sistemas de informação adequados, o medo de litígio, a relutância das pessoas para relatar os próprios erros, o desconhecimento sobre a importância dos registros e a ausência de mudanças após os registros. No entanto, este método de comunicação é o mais útil para indução de alterações de práticas seguras.³⁰ Vale ressaltar que devido ao fato de o núcleo de segurança do paciente da referida instituição estar há pouco tempo implantado, é necessária sensibilização dos profissionais acerca da importância de notificar para reduzir a ocorrência de danos e eventos adversos na assistência aos pacientes, aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados, além de promover e melhorar a qualidade dos registros.³¹

Investigou-se, também, acerca da parceria que seria, conforme o Consenso de Galway, o trabalho cooperativo entre disciplinas, setores e parceiros para melhorar o impacto e a sustentabilidade de programas e políticas de promoção da saúde.¹⁰ Assim, a busca de uma abordagem ampliada para um cuidado intersectorial valoriza a comunicação entre profissionais e serviços, ademais constrói perspectivas de trabalho que evitem lacunas nas relações de parceria

e ampliem a integralidade e intersetorialidade das ações voltadas à prevenção de quedas.

Portanto, a intersetorialidade permite expandir as ações de saúde, tornando-se fundamentais as estratégias de gestão para consolidar a integralidade das ações preventivas e serviços, especialmente diante do conjunto de leis e programas que visam alcançar o cuidado seguro de crianças³² expostas ao risco de quedas, considerando ainda que ter contato com um ambiente que não é familiar, desperta atenção e curiosidade, podendo motivar a ocorrência destas. Portanto, é fundamental que os profissionais e a família fortaleçam a parceria, preservando a integridade da criança.

CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento do presente estudo, foi possível analisar as competências do enfermeiro na prevenção de quedas de crianças hospitalizadas, à luz do Consenso de Galway. Os domínios de competências foram identificados no estudo, sendo a liderança a competência mais predominante em todas as ações consideradas na prevenção de quedas, seguidas das competências: defesa, catalisar mudanças e implementação. Os demais domínios também foram identificados, no entanto em menos ações do protocolo.

Ao ser utilizado questionário autoavaliativo, o presente estudo apresentou limitações com relação ao fato de o enfermeiro poder ser influenciado pelas alternativas apresentadas, induzindo-o a selecionar respostas que indiquem a execução da ação continuamente.

Diante disso, sugere-se a realização de estudo observacional, uma vez que a partir desse método é possível coletar informações detalhadas de variáveis existentes e utilizar os dados para justificar e avaliar condições e práticas, bem como planejar melhorias das práticas de atenção à saúde.

Embora o desempenho das ações de prevenção de quedas tenha sido adequado em sua maioria, é fundamental a educação permanente quanto aos cuidados de enfermagem no desempenho da prevenção de quedas ao paciente pediátrico, principalmente quanto às ações em que o desempenho foi insatisfatório.

Os resultados demonstram que a temática de segurança do paciente no ambiente hospitalar, no que se refere à prevenção de quedas, é incipiente e que as enfermeiras precisam desenvolver competências para desempenhar ações seguras.

O estudo contribuiu para divulgação do tema, sobretudo diante da constatação de que investiga-

ções sobre o assunto são novas e escassas no país. Os resultados podem ser utilizados por instituições pediátricas para estabelecer planos prospectivos de melhorias da assistência para prevenção de quedas.

Para evitar ao máximo a ocorrência de riscos e danos de quedas, é necessária a identificação das competências do enfermeiro na prevenção de quedas de crianças hospitalizadas, visando melhoria da qualidade da assistência no ambiente hospitalar pediátrico.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
2. Pereira FGF, Matias EO, Caetano JA, Lima FET. Segurança do paciente e promoção da saúde: uma reflexão emergente. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2015 July [cited 2016 Jul 04]; 29(3):271-7. Available from: http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12205/pdf_10
3. World Health Organization (CH). A world alliance for safer health care. More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety, Final Technical Report January 2009. Geneva (CH): WHO; 2009.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria N. 1.377, de 9 de julho de 2013: aprova os protocolos de segurança do paciente. Brasília (DF): MS; 2013.
5. Cooper CL, Nolt JD. Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. *J Nurs Care Qual*. 2007; 22(2):107-12.
6. Rocha JP, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Sousa MRG, Moreira IA. Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. *Cienc Enferm* [Internet]. 2014 Ago [cited 2017 Apr 11]; 20(2):53-63. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200006&lng=en
7. Teixeira TCA, Cassiani SHB. Root cause analysis of falling accidents and medication errors in hospital. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 Apr [cited 2016 Jun 27]; 27(2):100-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000200003&script=sci_arttext&lng=en
8. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 May 01]; 22(4):1124-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso&lng=en
9. Morales AST, Battel-Kirk B, Barry MM, Bosker L, Kasmel A, Griffiths J, et al. Perspectives on health promotion competencies and accreditation in Europe. *Glob Health Promot*. 2009; 16(2):21-31.
10. Barry MM, Allegrante JP, Lamarre MC, Auld ME, Taub A. The Galway Consensus Conference: international collaboration of the development of core competencies for health promotion and health education. *Glob Health Promot* [Internet]. 2009 Jun [cited 2016 May 01]; 16(2):5-11. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975909104097>
11. Howze EH, Auld ME, Woodhouse LD, Gershick J, Livingood WC. Building health promotion capacity in developing countries: strategies from 60 years of experience in the United States. *Health Educ Behav* [Internet]. 2009 Jun [cited 2016 May 01]; 36(3):464-75. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1090198109333825>
12. Pinheiro DGM, Scabar TG, Maeda ST, Fracolli LA, Pelicioni MCF, Chiesa AM, et al. Health promotion competencies: challenges of formation. *Saude Soc* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 Jun 29]; 24(1):180-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100180&script=sci_arttext&lng=en
13. Matias EO. Avaliação da prática de enfermagem no processo de administração de medicamento intravenoso na pediatria [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2015.
14. Araújo PR. Construção e validação do instrumento de avaliação das ações para a promoção da segurança do paciente na administração de medicamentos em pediatria [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2016.
15. Mota RO, Brito EAWS, Souza TLV, Farias LMVC, Matias EO, Lima FET. Preparation of intramuscular drugs in pediatrics: nursing team. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 12]; 21(Spe):1-9. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45619>
16. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 Jul 12]; 18(1):122-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en
17. Souza FT, Garcia MC, Rangel PPS, Rocha PK. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 Jan [cited 2017 Apr 11]; 4(1):152-62. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8781>
18. Amestoy SC, Backes VMS, Trindade LL, Canever BP. The scientific production regarding leadership in the context of nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 Feb [cited 2016 Jul 04]; 46(1):227-33. Available

- from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342012000100030&script=sci_arttext&tlng=en
19. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 Jun [cited 2016 Jul 11]; 46(3):734-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 20. Shilton T. Health promotion competencies: providing a road map for health promotion to assume a prominent role in global health. *Glob Health Promot* [Internet]. 2009; June [cited 2016 Jul 04]; 16(2):42-6. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975909104103>
 21. Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 Jun [cited 2016 Jul 05]; 20(3):427-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en
 22. Valcarenghi RV, Santos SSC, Hammerschmidt KSA, Barlem ELD, Gomes GC, Silva BT. Institutional actions based on nursing diagnoses for preventing falls in the elderly. *Rev Rene* [Internet]. 2014 Mar [cited 2017 Apr 11]; 15(2):224-32. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1583>
 23. Adhikari R, Tocher J, Smith P, Corcoran J, MacArthur J. A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2014 Feb [cited 2016 Jul 11]; 34(2):185-90. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691713003845>
 24. Santos MV, Cerqueira PV, Moura ECC, Silva GRF, Falcão LM. Satisfaction of nurses with a training course for the operationalization of protocol on pressure ulcers. *Rev Rene* [Internet]. 2015 July [cited 2016 Jul 11]; 16(4):496-503. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1964/pdf_1
 25. Rocha JP, Silva AEBC, Bezerra ALQ, Sousa MRG, Moreira IA. Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. *Cienc Enferm* [Internet]. 2014 Ago [cited 2016 Jul 05]; 20(2):53-63. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200006
 26. Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2011 Out [cited 2016 Jul 11]; 19(5):1247-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500024&lng=pt
 27. Veras JEGF, Rodrigues AP, Silva MJ, Aquino PS, Ximenes LB. Evaluation of nursing skills to promote health during pediatric consultations in emergency rooms. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 Aug [cited 2016 Jul 11]; 28(5):467-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500467&lng=en
 28. Severo IM, Almeida MA, Kuchenbecker R, Vieira DFVB, Weschenfelder ME, Pinto LRC, et al. Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 June [cited 2016 Jul 11]; 48(3):540-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300540&lng=en
 29. Mariano MR, Pinheiro AKB, Aquino PS, Ximenes LB, Pagliuca LMF. Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Jul 05]; 15(1):265-73. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a30.pdf>
 30. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 Jun [cited 2016 Jul 11]; 35(2):121-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000200121&lng=pt
 31. Serra JN, Barbieri AR, Cheade MFM. The situation of reference hospitals for the establishment and operation of patient safety center. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 12]; 21(Spe):1-8. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45925>
 32. Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Furtado MCC, Mello DF. Integrality of actions among professionals and services: a necessity for child's right to health. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Jul 05]; 17(4):772-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400772&lng=en