

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA ARAUJO RODRIGUES

**ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADE
NEONATAL: PREOCUPAÇÕES E ESTRATÉGIAS RELACIONADAS À
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Porto Alegre

2016

FERNANDA ARAUJO RODRIGUES

**ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADE
NEONATAL: PREOCUPAÇÕES E ESTRATÉGIAS RELACIONADAS À
SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eva Neri Rubim
Pedro

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Rodrigues, Fernanda Araujo
Acompanhantes de crianças hospitalizadas em
unidade neonatal: preocupações e estratégias
relacionadas à segurança do paciente / Fernanda Araujo
Rodrigues. -- 2016.
76 f.

Orientadora: Eva Neri Rubim Pedro.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Criança hospitalizada. 2. Segurança do paciente.
3. Cuidadores. 4. Enfermagem neonatal. I. Pedro, Eva
Neri Rubim, orient. II. Título.

FERNANDA ARAUJO RODRIGUES

Acompanhantes de Crianças Hospitalizadas em Unidade Neonatal: preocupações e estratégias relacionadas à segurança do paciente.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 18 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. William Wegner

Membro da banca

EENF/UFRGS



Profa. Dra. Daisy Zanchi de Abreu Botene

Membro da banca

IPA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter colocado as pessoas certas em meu caminho.

Ao Bruno, meu noivo e companheiro, que sempre esteve ao meu lado e que despertou em mim a paixão pela vida acadêmica, agradeço pela cumplicidade, pelo amor incondicional e por ser a minha calma e a minha tranquilidade.

Aos meus pais, agradeço pelas palavras de incentivo, pelos valores e, principalmente, pelo dom da vida.

À Professora Doutora Eva Neri Rubim Pedro, minha querida orientadora, que sem me conhecer me acolheu, agradeço pela paciência, pela confiança em mim depositada e por tornar cada reunião para orientação como um encontro entre amigas.

À Doutora Sheila Schuch Ferreira, minha chefe, que me instigou a buscar o aprimoramento, agradeço por auxiliar na conciliação entre as atividades acadêmicas e laborais.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialmente ao Serviço de Enfermagem em Neonatologia, na pessoa da Doutora Gisela Maria Schebella Souto de Moura, por aprovar proporcionar condições para a realização deste trabalho.

Aos enfermeiros da Unidade de Internação Neonatal, principalmente a Armindo Stumpf, Carolina Salini, Caroline Campos, Clarisse Zambrano, Deise Cristianetti, Denise Shauren, Leticia Abdala e Marcela Arrial, agradeço pela cooperação na fase de coleta das informações.

Aos participantes deste estudo, agradeço por relatarem suas experiências e seus anseios em prol da pesquisa.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa, agradeço por aceitarem o convite e pelas valiosas contribuições.

Aos professores e colegas do GEPEETEc, agradeço pelos momentos vivenciados e pelos ensinamentos compartilhados.

A todos os colegas, amigos e familiares que, de alguma forma, acompanharam e contribuíram para essa conquista.

“Há um tempo em que nós precisamos abandonar as roupas usadas, que já têm o formato do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia. E se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre às margens de nós mesmos!”

Fernando Teixeira de Andrade

RESUMO

RODRIGUES, Fernanda Araujo. **Acompanhantes de crianças hospitalizadas em unidade neonatal**: preocupações e estratégias relacionadas à segurança do paciente. 2016. 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

O cuidado em saúde não é isento de risco e danos ocorrem apesar da intenção dos profissionais de proporcionar benefícios. Na Unidade de Internação Neonatal, há distintas circunstâncias que permeiam os riscos deste grupo de pacientes. O objetivo desta pesquisa foi analisar como o acompanhante identifica preocupações e estratégias relacionadas à segurança da criança hospitalizada em uma unidade neonatal. Trata-se de um estudo de caso exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido na Unidade de Internação Neonatal, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A coleta de informações aconteceu entre junho e agosto de 2015, após a aprovação pelo Comitê de Ética (nº 1.094.423). Foram realizadas entrevistas com 23 participantes, os quais eram acompanhantes de crianças hospitalizadas. O *software* QSR NVivo versão 10.0 foi utilizado para o processamento e a organização das informações, as quais foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática. Identificou-se que 16 participantes mencionaram 95 referências relacionadas a categoria Preocupações com a Segurança do Paciente, como falta de controle no acesso, comunicação deficiente, risco de infecção e outros aspectos relacionados à dinâmica de trabalho. Ainda, foi possível detectar 196 referências relacionadas a categoria Estratégias para a Segurança do Paciente, sendo que todos os acompanhantes referiram pelo menos uma, como: prestação de serviço com excelência, realização de cuidado com amor, e manutenção de ambiente protegido. A importância da inclusão do acompanhante no processo de cuidar foi reafirmada no final do estudo, corroborando com o fato de o familiar analisar como a equipe de saúde assiste à criança, sendo considerado parceiro no tratamento. Salienta-se como principais contribuições do estudo o reconhecimento da presença do acompanhante e a responsabilidade a ele atribuída na hospitalização, especialmente em neonatologia; a possível qualificação da assistência à criança hospitalizada, a partir da adoção de condutas, pelos profissionais de saúde, em conformidade com as estratégias descritas pelos participantes; e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Palavras-chave: Criança hospitalizada. Segurança do paciente. Cuidadores. Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

RODRIGUES, Fernanda Araujo. **Hospitalized children's companions in neonatal unit: concerns and strategies related to patient safety.** 2016. 76 f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

The health care is not exempted of risk, and damage occurs besides health professionals' intention of goodness. In the Neonatal Unit, several circumstances permeate the risks of this group of patients. The objective of this research was to analyze how the companion identifies concerns and strategies related to the safety of a child hospitalized in a neonatal unit. This study is an exploratory case study, which has a qualitative approach, developed at the Neonatal Care Unit of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Data collection happened from June to August of 2015, after the Ethics Committee approval (n° 1.094.423). Interviews with 23 participants were performed, who were companions of hospitalized children. The software NVivo version 10.0 was used for the processing and organization of the information, which was submitted to thematic analysis of content. Sixteen participants mentioned 95 references related to the category Concerns with Patients Safety, like the lack of access control, deficient communication, risk of infection and other aspects related to work dynamics. Still, 196 references related to the category Strategies for Patient Safety were detected, and all companions reported at least one strategy, like the excellent service provided, assistance provided with love, and maintenance of a safe environment. The importance of companion's inclusion in the process of care was reaffirmed at the end of the study, confirming the fact that the relative analyzes how the staff assists the child, being considered a copartner during the treatment. It is possible to accentuate as major contributions of the study the acknowledgement of the companion's presence and the responsibility attributed to him/her during the hospitalization, especially in neonatology; the possible qualification of the assistance to the hospitalized child, from the adoption of conducts by health professionals, in conformity to the participants' strategies; and, consequently, the development of a safety culture.

Keywords: Child, hospitalized. Patient safety. Caregivers. Neonatal nursing.

RESUMEN

RODRIGUES, Fernanda Araujo. **Compañeros de niños hospitalizados en una unidad neonatal**: preocupaciones e estrategias relacionadas a la seguridad del paciente. 2016. 79 f. Tesina (Mestrado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

El cuidado en salud no es libre de riesgos, y daños ocurren a pesar de la intención de los profesionales de proporcionar beneficios. En la Unidad de Internación Neonatal, hay distintas circunstancias que permean los riesgos de este grupo de pacientes. El objetivo de esta pesquisa fue analizar como el compañero identifica preocupaciones y estrategias relacionadas a la seguridad del niño hospitalizado en una unidad neonatal. Este es un estudio de caso exploratorio, con abordaje cualitativa, desarrollado en la Unidad de Admisión Neonatal del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. La recolecta de informaciones ocurrió entre junio a agosto de 2015, después de la aprobación del Comité de Ética (n° 1.094.423). Fueron realizadas entrevistas con 23 participantes, los cuales eran compañeros de niños hospitalizados. El Software QSR NVivo versión 10.0 fue utilizado para el procesamiento y la organización de las informaciones, las cuales fueron sometidas al análisis de contenido del tipo temática. Se identificó que 16 participantes mencionaron 95 referencias relacionadas con la categoría Preocupación por la Seguridad del Paciente, como la falta de control de acceso, la falta de comunicación, el riesgo de infección y otros aspectos relacionados con la dinámica de trabajo. Aún así, fue posible detectar 196 referencias relacionadas con la categoría Estrategias para la Seguridad del Paciente, y todos los compañeros presentaron al menos una, tales como: provisión de un servicio con excelencia, cuidar con amor, y el mantenimiento de un entorno seguro. La importancia de la inclusión del compañero en el proceso de cuidar fue reafirmada en el final del estudio, confirmando el hecho del familiar analizar como el equipo de salud asiste el niño, siendo considerado socio en el tratamiento. Es posible estresar como principales contribuciones del estudio el reconocimiento de la presencia del compañero y la responsabilidad atribuida a él en la hospitalización, especialmente en neonatología; la posible cualificación de asistencia al niño hospitalizado, a partir de la adopción de conductas, por los profesionales de salud, en conformidad con las estrategias descriptas por los participantes; y, consecuentemente, el desarrollo de una cultura de seguridad.

Palabras clave: Niño hospitalizado. Seguridad del paciente. Cuidadores. Enfermería neonatal.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias e subcategorias temáticas do processo de análise das informações	35
---	----

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BLH	Banco de Leite Humano
CIA	Comunicação Interatrial
CIV	Comunicação Interventricular
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EENF	Escola de Enfermagem
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
GEPEETec	Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias
JCI	Joint Commission International
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Pacientes pela Segurança do Paciente
QSR	Qualitative Solutions Research
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Recém-Nascido
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RIENSEP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UIN	Unidade de Internação Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	16
3	REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1	A SEGURANÇA DO PACIENTE E A HOSPITALIZAÇÃO NEONATAL	18
3.2	O ACOMPANHANTE HOSPITALAR COMO COPARTICIPANTE DO CUIDADO	23
4	MÉTODO	27
4.1	TIPO DE ESTUDO	27
4.2	CONTEXTO DO ESTUDO	28
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.4	COLETA DAS INFORMAÇÕES	31
4.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	32
4.6	CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	34
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	37
5.2	PREOCUPAÇÕES COM A SEGURANÇA DO PACIENTE	38
5.3	ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A – Instrumento para coleta de informações	68
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
	ANEXO A – Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	72
	ANEXO B - Termo de Compromisso para Utilização de Dados	76

1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde não é isento de risco e danos ocorrem apesar da intenção dos profissionais de proporcionar benefícios ao paciente (LANZILLOTTI et al., 2015). A ocorrência de incidentes pode gerar graves consequências à saúde da pessoa hospitalizada, conforme evidenciado por Rigobello et al. (2012), em estudo sobre a percepção dos profissionais de enfermagem frente ao clima de segurança do paciente. Entre este grupo de pacientes, destacam-se as crianças.

Em uma publicação que buscou padronizar os conceitos referentes à segurança do paciente, se definiu o termo incidente como o evento ou a circunstância que pode ter resultado em dano desnecessário; e o evento adverso como um incidente que resultou em dano ao enfermo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Nessa perspectiva, a segurança do paciente é entendida como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Revisão de literatura abordando a segurança do paciente como uma dimensão da qualidade do cuidado desvelou que os eventos adversos podem ser decorrentes de dificuldades na prática assistencial, em produtos, em processos ou, ainda, nos sistemas (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Nesse sentido, a segurança do paciente é multifatorial e as circunstâncias que envolvem os incidentes são semelhantes e passíveis de prevenção (SHATKOSKI et al., 2009). Portanto, a precaução pode se dar a partir da identificação e correção do erro, assumindo assim a função de barreira de proteção, conforme descrito em outro estudo sobre segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (GAÍVA; SOUZA; XAVIER, 2013).

Diante do exposto, um estudo realizado em três unidades pediátricas de um hospital universitário sugere a realização de esforços para reconhecer e explorar tais eventos, com a finalidade de desenvolver métodos que proporcionem a prevenção das falhas e a promoção da segurança do paciente (MELO; PEDREIRA, 2005). A partir desta afirmação, justifica-se a crescente atenção da comunidade acadêmica e a diversidade de pesquisas publicadas atreladas à segurança do paciente.

Apesar da publicação de estudos que enfocam principalmente os incidentes relacionados à administração de medicamentos, é imperativo ponderar a segurança do paciente com uma abordagem sistêmica e utilizar técnicas de avaliação dos riscos existentes nos processos (QUADRADO; TRONCHIN, 2012). Tal abordagem deve ser efetivada por todos os profissionais de saúde envolvidos. Por conseguinte, deve estar contemplada nas

rotinas dos *rounds* multidisciplinares, como um dos fundamentos para a implementação de um cuidado seguro (LANZILLOTTI et al., 2015).

A concepção de estratégias para a segurança do paciente envolve diversos fatores, entre eles: a higienização das mãos, a identificação do paciente, a prevenção de quedas e a administração segura de medicamentos. No Brasil, esta *práxis* está diretamente relacionada ao entendimento e ao desempenho das normas e regulamentos que controlam o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, critério básico para que estes locais possam elaborar planos institucionais de qualidade e segurança (BRASIL, 2014).

Em relação à Unidade de Internação Neonatal (UIN), cenário desta pesquisa, há distintas circunstâncias que permeiam os riscos deste grupo específico de pacientes. Nesse tipo de unidade, um paciente, podendo ser um prematuro extremo, é manuseado por vários profissionais em um mesmo turno de trabalho, o que aumenta a chance de ser acometido por uma falha, excetuando ainda o fato de que é um paciente que, geralmente, permanece hospitalizado por longo período, o que também eleva a exposição à falha (LANZILLOTTI et al., 2015).

O cuidado na UIN, especialmente na área de terapia intensiva, está cercado por inúmeras tecnologias, como ventilador pulmonar mecânico, monitor multiparâmetros, cateter venoso central e equipamento para infusão controlada de soluções, a denominada bomba de infusão. Nesse contexto, as demandas emocionais nem sempre são consideradas como prioridade pelos profissionais de saúde, conquanto tenham consequências para a família em sua totalidade (CARMONA et al., 2014). Desta forma, a assistência em neonatologia extrapola a criança hospitalizada, pois deve envolver também o cuidado ao respectivo familiar, conforme evidenciado em estudo sobre as necessidades de familiares de pacientes internados em UTIN (SOARES; SANTOS; GASPARINO, 2010).

No que tange, especificamente, a hospitalização em uma UTIN, as apreensões e perspectivas em relação ao recém-nascido (RN) são muito distintas, no que diz respeito à família e aos profissionais, conforme evidenciado em estudo qualitativo que aborda os desafios para a equipe assistencial a partir da presença materna na UTIN (SANTANA; MADEIRA, 2013). A partir desta proposição, é necessário salientar a importância da equipe de saúde conhecer o que o familiar sente em relação à situação experienciada.

Em uma pesquisa realizada sobre os reflexos da hospitalização na vida do familiar, se evidenciou que o acompanhante vivencia situações, em sua maioria negativas, como o medo da ruptura familiar e a perda ou diminuição da autonomia em relação à criança (SANTOS et

al., 2013). Esta passividade do acompanhante corrobora com outro estudo que observa que, geralmente, a função da mãe na UTIN é majoritariamente de receptora de informações do que emite (SANTANA; MADEIRA, 2013).

A alteração desta condição é de corresponsabilidade de profissionais de saúde e dos próprios acompanhantes. Estudo qualitativo, que buscou compreender como a família percebe sua própria presença durante a hospitalização, salienta a necessidade de sensibilização dos profissionais, com conseqüente reflexo comportamental, frente a uma melhor aceitação dos familiares no interior dessas unidades (MOLINA et al., 2009). Entretanto, o que geralmente se encontra em uma UIN é o distanciamento entre a equipe de saúde e o acompanhante, baseado em um relacionamento formal, burocrático e despersonalizado (SALES et al., 2012). Deste modo, faz-se necessário um avanço nesta relação, visando o reconhecimento e o empoderamento deste familiar.

Uma pesquisa sobre a importância da relação do enfermeiro com o acompanhante destaca o empenho da equipe de saúde em prol da presença do familiar, objetivando reduzir os resultados iatrogênicos da hospitalização infantil (MURAKAMI; CAMPOS, 2011). Dentre os profissionais de saúde, destacam-se os membros da equipe de enfermagem como principais responsáveis pela inclusão dos familiares na rotina da UIN (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

A inclusão do familiar no processo de cuidar não deve ser considerada uma simples demanda, pois está condicionada a mudanças na rotina de trabalho e no entendimento das relações entre os envolvidos na assistência ao paciente (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010). Especificamente, sobre a reorganização do local, salienta-se que nem a dinâmica dessas unidades prevê tal inserção. Percebe-se que, na maioria dos casos, não há espaço destinado para acompanhantes e visitantes, nem o devido reconhecimento destes atores como parceiros para o cuidado (BRASIL, 2007).

Apesar de árdua tarefa, a inserção do acompanhante hospitalar traz benefícios ao paciente, à família e à própria instituição. Nada obstante, acredita-se que o maior favorecido com a participação do acompanhante é o próprio paciente, nesta pesquisa, a criança hospitalizada em unidade neonatal. Estudos apontam que o familiar observa e analisa o modo como a equipe de saúde assiste à criança, sendo considerado um grande parceiro no processo terapêutico deste enfermo (MOLINA et al., 2009; MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

Esta responsabilidade atribuída ao acompanhante hospitalar deve ser reconhecida e valorizada pela equipe multidisciplinar. Seguindo tal perspectiva, um estudo qualitativo sobre

a avaliação de estabelecimentos de saúde na visão dos familiares ponderou o dever dos profissionais em acolher a percepção destes acompanhantes, com o objetivo de qualificar a assistência em saúde por meio de um olhar particularizado, além de buscar condutas terapêuticas que proporcionem retorno eficaz às necessidades que se apresentam (KANTORSKI et al., 2012).

Diante de tais argumentos e do pressuposto de que as possibilidades de participação do familiar ainda não são exploradas em sua plenitude, conforme referido por Dittz et al. (2011) em estudo sobre o cuidado materno ao RN na UTIN, justifica-se a realização deste estudo, e surge como questão de pesquisa: como e em quais situações o acompanhante identifica preocupações e estratégias relacionadas à segurança da criança hospitalizada em uma unidade neonatal?

A motivação para a elaboração desta pesquisa adveio da experiência da autora como enfermeira assistencial em neonatologia e da necessidade de avanço nas relações entre os atores envolvidos no cuidado à criança hospitalizada. Acredita-se que a relevância deste estudo reside no fato de contribuir para a compreensão e reflexão de enfermeiros e demais integrantes da equipe de saúde no que se refere à segurança da assistência prestada ao bebê e sua família, além da conscientização da importância da inserção deste acompanhante, para o consequente aprimoramento do cuidado.

Este estudo está inserido na linha de pesquisa Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no eixo temático Saúde do recém-nascido, criança, adolescente e família, sendo a pesquisadora integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETEc).

A partir dessas considerações e motivações, se apresenta, na sequência, a formulação dos objetivos e a revisão da literatura.

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo é analisar como o acompanhante identifica preocupações e estratégias relacionadas à segurança da criança hospitalizada em uma unidade neonatal.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A fim de fundamentar teoricamente os temas abordados, identificou-se a necessidade de uma explanação acerca de alguns conceitos que deram sustentação ao desenvolvimento desta pesquisa. Para isso, os seguintes assuntos foram revisados e são apresentados em dois capítulos: a segurança do paciente e a hospitalização neonatal, e o acompanhante hospitalar como coparticipante no cuidado.

3.1 A SEGURANÇA DO PACIENTE E A HOSPITALIZAÇÃO NEONATAL

Ao longo dos últimos anos, a preocupação crescente com a segurança do paciente e com a qualidade do cuidado ofertado tem ocasionado mudanças de paradigma. A primeira referência de impacto abordando esta temática foi o livro *To Err is Human: building a safer health system*, publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA). Este relatório dispunha o resultado de diversas pesquisas, as quais desvelaram erros na assistência médico-hospitalar, resultando em elevados custos e alta taxa de mortalidade nos hospitais dos EUA, sendo essa superior aos óbitos por acidentes automobilísticos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Apesar da publicação de *To Err is Human: building a safer health system*, alguns aspectos permanecem incipientes frente à efetivação de uma assistência em saúde segura. Ainda se encontra, mediante a ocorrência de um evento adverso, a tendência de culpabilização, a despeito de estratégias atuais de não penalização (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

O relatório norte americano repercutiu em diversos países. Neste mesmo período, no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, com o objetivo de capacitar as instituições participantes sobre gestão de risco e metodologias para monitoramento de eventos adversos relacionados a equipamentos médico-hospitalares, medicamentos, sangue e hemoderivados (BRASIL, 2014).

A segurança do paciente, a partir do ano de 2000, tornou-se internacionalmente reconhecida como fator essencial à qualidade em serviços de saúde, configurando-se como objeto de estudo de pesquisadores em diversos países (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). A partir da elaboração da Resolução WHA 55.18, pela Organização Mundial da Saúde

(OMS), durante a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, no ano de 2002, foi criado um grupo de trabalho, o qual teve como objetivo sensibilizar os países sobre o tema.

Na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada no ano de 2004, a OMS reconheceu o progresso na implementação da Resolução supracitada e instituiu formalmente a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com o objetivo de instituir políticas e práticas que elevem a segurança e a qualidade em saúde no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). O Brasil foi um dos países signatários ao programa.

Esta primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente ainda apresentou seis áreas de mobilização em prol da segurança, entre elas, o Desafio Global para a Segurança do Paciente. Baseado na piora do quadro clínico, no prolongamento da hospitalização e, conseqüentemente, na elevação dos custos relacionados ao tratamento, o primeiro Desafio estava focado em infecções relacionadas à assistência em saúde, tendo como título “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Considerando a magnitude do tema, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) também se articulou frente à segurança do paciente. Em 2005, no Chile, foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSEP), a fim de aprimorar o cuidado de enfermagem baseado em evidências científicas, considerando a troca de experiência entre os países participantes (CASSIANI, 2010).

No ano seguinte, com a publicação de um novo relatório do programa Aliança Mundial para Segurança do Paciente, se fortalecia a cooperação do paciente e/ou familiar na busca pela segurança. O referido documento trouxe, além do segundo Desafio Global, intitulado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, 12 áreas de atuação, sendo a segunda delas denominada “Pacientes pela Segurança do Paciente” (PSP), com o objetivo de assegurar a participação do paciente e/ou seu familiar no movimento pela sua saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Com o desdobramento da criação da RIENSEP, em maio de 2008 foi constituída a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), a qual está organizada por Polos e Núcleos, conforme a localização geográfica. Com o objetivo de compartilhar informações, articulando e fortalecendo as atividades de assistência, educação e pesquisa, a REBRAENSP surgiu como estratégia para fomentar o conhecimento nesta área nas instituições do país (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2009).

O programa PSP foi novamente pauta do documento publicado pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente no ano de 2008. Nesta edição, ratificou-se que a vivência dos pacientes e seus respectivos familiares, acometidos por falhas na segurança, é essencial para o processo de qualificação da assistência ao paciente, e que as melhores e mais seguras instituições de saúde são aquelas que promovem a participação dos pacientes e de suas famílias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A preocupação do Ministério da Saúde (MS) em relação à segurança do paciente foi reafirmada com a publicação de um regulamento técnico sobre Boas Práticas de Funcionamento para Serviços de Saúde, através de uma Resolução de Diretoria Colegiada (RDC). Esta legislação, publicada pela ANVISA, estabeleceu o conceito de segurança do paciente como o conjunto de ações direcionadas à proteção contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários no decurso da assistência proporcionada nos estabelecimentos de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011).

A referida publicação apresentou ainda estratégias voltadas para a segurança do paciente como, por exemplo,

[...] Identificação do paciente; Orientações para a higienização das mãos; Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde; Mecanismos para garantir segurança cirúrgica; Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; e Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011, p. 4).

Apesar de todo histórico de mobilizações relacionadas ao tema, foi somente em abril de 2013 que o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O documento apresenta os objetivos geral e específicos, sendo um destes o envolvimento de pacientes e familiares na busca pela segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

A Portaria Ministerial ainda expõe as estratégias de efetivação do PNSP, a instituição do Comitê de Implementação, suas respectivas competências e composição, além da redefinição do conceito de segurança do paciente para “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado” (BRASIL, 2013a, p. 2).

O MS aprovou também, mediante publicação de duas Portarias, os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Na primeira delas, instituíram-se os seguintes Protocolos: cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão (BRASIL, 2013b). A segunda Portaria aprovou os Protocolos de prevenção de quedas, identificação do paciente e segurança na prescrição e administração dos medicamentos (BRASIL, 2013c).

Além disso, neste mesmo ano de 2013, houve a publicação de uma nova RDC sobre ações a serem instituídas para a segurança do paciente nos serviços de saúde, independentemente de sua natureza. A RDC nº 36 define alguns conceitos sobre o tema, cria o Núcleo de Segurança do Paciente, estrutura esta que deve elaborar o Plano de Segurança do Paciente, monitorar e notificar a ocorrência de eventos adversos no respectivo estabelecimento de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Apesar de toda mobilização existente e já citada, salienta-se que a segurança do paciente em unidade de internação neonatal demanda especial atenção, considerando as características específicas da sua fase de desenvolvimento, conforme descrito em revisão de literatura sobre segurança do neonato hospitalizado (BAÑUELOS et al., 2012). Situações de simples desconforto a um paciente adulto podem configurar-se como riscos à criança, como, por exemplo, iluminação intensa, oscilação de temperatura e ruído excessivo.

As especificidades relacionadas à segurança na hospitalização neonatal iniciam com o protocolo de identificação destes pacientes. Um estudo publicado com propostas para a segurança do neonato hospitalizado prevê mais de duas fontes de identificação, através do uso de pulseiras padronizadas contendo informações como nome, sobrenome e código de barras, sendo estas verificadas antes da administração de medicamentos, hemoderivados e da realização de procedimento (BAÑUELOS et al., 2012).

O quantitativo de identificadores necessários em unidade neonatal também foi tema de outra pesquisa. A presença de mais de uma pulseira de identificação justifica-se pela dificuldade do recém-nascido, principalmente o prematuro, devido ao seu baixo peso, permanecer com a mesma, o que foi evidenciado em pesquisa avaliativa sobre protocolo de identificação para esse grupo específico de pacientes (QUADRADO; TRONCHIN, 2012).

Outro aspecto que exige elevado cuidado na hospitalização neonatal diz respeito à administração segura de hemocomponentes e medicamentos, especialmente os considerados de alta vigilância. Sabe-se que devido à imaturidade fisiológica, o recém-nascido, quando acometido por erro de medicação, sofre maior dano do que os pacientes de outras faixas etárias (GAÍVA; SOUZA; XAVIER, 2013).

A ocorrência de incidente envolvendo medicamentos está relacionada a diversos fatores, como o aprazamento inadequado, o armazenamento impróprio, a incompatibilidade entre os fármacos, o extravasamento de soluções e a administração incorreta. Um estudo específico sobre esse tipo de falha ressalta que crianças são as principais vítimas, quando considerado o uso de doses fracionadas (MELO; PEDREIRA, 2005).

Além disso, outro estudo sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal evidenciou esse tipo de incidente como o mais frequente no cenário, destacando ainda que o grupo de pacientes mais acometido foi precisamente o mais vulnerável: prematuros e recém-nascidos de baixo peso (LANZILLOTTI et al., 2015).

Apesar de poucas referências com esse enfoque, o risco de quedas envolvendo a criança hospitalizada em UIN também merece destaque, considerando que as consequências de queda são mais graves em pacientes com idade inferior a três anos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014). Adicionalmente, estudo publicado no México sugere estratégias para a prevenção de quedas como, por exemplo, manter elevadas as grades do berço, fechar as portas da incubadora após o manuseio, atentar para as condições da mãe quando esta carregar o bebê no colo e transportar o paciente somente com o uso de uma incubadora devidamente equipada (BAÑUELOS et al., 2012).

Atualmente, a forma como ocorre o acesso e o controle de quais são as pessoas ingressantes na UIN também é considerado fator de segurança à criança hospitalizada. Em uma pesquisa sobre a segurança do RN em meio hospitalar realizada em Portugal pela Entidade Reguladora da Saúde (2011), 82,5% das instituições participantes afirmou utilizar sistemas de videovigilância como monitoração, porém, apenas 31,7% adotavam recurso de gravação em alta qualidade.

Cabe destacar que em relação à segurança de bebês hospitalizados, situações como as infecções associadas à assistência em saúde, as lesões cutâneas, a perda de cateter vascular, além dos problemas na ventilação mecânica como, por exemplo, a falha na extubação ou a extubação acidental, também foram encontradas em outro estudo (LANZILLOTTI et al., 2015). Além disso, sabe-se que os cuidados com a pele do recém-nascido hospitalizado exigem especial atenção da equipe multidisciplinar. A lesão cutânea no RN aumenta a perda de água e calor, contribuindo para o desequilíbrio hidroeletrólítico e térmico, além de aumentar o risco de infecções, considerando a lesão como porta de entrada para fungos e bactérias (TAMEZ, 2010).

A segurança do paciente pediátrico também pode ser afetada pela organização do processo de cuidar, da mesma forma como ocorre na hospitalização de pacientes adultos. Fatores como escassez de recursos humanos, ambiente de trabalho inadequado, e falhas na comunicação são considerados obstáculos na promoção da segurança dos pacientes (GAÍVA; SOUZA; XAVIER, 2013).

Percebe-se que a hospitalização neonatal possui suas especificidades e, conseqüentemente, seus respectivos riscos. Um estudo qualitativo sobre a percepção das enfermeiras frente ao significado da participação da família no processo de cuidar revelou que o termo segurança foi encontrado com frequência nos discursos das participantes como um conceito relativo ao envolvimento familiar (DIAS; MOTTA, 2012).

3.2 O ACOMPANHANTE HOSPITALAR COMO COPARTICIPANTE DO CUIDADO

O adoecimento de um indivíduo desperta em sua família diversos sentimentos, especialmente quando o paciente é uma criança. Ratificando o exposto, pesquisa sobre a percepção das mães frente à hospitalização do filho evidenciou que ao se depararem com o recém-nascido fragilizado em uma UIN, essas sofrem um impacto com a perda do filho idealizado, acarretando em desapontamento, desespero, frustração e até vontade de deixar o local (CARMONA et al., 2014).

Corroborando com esta ideia, Cunha et al. (2014) em uma investigação sobre a percepção dos visitantes quanto à visita aberta em UTIN, afirmam que a hospitalização da criança representa ainda um período de tensão, ansiedade, medo da morte e desconforto frente ao ambiente hospitalar; enquanto outro estudo já identificava nos pais a sensação de estranheza e impotência, além do sentimento de dor, a partir da iminência entre terapia intensiva e morte (MOLINA et al., 2009).

Entre o rol de sentimentos gerados a partir da hospitalização do filho recém-nascido, ou com pouco tempo de vida, também se pode citar a culpa. Um estudo recente sobre o processo de nascimento e internação em UTIN demonstrou que a incerteza e a insegurança frente ao futuro do filho despertam um processo de culpabilização nos pais, baseado no fato de deixar o bebê no estabelecimento de saúde após a alta hospitalar materna (OLIVEIRA et al., 2013).

Além de alterações emocionais, a hospitalização neonatal pode acarretar mudanças na rotina de todo o grupo familiar. Molina e Marcon (2009), em estudo sobre os benefícios da participação materna no cuidado ao filho hospitalizado, justificam tais repercussões mediante o ingresso na organização e na dinâmica hospitalar, considerada uma realidade nova e diferente do seu cotidiano. Entre as transformações possíveis, se destacam a redistribuição das tarefas entre os membros da família, a abdicação do emprego, das atividades sociais e de lazer e, conseqüentemente, o afastamento de pessoas queridas (DIBAI; CADE, 2009).

Diante do exposto, discutem-se tais mudanças como consequências não apenas do adoecimento e do processo de hospitalização da criança, mas também pelo ambiente de uma UIN. O local é considerado por Costa, Klock e Locks (2012) como desconhecido e pouco acolhedor; ao passo que Oliveira et al. (2013) ressaltam o estigma atribuído a este tipo de unidade e caracterizam-na como fria, asséptica e dificultadora do processo de construção do vínculo entre mãe e filho. Em um estudo anterior, já se destacava a infraestrutura insuficiente de alguns hospitais, onde os acompanhantes não possuíam direito à alimentação e cama para descansar (DIBAI; CADE, 2009).

Apesar desses achados, o dever das instituições de atendimento à saúde em proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, permitindo assim um acompanhamento hospitalar apropriado, está descrito desde a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual dispõe sobre a proteção integral a esse referido grupo de pacientes (BRASIL, 1990).

Conforme discutido por Almeida e Figueiredo (2010) no estudo sobre o cuidado centrado na família, salienta-se que o familiar tem o direito de acompanhar o paciente em tempo integral, não a obrigação; destacando ainda que fica a critério do familiar sair ou não do local, quando lhe for solicitado para a execução de determinado procedimento (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012).

No entanto, o conceito de acompanhante hospitalar foi construído pelo Ministério da Saúde apenas anos mais tarde, após a publicação do ECA, quando trouxe uma ideia mais ampla, sendo passível de aplicação também aos pacientes adultos. Definiu-se como um representante da rede social do paciente, o qual o acompanha durante toda hospitalização (BRASIL, 2007).

Tal definição foi aprimorada a partir de investigações realizadas sobre o tema. Almeida e Figueiredo (2010), ao realizarem estudo sobre o cuidado centrado na família, identificaram o acompanhante como a pessoa que se reveza ou que permanece com a criança quando ela se encontra hospitalizada, enquanto Dias e Motta (2012) definiram como alguém significativo à criança, sem a necessidade de apresentar algum grau de parentesco, mas que transmita segurança e confiança.

Em contrapartida, outras pesquisas também trouxeram à luz da discussão a contribuição do acompanhante hospitalar, que em se tratando de recém-nascidos e lactentes, na maioria das vezes, são os pais. De acordo com Wegner (2011), o cuidador, tratado como sinônimo de acompanhante, é o responsável pela observação da conduta da equipe de saúde,

possuindo a capacidade de identificar eventos adversos, manter relação com os demais acompanhantes e conhecer as características intrínsecas da criança hospitalizada.

Ainda sobre a função do acompanhante, em investigação realizada sobre o acompanhamento hospitalar, foi questionado se papel seria apenas de um indivíduo indispensável para reduzir a insuficiência da equipe de enfermagem, um observador do desempenho desses profissionais ou um relevante coparticipante na recuperação do paciente (SANCHES et al., 2013).

Apesar de Sousa, Gomes e Santos (2009) relatarem em seu estudo qualitativo uma possível interferência negativa sobre a conduta da equipe de saúde, as contribuições positivas do acompanhante frente à assistência ao paciente são soberanas. Em sua primeira publicação sobre o tema, o Ministério da Saúde já anunciava o acompanhante como o melhor observador para alterações do quadro clínico do paciente, considerando-o como elemento integrante do plano terapêutico, o que seria novamente discutido em pesquisa sobre os desafios para a equipe assistencial frente a presença da mãe na UTIN (BRASIL, 2007; SANTANA; MADEIRA, 2013).

Surge, a partir dessa publicação, um novo olhar sobre o acompanhante. Encerra-se, portanto, a concepção de que ele possui limitada participação e que o desempenho de suas atividades se restringe a cuidados básicos como alimentar, dar banho e trocar fraldas do paciente (DIBAI; CADE, 2009). Ratificando esse empoderamento familiar, uma pesquisa sobre a compreensão materna a respeito da produção do cuidado percebeu que os acompanhantes demonstravam interesse nas rotinas hospitalares, sabendo diferenciar as tarefas específicas de cada profissional (GOMES; CAETANO; JORGE, 2010).

Demais pesquisas corroboraram com essa premissa. Sousa, Gomes e Santos (2009) confirmaram o acompanhante como extensão da equipe, enquanto Almeida e Figueiredo (2010) ressaltaram a importância de fazer deles parceiros na luta para a recuperação da criança, ao passo que, Gaíva, Souza e Xavier (2013) defendiam que quando bem informado sobre os cuidados prestados à criança, o acompanhante pode identificar erros antes mesmo de sua ocorrência.

Uma publicação recente discutiu o envolvimento do acompanhante hospitalar como parceiro crítico e a possibilidade de esse assumir a função de “auditor” do cuidado em saúde como estratégia favorável e promissora para a segurança da pessoa hospitalizada, configurando tal postura como elemento essencial à assistência centrada no paciente (GONÇALVES; KAWAGOE, 2013). Em consonância a esse achado, um estudo sobre o

sentimento materno durante a hospitalização do filho destaca o desenvolvimento de um cuidado integral, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na presença da mãe e na sua capacidade de sanar as necessidades afetivas da criança (SILVA et al., 2010).

A importância da participação do cuidador é reconhecida não só por estudiosos da área, mas também pelos próprios familiares. Silva, Santos e Cintra (2009) evidenciaram, por meio das falas dos acompanhantes de crianças hospitalizadas, que os mesmos reconhecem a atuação frente ao reestabelecimento da saúde do filho.

Considerando a grande relevância desses atores no processo de hospitalização infantil, é necessário reforçar a importância de uma prática assistencial acolhedora. Baseado nisso, percebe-se que os profissionais de saúde não podem ficar alheios à participação do acompanhante (FIGUEIREDO et al., 2013). Surge como estratégia a proposta apresentada por Sanches et al. (2013), fundamentada na necessidade de discussão e adoção de métodos para viabilizar a participação do acompanhante, além do fortalecimento deste familiar, a partir do reconhecimento de suas potencialidades (DIAS; MOTTA, 2012).

Apesar de diversas publicações sobre o direito ao acompanhante hospitalar, são percebidas ainda algumas dificuldades para o desenvolvimento de determinadas ações. É possível verificar o complexo entendimento dos profissionais e dos próprios familiares sobre a participação do acompanhante (BRASIL, 2007). Uma pesquisa qualitativa realizada em um hospital público do Rio de Janeiro concluiu que, em muitas ocasiões, o exercício do acompanhamento hospitalar ainda não é considerado como um direito, mas sim com uma concessão, com o objetivo de sanar a infraestrutura insuficiente do hospital, destacando-se a necessidade de desenvolver as possibilidades de ação desse ator (SANCHES et al., 2013).

Percebe-se que a presença do acompanhante,

[...] do visitante, de familiar ou de representante da rede social do paciente no ambiente hospitalar é, indiscutivelmente, uma marca fundamental que pode mudar as relações de poder nas instituições de saúde, aumentando o grau de protagonismo do usuário (BRASIL, 2007, p. 24).

Por fim, o próprio programa Pacientes pela Segurança do Paciente, proposto pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente, reconhece os pacientes e suas famílias como um inexplorado recurso, observando que a vivência desses indivíduos é uma estimada ferramenta de aprendizagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

4 MÉTODO

Neste capítulo estão descritas as etapas metodológicas que foram utilizadas na realização desta pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem teórico-metodológica qualitativa, com um desenho de pesquisa denominado estudo de caso do tipo exploratório. A abordagem qualitativa foi escolhida, pois é definida como um tipo de estudo que trabalha com os significados, as crenças, os valores e as atitudes, os quais são compreendidos como parcela da realidade social, considerando que o ser humano se diferencia por refletir e interpretar suas ações a partir da vivência partilhada com o próximo (MINAYO, 2008)

A pesquisa qualitativa possibilita esclarecer processos sociais de grupos específicos ainda pouco explorados, além de proporcionar a estruturação de novas abordagens, reconsideração e elaboração de conceitos inovadores; sendo esse processo é dividido em três fases (MINAYO, 2008):

- 1) Exploratória: construção do projeto de pesquisa e dos processos mandatórios para organizar o ingresso ao campo de estudo;
- 2) Trabalho de campo: transposição da concepção teórica produzida na fase supracitada para a prática empírica;
- 3) Análise e tratamento do material: utilização de estratégias para dar valor, compreender e elucidar as informações empíricas, articulando-as com a teoria.

Por sua vez, o estudo de caso exploratório tem como finalidade o desenvolvimento de hipóteses e proposições pertinentes à investigação inicial e destaca-se de outras estratégias de pesquisa devido a sua capacidade de manejar um grande número de evidências como, por exemplo, documentos, entrevistas e observações (YIN, 2010). Nesta pesquisa, definiu-se como caso a ser estudado a vivência do acompanhante da criança hospitalizada em uma unidade de internação neonatal.

Conforme Yin (2010), para a utilização desta estratégia de pesquisa estão previstas três condições essenciais:

- 1) O tipo de questão de pesquisa: geralmente, utilizam-se questões do tipo “como” e “por que” para compreender a ocorrência de determinado fenômeno;

- 2) O controle que o investigador possui sobre os eventos comportamentais: não há manipulação do comportamento direta, precisa e sistematicamente;
- 3) O nível de enfoque em episódios contemporâneos em oposição a episódios históricos: o pesquisador possui abrangente acesso a eventos atuais.

Deste modo, este desenho de pesquisa permite a apreensão de fenômenos sociais complexos e a preservação das características de eventos contemporâneos, sem que haja manipulação dos mesmos por parte do pesquisador (YIN, 2010). Baseado nestas condições, justifica-se o emprego deste método para a realização do estudo, pois possibilitou apreender como e em quais situações o acompanhante identifica preocupações e estratégias com a segurança da criança hospitalizada em uma unidade neonatal.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Internação Neonatal, localizada no 11º andar, ala norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), considerado um hospital público de grande porte e referência em ensino, assistência e pesquisa na área materno-infantil na região Sul do Brasil. A unidade de estudo foi fundada em 1980 e, atualmente, encontra-se organizada em oito enfermarias, distribuídas em 20 leitos de cuidado intermediário convencional, 10 leitos de cuidado intermediário canguru e 20 leitos de terapia intensiva, totalizando 50 leitos.

O setor possui um quadro funcional composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos neonatologistas em tempo integral, além dos médicos residentes em pediatria, acadêmicos e outros profissionais da saúde como, por exemplo, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas, fonoaudiólogas e fisioterapeutas. A unidade ainda conta com o auxílio de profissionais de apoio do laboratório, da radiologia e de secretários administrativos.

Conforme quadro clínico, as crianças hospitalizadas na UIN são provenientes do centro obstétrico, do alojamento conjunto ou da emergência do próprio HCPA. Os recém-nascidos ainda podem ser procedentes de outros municípios do Estado, após a regulação médica via central de leitos.

Justifica-se a escolha desta unidade, pois a mesma possibilita livre acesso aos pais, mães e/ou acompanhante indicado pelos progenitores, o que permite o acompanhamento da criança durante todo o período de internação. Para os demais familiares e pessoas

significativas à família, há um horário predeterminado das 16h00min às 16h30min, porém cada bebê pode receber apenas duas visitas por dia.

Em caso de impossibilidade de permanência em tempo integral, os pais podem indicar até duas pessoas para acompanhar o bebê, devendo ser informado ao enfermeiro responsável o nome das pessoas escolhidas. Salienta-se que na ocorrência dessa situação, poderá permanecer com a criança apenas um acompanhante por vez. Contudo, ressalta-se a importância da presença dos próprios pais na UIN pelo turno da manhã para acompanhar o *round* médico, pois somente eles podem receber informações sobre o quadro clínico do seu filho.

A participação do acompanhante é incentivada, podendo ele compartilhar alguns cuidados com os profissionais de saúde, como troca de fraldas, higiene do coto umbilical e alimentação. Para promover o acompanhamento à criança hospitalizada, o HCPA oferece três refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar) para quem permanecer com a criança nesses períodos. A instituição ainda disponibiliza a Casa de Apoio para as mães não residentes em Porto Alegre, situada nas proximidades do hospital. O local, atualmente, com capacidade para 54 vagas, foi criado em 1996, com o objetivo de proporcionar às usuárias um ambiente similar ao próprio lar e, assim, amenizar o sofrimento gerado pelo processo de adoecimento (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013).

Salienta-se ainda que, desde a inauguração da referida unidade, existe a preocupação com a participação dos pais dessas crianças no processo terapêutico. Uma pesquisa qualitativa, que buscou resgatar a implantação e as práticas de atendimento nesta mesma unidade neonatal, evidenciou como filosofia inicial consentir a permanência dos pais junto ao seu filho durante a hospitalização, fato este que foi considerado inovador para a época (PEDRON, 2007).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os acompanhantes das crianças internadas na UIN, independente da causa da hospitalização. A seleção intencional dos acompanhantes ocorreu com o auxílio da equipe de enfermagem, por considerar esses profissionais os mais próximos ao paciente e à sua família. Considerando uma pesquisa realizada sobre a percepção e as dificuldades ao exercício do acompanhamento hospitalar, foram realizados diversos contatos

com alguns participantes antes da realização da entrevista, visando à construção de um vínculo de confiança (SANCHES et al., 2013).

Para a seleção dos participantes, foram estabelecidos como critérios de inclusão:

- Acompanhantes de crianças hospitalizadas a, no mínimo, cinco dias e no máximo 50 dias na unidade neonatal, a fim de possibilitar o tempo necessário para o conhecimento da rotina de cuidados ofertados;
- Possuir idade maior ou igual a 18 anos, condição legal para decidir sobre a participação no estudo;
- Apresentar condições emocionais e psicológicas para relatar sua vivência, ou seja, que no momento da entrevista não demonstrasse nenhuma situação que pudesse interferir no seu relato, como por exemplo, piora clínica importante do seu bebê, nas últimas 24 horas, situação familiar preocupante como perda de emprego ou outro fator significativo.

Quanto ao primeiro critério de inclusão, apesar de se tratar de uma unidade neonatal, devido à especificidade de alguns pacientes, como os prematuros extremos, a internação desses pode extrapolar o período neonatal. Portanto, também foram incluídos na pesquisa os acompanhantes de lactentes que permaneceram hospitalizados nesse serviço.

Considerando a possível influência sobre as respostas dos participantes, foram definidos os seguintes critérios de exclusão:

- Acompanhantes de crianças que sofreram tentativa de aborto intencional;
- Acompanhantes que não apresentavam regularidade de visitas ou que permaneciam pouco tempo na unidade.

Conforme dados do HCPA¹ referentes ao ano de 2014, houve 853 hospitalizações na UIN, o que proporcionou uma média mensal de 71 novos pacientes. Baseando-se nesses números, previa-se a realização de 20 entrevistas. Tal estimativa foi confirmada, porém, o número exato de participantes foi de 23 acompanhantes, considerando que em três oportunidades a entrevista foi realizada com o casal. Esta quantidade foi definida conforme a saturação dos dados. Tal critério determina que o pesquisador atingiu a compreensão da lógica interna do grupo de participantes, portanto, não há mais informações a serem acrescentadas sem a ocorrência da redundância (MINAYO, 2010).

¹ Dados estatísticos fornecidos pelo Serviço Administrativo de Atenção Materno-Infantil em abril de 2015.

4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações aconteceu entre os meses de junho e agosto de 2015, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Para tal, foram feitas perguntas abertas sobre o tema, para que o participante pudesse responder utilizando suas próprias palavras, utilizando-se a técnica de entrevista semiestruturada, a qual é utilizada quando os entrevistadores precisam assegurar que todos os tópicos pesquisados serão contemplados (POLIT; BECK, 2011). Tal roteiro deve ser concebido com o objetivo de permitir a flexibilidade no desenvolvimento da entrevista e ainda assimilar novos tópicos a partir das respostas dadas pelos participantes, considerando estes de caráter relevante (MINAYO, 2010).

Portanto, utilizou-se um instrumento (Apêndice A) elaborado previamente pela própria pesquisadora, que se encontra dividido em duas etapas, sendo que a primeira contou com perguntas fechadas destinadas à caracterização dos acompanhantes; e a outra, direcionada ao tema central da pesquisa. Também foi realizada consulta ao prontuário eletrônico da criança, visando à complementação das informações como, por exemplo, as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde aos acompanhantes visando à segurança do paciente, as quais estavam descritas como condutas de educação.

Para o momento de coleta das informações, considerando a problemática e a singularidade do tema e, conseqüentemente, sua complexa abordagem, a realização da entrevista ocorreu em uma sala reservada nas dependências do próprio hospital, porém, externa à Unidade de Internação Neonatal. Ressalta-se ainda que foi priorizada a realização da entrevista quando presentes dois familiares na UIN, para que um deles pudesse permanecer com a criança enquanto o outro participava da entrevista. Também foi orientado ao profissional de saúde responsável pelo paciente quanto à ausência do acompanhante naquele período.

Aos acompanhantes que concordaram em participar da pesquisa, foi explicado que não havia certo ou errado para as questões, que o importante era a percepção sobre a situação experienciada. As informações, após o consentimento de cada participante, foram registradas com o auxílio de um gravador de voz digital e transcritas na íntegra. Tal procedimento é justificado, pois o registro legítimo, e se possível *ipsis litteris* da fala, torna-se determinante para um entendimento adequado da lógica interna da coletividade pesquisada (MINAYO, 2008).

As transcrições foram organizadas sequencialmente por acompanhante, ou seja, cada pesquisado teve suas seis respostas digitadas em sequência. Durante a análise, a pesquisadora suprimiu algumas palavras que faziam referência a pessoas e instituições, com o objetivo de preservar as identidades, além de realizar o ajuste dos erros ortográficos e dos vícios de linguagem, sem modificar o sentido das informações expostas pelos participantes.

As informações coletadas geraram 262 minutos de gravação (4h22min). A transcrição desse material culminou em 119 páginas digitadas no *software* Microsoft Word® versão 2013, em papel A4, fonte *Times New Roman*, corpo 12 e espaçamento de 1,5 linhas.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A organização e o processamento das informações foram realizados com o auxílio do *software* Qualitative Solutions Research (QSR) NVivo versão 10.0 para Windows. Nesta lógica, as respostas apreendidas a partir das perguntas norteadoras foram submetidas à técnica de análise de conteúdo do tipo temática, a qual busca atribuir significados a partir dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação e divide-se em três etapas (MINAYO, 2010):

A primeira etapa, denominada Pré-análise, compreende a seleção do material a ser analisado a partir da revisão dos objetivos propostos pelo estudo. O pesquisador deve se questionar sobre a coleta de dados e construir indicadores que orientem as próximas etapas, de acordo com as seguintes fases (MINAYO, 2010):

- a) Leitura Flutuante: das informações obtidas. Esta fase exige que o investigador permita-se impregnar com todo o conteúdo proveniente da coleta de dados.
- b) Constituição do Corpus: totalidade do universo pesquisado. Para fim de validar as informações, deve-se considerar alguns critérios:
 - Exaustividade: material contemplando todas as dimensões abordadas no roteiro;
 - Representatividade: informações que contenham as particularidades essenciais do universo pretendido;
 - Homogeneidade: informações obedecem a critérios específicos de seleção quanto aos temas abordados, às técnicas aplicadas e às especificidades dos participantes;

- Pertinência: análise das informações adequadas para responder aos objetivos da pesquisa.
- c) Formulação e Reformulação de Hipóteses e Objetivos: resgate da fase exploratória através da leitura exaustiva dos materiais obtidos a partir da questão norteadora. Nessa etapa pré-analítica, se reflete sobre os rumos da interpretação e se abre a possibilidade de novos questionamentos, a partir da reformulação de hipóteses. Ainda nesse momento, delimita-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (características do ambiente e dos interlocutores), os recortes, o modo de categorização, o tipo de codificação, e os conceitos teóricos que nortearão a análise das informações.

A segunda etapa, designada Exploração do material, versa fundamentalmente sobre o processo classificatório, tendo como objetivo conceber o núcleo de compreensão do material. É nesta etapa que o pesquisador busca encontrar categorias temáticas a partir da classificação das informações. A categorização é considerada uma etapa minuciosa, pois compreende a redução do texto em palavras e expressões significativas (MINAYO, 2010).

Nessa etapa, iniciou-se o uso do *software* QSR NVivo, o qual permite a criação de projetos, sendo o desta pesquisa intitulado Acompanhantes de crianças hospitalizadas em unidade neonatal: parceiros pela segurança do paciente. Ao concluir essa etapa, é necessária a importação dos materiais que se deseja analisar, as chamadas fontes, neste caso, as entrevistas com os participantes.

A partir da questão de pesquisa e do objetivo do estudo, a pesquisadora criou os chamados *nodes*, ou seja, as categorias temáticas. A primeira delas foi *Preocupações com a Segurança do Paciente*, a qual, a partir da análise, apresentou 95 referências. A segunda categoria, *Estratégias para a Segurança do Paciente*, gerou 196 referências durante a exploração dos documentos. Para ambos os *nodes*, ainda foi necessária a criação de subcategorias, que serão discutidas posteriormente.

A terceira e última etapa prevista por Minayo (2010), a qual é denominada Tratamento dos resultados, inferência e interpretação, compreende, geralmente, o momento em que os dados brutos são submetidos a procedimentos estatísticos, sejam eles simples ou complexos, que proporcionam distinção a determinadas informações. A partir deste destaque, o investigador realiza inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o pensamento teórico descrito no início da pesquisa, além de possibilitar novas concepções teóricas advindas

a partir da interpretação e impregnação do material (MINAYO, 2010). Nessa etapa, ainda utilizou-se o *software* QSR NVivo.

Considerando as etapas supracitadas, ao analisar e interpretar as informações originadas de uma pesquisa qualitativa deve-se contemplar tanto o que é homogêneo quanto o que se distingue dentro do mesmo contexto social (MINAYO, 2008).

4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

A pesquisa contempla a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). Nesta lógica, o projeto foi submetido ao Exame de Qualificação do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação, na Escola de Enfermagem (EENF) da UFRGS. Posteriormente aos ajustes, conforme parecer da banca examinadora, foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da referida EENF. Após, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o número 1.094.423 (Anexo A), previamente ao início da coleta das informações.

Seguidamente à aprovação, foi realizada uma reunião com as chefias de enfermagem responsáveis pela UIN. Tal procedimento teve como objetivo apresentar a pesquisa, familiarizando-as com o estudo a ser desenvolvido na unidade. Com esse mesmo objetivo, foi disponibilizada uma cópia do projeto aos profissionais da UIN.

Antes de iniciar a realização das entrevistas, foi esclarecida a participação na pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos acompanhantes que atenderam os critérios de inclusão, conforme Apêndice B, que contempla a justificativa, os objetivos, os métodos utilizados, os possíveis desconfortos, a plena autonomia do participante, destacando a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Conforme também consta no TCLE, foi esclarecida que a participação era de caráter voluntário e que os arquivos de áudio gerados a partir da gravação das entrevistas serão armazenados por cinco anos, sendo inutilizados ao término desse período. O referido Termo foi disponibilizado em duas vias, ficando uma delas com a pesquisadora e a outra com o próprio participante.

Visando à garantia do anonimato dos acompanhantes, estes foram codificados por letras, seguidos de algarismos numéricos de acordo com a ordem que foram entrevistados. Utilizou-se a letra “M” para as mães e a letra “P” para os pais. Assim, compreende-se M1

como a mãe participante da primeira entrevista e P2 como o pai participante da segunda entrevista e assim sucessivamente. Ressalta-se que nas entrevistas 07, 12 e 16 participaram mãe e pai.

Em relação aos dados provenientes do prontuário eletrônico do paciente, a privacidade dos envolvidos foi preservada mediante assinatura do Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Anexo B) pelas pesquisadoras. Do mesmo modo, as informações foram utilizadas exclusivamente para a elaboração deste estudo e serão divulgadas de forma anônima.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve alguma gradação de risco, salienta-se que este estudo pode ser considerado de risco mínimo, pois contemplou todos os fatores preconizados: a intervenção não modificou o plano terapêutico; os dados não são identificáveis individualmente; não houve o desvio da equipe das responsabilidades existentes; nenhuma situação indicou a elevação do risco com a realização da pesquisa e não houve outras características que sugiram um aumento do nível de risco, em comparação a não efetivação do estudo (BRASIL, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Contudo, poderiam ocorrer implicações de ordem psicológica, considerando o possível desconforto em responder às questões. No entanto, não houve nenhuma situação em que o participante se sentiu inibido ou temeroso. Portanto, não foi necessário interromper a participação.

Entre os benefícios esperados, o principal deles é a qualificação da prática assistencial em neonatologia, mediante adoção de medidas que visem à segurança da criança hospitalizada e/ou seu familiar.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, após a caracterização dos acompanhantes, são apresentados e discutidos os resultados desta pesquisa, os quais foram desenvolvidos a partir do processo de análise dos materiais obtidos por meio das entrevistas com os acompanhantes e de consulta ao prontuário eletrônico da criança. No Quadro 1, podem-se identificar as subcategorias e as categorias temáticas emergidas dessa análise, em consonância com o objetivo proposto. Busca-se confrontar tais resultados com os achados já descritos na literatura, a fim de proporcionar a reflexão e a discussão acerca da segurança do paciente em unidade neonatal.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias temáticas do processo de análise das informações

ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADE NEONATAL: PREOCUPAÇÕES E ESTRATÉGIAS RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE	
Subcategorias	Categorias
<i>Falta um pouco de controle na entrada das visitas</i>	PREOCUPAÇÕES COM A SEGURANÇA DO PACIENTE
<i>Informação na teoria</i>	
<i>A gente encontra um pouquinho de dificuldade</i>	
<i>Deu alguma coisa colateral</i>	
<i>O bebê entra sem problema e depois...</i>	
<i>Aqui não é lugar de visita</i>	ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE
<i>Tudo é muito bem conversado</i>	
<i>Prestação de serviço com excelência</i>	
<i>Cuidado com amor</i>	
<i>Tem que lavar as mãos</i>	
<i>Ambiente protegido</i>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 23 acompanhantes incluídos nesta pesquisa, 16 eram do sexo feminino, e sete eram do sexo masculino. Quanto ao grau de parentesco, todos os participantes eram mães ou pais das crianças hospitalizadas na unidade de internação neonatal. A idade dos entrevistados variou entre 19 e 53 anos, com uma média de 34 anos e três meses. Em relação à situação conjugal, 10 possuíam união estável, sete eram solteiros e seis eram casados.

Quanto à escolarização dos participantes, dois tinham menos de oito anos de estudo, ou seja, o ensino fundamental incompleto, três apresentavam o ensino fundamental completo, quatro não concluíram o ensino médio, sete terminaram o ensino médio, totalizando 11 anos de estudo, três possuíam ensino técnico, três deles superior incompleto e uma com superior completo. A ocupação dos acompanhantes apresentou grande variabilidade, declararam-se: auxiliares administrativos, vendedores, auxiliares de telemarketing, comerciantes, técnicos em eletrônica e em radiologia, desempregados, do lar, estagiários, auxiliares de cozinha, agricultores, jogadores de futebol, atendentes e auxiliares de serviços gerais. A renda familiar aproximada dos participantes variou entre R\$ 900,00 e R\$ 12.000,00 por mês, considerando que alguns entrevistados ainda residiam com seus pais.

No que tange à religião, 11 eram católicos, três evangélicos, dois espíritas, uma mórmon, uma adventista do 7º dia e cinco declararam não possuir nenhuma crença definida. Sabe-se que a espiritualidade, independente da religião seguida, pode ser compreendida como um importante suporte para a aceitação dos fatos e ainda como fonte de esperança frente ao processo de adoecimento e morte (BOUSSO et al., 2011; SOARES; SANTOS; GASPARINO, 2010).

Quanto à experiência em terapia intensiva, a maioria dos acompanhantes (12) não possuía. No entanto, uma pesquisa que abordou as vivências e as expectativas de mães com RN internados, evidenciou que, após uma experiência em UTIN com outro filho, essas possuíam maior receio frente à intercorrência com o novo recém-nascido (DADALTO; ROSA, 2015).

5.2 PREOCUPAÇÕES COM A SEGURANÇA DO PACIENTE

O processamento das informações constatou 95 referências relacionadas a preocupações com a segurança do paciente, ou seja, situações que foram consideradas pelos acompanhantes como possíveis riscos à segurança da criança hospitalizada em unidade neonatal. A análise permitiu identificar que dos 23 participantes do estudo, 16 mencionaram pelo menos uma preocupação, independente da circunstância de cuidado.

A partir dos aspectos citados pelos participantes, construiu-se a subcategoria *Falta um pouco de controle na entrada das visitas*, na qual o acesso à unidade neonatal foi relatado como uma preocupação com a segurança da criança hospitalizada. As declarações abaixo exemplificam essas preocupações:

Mas o simples fato de tu chegar e apertar a campainha e ter alguém lá do outro lado para te atender e dizer: "Não, pode entrar", isso para gente... Porque eu vi casos, de mães que estavam com problemas nos filhos, de os filhos não estarem se alimentando, de estarem em incubadora e tal, e apertar ali e ficar... Tempo para entrar na UTI, né? [...] Tu apertas a campainha, tu não és bem atendido, tu chegas lá e quando vê... Isso são coisas que acontecem. (P2)

Falta um pouco de controle é na questão das visitas [...] Isso aí que eu fiquei mais preocupada se vier alguém, porque eu não queria visitas para ele por enquanto. [...] Mas isso aí me chamou um pouco a atenção. (M20)

Percebe-se, por meio do primeiro depoimento, a importância conferida pelo acompanhante à disponibilidade de algum profissional para a recepção da UIN. A presença de um secretário por turno de trabalho em ambientes como esse, o qual teria como uma de suas atribuições recepcionar pais e visitantes, orientando-os quanto aos procedimentos necessários para a entrada no setor, é apresentada como sugestão na literatura (TAMEZ, 2010). No entanto, na unidade pesquisada, foi possível perceber que esse profissional só está disponível de modo contínuo durante o horário comercial, sendo que em finais de semana e no período noturno, tal profissional divide sua carga horária entre outras unidades da instituição, sendo necessário acioná-lo por telefone.

Sendo assim, pode-se inferir que a forma como ocorre o acesso dos pais e demais familiares da criança na UIN está diretamente relacionada ao acolhimento ofertado pela equipe de saúde. Dentre as categorias construídas em estudo sobre o acolhimento em unidade neonatal, verificou-se que essa prática é capaz de reduzir as barreiras da hospitalização

enfrentadas pelos pais dessas crianças, ficando evidente ainda que é possível minimizar os receios e as fantasias desse grupo de acompanhantes (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

Discutindo ainda sobre a ausência de um profissional em tempo integral na recepção da UIN, é possível identificar, a partir do segundo relato, que há uma importante preocupação com o fluxo de pessoas indesejadas no setor. Neste contexto, confirma-se que a prática do acolhimento ao acompanhante hospitalar permite avançar no aspecto da qualidade do serviço, contemplando os anseios dos usuários e familiares, as orientações preconizadas pelas políticas públicas de saúde e dos órgãos de certificação de qualidade (SANCHES et al., 2013).

Os acompanhantes das crianças hospitalizadas também identificaram a comunicação como um fator de preocupação com a segurança do paciente na unidade neonatal, constituindo-se assim a segunda subcategoria *Informação na teoria*. As falas evidenciam essa questão:

Então isso... Eu vou só saber, apesar de me causar muita insegurança hoje, porque eu penso muito nisso [...] Como é que a equipe da cirurgia, da pneumologia, a médica, a otorrino, como é que vai ser a postura deles em relação à avaliação para a cirurgia? [...] Te causa insegurança, né? Não saber como é que vai ser essa avaliação deles, né? (M1)

Eu achei um pouco diferente, que realmente quando a gente entra na UTI neonatal tem lá bem escrito "Os pais têm acesso à informação", tem não sei o que... Mas tem, realmente, na teoria, na prática, realmente, não é o que acontece, para a gente conseguir falar com o médico, para conseguir falar com a doutora é bem complicado. [...] Então, realmente o que faltou para a gente, faltou realmente, esse diálogo com a gente, de relatar o ocorrido, "Olha, o (nome do bebê) tem chance de vida, tem risco de vida, não tem". [...] Como pais aqui dentro da UTI neonatal é isso, falta um pouco disso, não estou falando de enfermeira, nem técnico (de enfermagem), por enquanto, só realmente da equipe médica. (P2)

Eu achei que falta isso, de todo o dia o médico vim falar, que fosse uma palavrinha, dizer "Ah, está tudo ok". Faz três dias que ela não fala comigo. [...] Eu acho que eles usam termos muito técnicos também. (M13)

De um modo geral, é possível inferir que a preocupação com a segurança da criança hospitalizada está relacionada à comunicação insuficiente. Uma pesquisa sobre as percepções e os sentimentos de familiares no processo de interação com a equipe de enfermagem na UTIN apresentou, como um de seus resultados, que a ausência de informações sobre o que está acontecendo e sobre quais as perspectivas para o recém-nascido é algo que acarreta sofrimento e preocupação, tanto em relação ao momento atual quanto ao prognóstico (GIRARDON-PERLINI et al., 2012).

No entanto, é dever dos profissionais de saúde minimizar esse quadro. Corroborando com essa afirmação, um estudo sobre a percepção do acompanhante frente à assistência em

unidade de terapia intensiva pediátrica identificou que a equipe multiprofissional pode reduzir tais consequências, por meio de uma escuta qualificada das demandas do acompanhante e com a disponibilização de informações, aspectos cruciais para o modo como o familiar compreende o cuidado ofertado pela equipe de saúde (RODRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014).

Ampliando a discussão sobre o tema, constata-se ainda que a comunicação deficiente esteja especialmente relacionada à definição do diagnóstico e a transparência no processo de tomada de decisão para a terapêutica do paciente, sendo estas consequências da interação estabelecida entre acompanhante e equipe médica. Uma pesquisa sobre os limites do poder familiar nas decisões sobre a saúde dos filhos demonstrou que, em alguns casos, apesar da falta de clareza frente ao diagnóstico do paciente e/ou seu prognóstico, a equipe de saúde necessita agir e, nessas circunstâncias, sugere-se não contestar o posicionamento da família, constituindo uma relação de respeito entre as partes (KIPPER, 2015).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem apresenta fundamental importância no processo de comunicação com o acompanhante, conforme evidenciado no segundo relato. Tal fato é comprovado em um estudo recente, o qual afirma que ao não utilizar a comunicação, o enfermeiro passa a ser compreendido apenas como um profissional meramente técnico do fazer diário, deixando uma lacuna a ser preenchida no cuidado prestado ao paciente e à família (RODRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014).

Ainda sobre o processo de comunicação e suas implicações para a segurança da criança hospitalizada, apesar de não ter sido mencionada pelos participantes, outro ponto crítico e que merece atenção é a passagem de plantão. Este tema foi abordado recentemente em uma pesquisa realizada em unidades de terapia intensiva pediátrica, que evidenciou a necessidade de promover melhorias nesse período, pois acredita-se que as falhas de comunicação, os chamados “ruídos”, podem resultar em erros nas informações transmitidas e/ou recebidas, interferindo, eventualmente, na segurança do paciente (VALERA et al., 2015).

Aspectos relacionados à dinâmica da equipe de saúde e às rotinas da própria unidade neonatal também foram elencados como preocupações com a segurança do paciente e formaram a subcategoria *A gente encontra um pouquinho de dificuldade*. Dentre as principais inquietações estão o constante rodízio entre a equipe médica, a troca de turno entre os profissionais, a limitada ação durante os finais de semana, e os equipamentos. Os depoimentos confirmam essa questão:

Hoje a gente encontra um pouquinho mais de dificuldade porque trocou a equipe agora, né? Bem numa fase importante do (nome do bebê), que a gente está discutindo uma possibilidade remota, hoje, de cirurgia. (M1)

Por exemplo, nos finais de semana, por exemplo, para a gente é um tempo perdido, né? Eu digo porque o planejamento da equipe médica, né? Ela se limita muito de segunda à sexta. [...] Algumas semanas atrás, eu solicitei a vinda do médico para realmente perguntar por que ele estava tendo náusea, estava tendo vômito. Realmente, o que o médico me passou foi que ele não está junto com a equipe médica que trata do (nome do bebê), então ele não tinha como nos dizer o que poderia ser feito ou o que não poderia ser feito. (P2)

À noite que troca bastante. Então a gente acaba não se acostumando com os da noite, mas de dia, da manhã e da tarde, a gente já tem... Eu já sei o jeito de cada uma né? Que sempre são as mesmas enfermeiras que ficam ali. (M4)

Aquela que satura, das máquinas que apitam aquelas de remédio, tudo que apita, para mim, é um tormento. (M7)

Sabe-se que o ambiente de uma unidade neonatal é considerado pelos familiares como pouco acolhedor e, de acordo com a primeira e com a terceira declaração acima, percebe-se a preocupação dos acompanhantes com o constante rodízio entre as equipes, sejam elas médica ou de enfermagem. Na unidade pesquisada, a equipe médica é liderada por um docente da universidade e composta por residentes em pediatria/neonatologia, sendo que estes últimos profissionais, em determinados períodos, alternam-se entre os professores.

Em relação aos técnicos de enfermagem, há uma divisão em cinco turnos de trabalho, enquanto os enfermeiros dividem-se em seis turnos, o que possibilita a frequente troca de plantões. Outro estudo sobre neonatologia demonstra que cada UIN é, de algum modo, semelhante a uma cultura e que, em determinadas unidades, podem existir ainda diferentes subculturas entre os turnos de trabalho (MONTES BUENO et al., 2015).

Discorrendo ainda sobre o ambiente pouco acolhedor de uma UIN, percebe-se a angústia apresentada por uma das participantes em relação às máquinas utilizadas no processo terapêutico. Pesquisas recentes demonstram que o familiar precisa adaptar-se a um ambiente rico em tecnologia, com diversos ruídos provenientes dos equipamentos e alarmes, os quais indicam que a saúde da criança pode estar se agravando, desencadeando no acompanhante o medo do desconhecido (DADALTO; ROSA, 2015; RODRIGUES; OLIVEIRA; JULIÃO, 2014; SANTOS et al., 2013).

A utilização de equipamentos tecnológicos também pode estar relacionada com a ocorrência de eventos adversos. Uma pesquisa sobre o tema registrou 37 episódios associados aos alarmes das máquinas, pois 18 deles estavam configurados com os parâmetros incorretos, 16 encontravam-se inoperantes e três com o volume abaixo do preconizado (BECCARIA et al., 2009). Estudo sobre a falha humana no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia

intensiva evidenciou ainda que na rotina da assistência em terapia intensiva, o alarme das bombas de infusão, em muitas ocasiões, não é imediatamente atendido, permanecendo ativo por alguns minutos, sem a averiguação de nenhum profissional (DUARTE et al., 2015).

Complementando essa discussão, destaca-se que os níveis de ruídos gerados pelos equipamentos, além das demais características de uma UIN, como luminosidade e intensidade de movimentos, são fatores de estresse não apenas aos familiares, mas também às próprias crianças hospitalizadas. Estudos comprovam que o avanço do conhecimento e a utilização de tecnologia podem resultar em diversos efeitos deletérios para o desenvolvimento do recém-nascido, como distúrbios comportamentais, físicos e emocionais (ORSI et al., 2015; RIBEIRO et al., 2015).

De um modo geral, a subcategoria *Deu alguma coisa colateral* evidenciou a preocupação de mães e pais frente à assistência prestada à criança hospitalizada na unidade neonatal. Os depoimentos abaixo confirmam o sentimento vivenciado:

E o (nome do bebê) pelado e ela dando... jogando água em cima, dando banho no berço, no leito. Tu imaginas o grau de insegurança, porque ele podia pegar um resfriado, podia pegar uma gripe, [...] desenvolver uma coisa. O ar em cima dele, ele ficava bem embaixo do ar. (M1)

Mas que a gente chegou, perguntei para ela: "Doutora, mas por que fizeram um ECG no meu filho?". E ela: "Mas não fizeram". "Sim, fizeram sim, tem na prancheta aqui". Ela foi lá, olhou a prancheta, olhou, olhou para o (nome do bebê) e disse: "Ah, esse ficou de brinde para ele". Isso eu falei para ela: "É um erro médico, tu vais me desculpar, fazer um exame que realmente é desnecessário, que não vai atender os requisitos e ajudar no diagnóstico dele". Então tu imaginas, tu ir para casa sabendo que estão fazendo um exame que é desnecessário no teu filho? (P2)

Eu só achei quando ele estava muito ruinzinho, até falei para a doutora, [...] sobre as coletas de sangue, eu achei que estavam muito frequentes, que estavam fragilizando um pouco ele. (P7)

Só que a gente queria muito que viesse um cardiologista para nos orientar assim, porque ficou com comunicação interatrial (CIA) e comunicação interventricular (CIV). [...] Isso só que a gente está desejando muito assim, faltou! Que ela já está desde segunda né? E não veio nenhum cardiologista conversar. (M10)

Eles deixaram o cordão umbilical dele durante nove dias, né? Ele desenvolveu um trombo na... Artéria aorta. E é uma coisa que eu não sei te dizer se é certo ou se é errado, mas deu alguma coisa colateral, que tanto o bebê ele criou um coágulo, né? (P11)

No outro dia, eu vi um doutor fazendo, só que para mim ele fez com uma ignorância assim, sabe? De um jeito mais... Grosso e tal, que até que resultou que ele ficou ali fazendo de um jeito mais grosso, que eu achei que resultou que o caninho que estava dentro do pulmão dela soltou. (P12)

É, a fixação que às vezes fica pertinho do olho que... Eles tentam deixar melhor, mas ela se mexe e aí cai a borrachinha do lado e isso que eu fico com medo, de entrar e machucar ela. (M14)

A partir das falas, percebe-se o receio dos acompanhantes relacionados aos cuidados. Dentre eles, o controle de temperatura do bebê, a realização indevida ou demasiada de exames diagnósticos, a necessidade de consultoria com profissional especializado, a formação de trombo, a extubação acidental e a fixação de dispositivos como o CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*).

Considerando o controle da temperatura corporal e a formação de trombos a partir da permanência prolongada de cateter umbilical, percebe-se que os acompanhantes identificaram os riscos em conformidade com os achados descritos na literatura. Em relação ao controle da temperatura, identificou-se ainda, durante o período de coleta das informações, que as enfermarias de terapia intensiva possuem áreas condicionadas isoladas, ou seja, com controles individuais. Já nas enfermarias de cuidado intermediário, que possuem o mesmo ar-condicionado, há a rotina de desligamento do aparelho no horário de realização dos banhos.

Ampliando a discussão sobre cateterismo umbilical, um estudo recente sobre o tema evidenciou que o processo de trombogênese é considerado incomum quando ocorre nos primeiros cinco dias de inserção, sendo que, após esse período, há uma predisposição à trombose portal (KIDO; ALVARES; MEZZACAPPA, 2015). Esta mesma publicação ainda destacou que além do tempo de permanência, este tipo de dano está associado a outros fatores, como pré-eclâmpsia materna e prematuridade, como no caso do paciente desta pesquisa (KIDO; ALVARES; MEZZACAPPA, 2015).

Discutindo sobre outro exemplo relatado por um dos acompanhantes, o qual refere-se à extubação acidental, percebe-se algumas possíveis falhas no cuidado. No entanto, sabe-se que em pesquisas avaliativas sobre a qualidade do cuidado em saúde, a taxa de extubação acidental é considerada um indicador de qualidade (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012).

Apesar da relevância clínica, visto que a extubação não programada trata-se de uma ocorrência grave, pois pode trazer consequências como edema de glote e insuficiência respiratória, são escassas as pesquisas brasileiras de boa qualidade metodológica sobre a aspiração endotraqueal em recém-nascidos, não permitindo a elaboração de um consenso nacional e nem a padronização desta prática (BECCARIA et al., 2009; GONÇALVES; TSUZUKI; CARVALHO, 2015). Esta última pesquisa evidenciou ainda que em determinados serviços no Brasil, a prática da aspiração endotraqueal segue critérios baseados na rotina institucional ou na própria experiência individual do profissional, o que maximiza o risco de complicações (GONÇALVES; TSUZUKI; CARVALHO, 2015).

Há outras possíveis falhas na assistência relacionadas à extubação não programada.

Um estudo sobre eventos adversos em UTIN indicou que 38% dos casos de extubação acidental estavam relacionados à obstrução mecânica por rolha de secreção, configurando aspiração endotraqueal realizada de modo insuficiente (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012). Outra pesquisa ainda relacionou tal evento com a realização de radiografias no leito, sem o devido cuidado (DUARTE et al., 2015).

O risco de extubação não é o único associado à ventilação mecânica. Um estudo que realizou a análise comparativa entre dois tipos de sistema de aspiração traqueal em RN identificou que a ventilação mecânica e seus respectivos procedimentos invasivos estão relacionados a diversas alterações bioquímicas, fisiológicas e comportamentais, demonstrando ainda que fatores como a dor e o estresse podem induzir a instabilidade clínica do recém-nascido e, por vezes, um prognóstico adverso (PAULA; CECOM, 2010).

Ampliando a análise sobre as preocupações relacionadas à ventilação mecânica, uma das participantes destacou ainda o receio quanto às possíveis lesões decorrentes da fixação do CPAP. Nesse sentido, um relato de caso publicado por enfermeiras atuantes na UIN pesquisada determinou que a dimensão da pronga e o método inadequado de fixação da mesma são aspectos potencializadores para a ocorrência de lesões no septo nasal, como escoriação na pele ou necrose tecidual (NUNES et al., 2012).

Pesquisa sobre prevenção de lesões de pele em RN discorre sobre a importância da realização de exame minucioso nas áreas consideradas de risco, além de sugerir a utilização de curativos protetores à base de poliuretano, silicone ou outros materiais (SANTOS; COSTA, 2015). Na unidade de estudo, foi possível observar a utilização de curativo à base de hidrocolóide, juntamente com compressa aluminizada para traqueostomia, a fim de minimizar o atrito entre pronga e septo nasal. Em relação à proteção quanto ao modo de fixação, por vezes, se aplica o mesmo curativo de hidrocolóide nas regiões de contato com o elástico.

A subcategoria *O bebê entra sem problema e depois...* é a última dessa primeira grande categoria e está relacionada ao risco de infecção na UIN. Os acompanhantes verbalizaram tais preocupações, conforme evidenciado abaixo:

O que eu acho assim é que às vezes o bebê entra sem problema algum e acaba adquirindo uma bactéria, uma coisa assim né? [...] Claro, eu sei que ele está sendo bem tratado, mas eu não vejo a hora de sair porque eu tenho medo que ele pegue alguma coisa que ele não tem (M8)

Porque tem pai que entra e sai com os aventais, vão para dentro dos quartos, não lavam as mãos direito, são coisas que os técnicos estão ali envolvidos com as crianças, não veem, mas a gente que está sentado do lado deles, a gente enxerga. [...] E aí tem uns que entram e saem para a rua e mexem em telefone, daí eu acho errado isso. Entrar para dentro do quarto assim. (M9)

O acontecimento de infecções hospitalares pode ser considerado um processo multifatorial. Uma revisão integrativa da literatura sobre o assunto indicou como possíveis causas a estrutura física, o dimensionamento insuficiente dos profissionais de saúde, a ausência de limpeza das embalagens utilizadas pela equipe de nutrição, a superlotação da UIN e a falta do cumprimento da higienização, seja ela terminal ou concorrente, o que pode acarretar em alta taxa de mortalidade no setor (SHIMABUKURO; FERREIRA; FELDMAN, 2015). Outra justificativa encontrada para os casos confirmados de infecção está relacionada ao grande fluxo de visitantes e a longa permanência dessas pessoas na UIN (CUNHA et al., 2014).

Na UIN pesquisada, é rotina a utilização de aventais pelos acompanhantes ao ingressar no setor. Neste sentido, a preocupação exposta no segundo relato sobre o uso de equipamento de proteção individual (EPI) está em conformidade com os achados descritos na literatura. Pesquisa recente identificou que, apesar da sinalização através de cartazes, o uso equivocado do EPI ainda é considerado um dos erros mais frequentes na assistência ao paciente em terapia intensiva (DUARTE et al., 2015).

5.3 ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

O processamento das informações detectou ainda 196 referências relacionadas a estratégias para a segurança do paciente, ou seja, ações e rotinas implementadas pela equipe multiprofissional com o objetivo de garantir um cuidado em saúde seguro. A análise permitiu identificar que os 23 acompanhantes referiram pelo menos uma estratégia, independente da circunstância de cuidado.

Na subcategoria *Aqui não é lugar de visita*, a supervisão referente ao acesso dos próprios acompanhantes e/ou dos visitantes por meio da porta de entrada da UIN aparece novamente, porém, agora como uma importante estratégia implementada para a segurança da criança. Os trechos a seguir ilustram esse ponto:

Eles (os profissionais) têm uma série de regras de segurança. [...] Então não é qualquer pessoa, qualquer um que pode entrar para ver, e essa segurança eu acho extremamente importante, esse bloqueio aí: "Não, não pode entrar". Aqui não é lugar de visita, visita é lá no quarto, aqui é o lugar onde a criança tem que ficar tranquila, são poucas as pessoas que podem entrar. [...] Então essa segurança é que eu acho, para mim, importante porque eu posso não estar aqui, mas eu sei que não vai entrar outra pessoa aqui. (M3)

Se tem alguém mais estranho assim, elas perguntam quem é. Eu acho que isso que vale, né? Principalmente com bebê, bebezinho pequeno. Para ninguém estranho entrar, porque a gente vê nas notícias assim, nem em hospital, às vezes, tem segurança, né? (M4)

Eu acho que esse horário (de visita) de meia hora também, onde não tem muita movimentação de pessoas, né? Para proteger cada paciente ali dentro. (P11)

Eu acho que aqui a porta, que só entram os responsáveis, que não pode entrar ninguém fora dos horários de visita. Enfim, porque é muito importante, né? Nunca se sabe o que a pessoa vai vir fazer (risadas). (M13)

Eles (profissionais de saúde) sempre perguntam, qualquer um que entra na visita, eles sempre estão perguntando quem é, se é parente. [...] Eles anotam na ficha do bebê. Tudo que acontece é anotado ali, né? Se teve visita, o horário que entrou, o horário que saiu, tudo! [...] É desde lá de baixo (recepção do hospital) assim, né? Tem os seguranças, tu tens que ter o crachá, tu tens que te identificar lá embaixo, tem que mostrar os documentos. (M17)

Mas só o fato de não poder entrar com celular, essas coisas assim, para mim é importante porque eu não queria fotos dele divulgada ali, né? (M20)

Um estudo transversal realizado em 15 países sobre o ingresso das famílias em unidade de internação neonatal concluiu como um eixo básico para a atenção humanizada neste cenário o livre acesso dos pais, porém, se verificou que um elevado percentual de unidades ibero-americanas ainda não disponibiliza tal acesso (MONTES BUENO et al., 2015). Em oposição, na unidade pesquisada, mãe e pai têm acesso liberado nas 24 horas do dia, sendo que para os demais integrantes da família e/ou pessoas significativas há um horário pré-determinado.

Ainda sobre o horário de visita aos pacientes na unidade neonatal pesquisada, outro aspecto significativo para os acompanhantes se trata da restrição desses horários. Pode-se inferir que os pais consentem o reduzido período de 30 minutos e, conseqüentemente, o rigoroso controle do fluxo de pessoas.

De modo geral, percebe-se que os participantes da pesquisa aprovam o regramento quanto às normas de acesso que abrangem desde a recepção central da instituição, onde deve ser apresentado um documento com foto para adquirir um crachá de visitante, até a porta da UIN, a qual permanece fechada, sendo aberta somente após a identificação via interfone. A utilização de portas com acionamento por campainha de chamada e/ou câmeras é considerado um acréscimo para a segurança do paciente (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2011).

Entre as justificativas para tal posicionamento, foi possível identificar nas falas dos acompanhantes o receio da entrada de pessoas estranhas e/ou indesejadas. Esse temor baseia-

se no reforço negativo quanto ao tema promovido pelos meios de comunicação e ainda está associado à divulgação de imagens do recém-nascido através de telefone celular.

Em relação à subcategoria *Tudo é muito bem conversado*, os participantes da pesquisa também relataram como uma estratégia para a segurança da criança na unidade neonatal a comunicação, seja entre profissional de saúde e acompanhante ou entre os próprios integrantes da equipe multidisciplinar. As declarações exemplificam esse aspecto:

Tudo que é feito, eu vejo que é tudo muito bem conversado, muito bem avaliado pela equipe, é muito bem discutido e mesmo assim passado para mim e aí é que nem as gurias (técnicas de enfermagem) dizem: "Tu tens o poder de dizer: sim, a gente vai fazer isso com o meu filho; e não, esse procedimento nesse momento, eu acho desnecessário". (M1)

Pedem para a gente sair da sala para poder fazer um procedimento, avisam a gente "Olha, esse procedimento é meio dolorido para ela, tu vais querer olhar?". Então, isso para mim é muito importante, elas informam a gente das coisas, tu não ficas no ar, entendeu? (M3)

Então ele (médico) nos passa aquela segurança, aquela coisa que todo o pai e toda a mãe quer ouvir né? "Teu bebê está bem, pode ir para casa tranquila". (M7)

Hoje eu dei banho, ela (técnica de enfermagem) me ensinou tudo direitinho. (M13)

Sempre quando a gente chama a médica, ela responde. Quando eu fui para casa, semana passada, liguei duas vezes, eles me passaram as informações, sabe? (M14)

Eles (os profissionais) nos explicam tudo assim, até foi marcado uma reunião amanhã com a gente para explicar como é que vão ser os procedimentos depois no bebê. (M16)

Eles tão sempre em contato, os enfermeiros, os médicos tão sempre em contato entre si, né? (P16)

A comunicação é de extrema relevância para o desenvolvimento adequado das atividades dos profissionais integrantes da equipe de saúde, visando à disseminação de uma informação padronizada (MASSOCO; MELLEIRO, 2015). Ressalta-se que tal comunicação pode ocorrer verbalmente por meio da passagem de plantão e/ou dos *rounds*, ou ainda de modo escrito por meio da utilização de um prontuário único para o paciente. Para os casos de transmissão de informação entre os profissionais da equipe de modo verbal, via telefone, por exemplo, se recomenda a adoção da descrição e da leitura da situação, sendo esta uma conduta preconizada pela *Joint Commission International* (JCI), visando eliminar os erros (FRANCISCATTO et al., 2011).

Percebe-se por meio de alguns dos relatos apresentados que os acompanhantes valorizam o diálogo com os profissionais de saúde, e a partir dele, sentem-se seguros e

empoderados frente às condutas terapêuticas implementadas, e ainda referem tranquilidade para ir para casa descansar. Tal fato corrobora com resultados obtidos em uma pesquisa sobre as percepções de pais de recém-nascidos em UTIN, a qual afirma que as informações transmitidas aos pais diminuem o nível de ansiedade dos mesmos e aumentam seu contentamento, o que as torna fundamentais neste contexto (FRIGO et al., 2015).

Dentre as falas, é possível identificar que uma das acompanhantes ainda ressalta a importância da disponibilização de informações por contato telefônico. No entanto, esclarece-se que nesta UIN tais informações são exclusivas a pais e mães, além de contemplarem algumas situações, como condições de sono e aceitação de dieta, sendo que em informações mais complexas, como detalhes de uma intercorrência, prioriza-se a presencialidade dos pais na unidade.

Uma pesquisa recente considerou a comunicação entre equipe de saúde e acompanhante como uma forma de subsidiar orientações para os cuidados a serem realizados no âmbito domiciliar, espaço no qual os pais não possuirão auxílio profissional (WEGNER, 2011). Em consonância a esses resultados, esta pesquisa identificou por meio de consulta ao prontuário eletrônico, na aba Conduta de Educação, as quais foram confirmadas por algumas declarações, orientações quanto à segurança da criança, envolvendo a higienização das mãos, a prevenção de quedas, o gerenciamento da dor, as técnicas de amamentação e o esgotamento das mamas.

Na subcategoria *Prestação de serviço com excelência*, questões como a estrutura ofertada, o quantitativo adequado de profissionais de saúde e suas respectivas experiências e qualificações foram citadas pelos participantes do estudo como significativas para a segurança da criança hospitalizada. Os depoimentos evidenciam isso:

Eu já peguei várias equipes e é engraçado porque as equipes são diferentes, mas os métodos são os mesmos, é como se fosse [...] O mesmo treinamento assim. É muito interessante, sabe? (M3)

Tudo assim, fazem tudo certinho, tem horário para tudo, horário para mamar, elas não param assim. (M4)

Só em ter esse banco de leite aqui é uma outra história. (M7)

A equipe é bem comprometida, eu acho que o pessoal é além de comprometido, tem bastante experiência. (M10)

Uma coisa que eu identifiquei, achei muito legal. O meu bebê, ele está pelo plano (de saúde privado), mas os coleguinhas dele da sala não estão e o atendimento é o mesmo. [...] Um padrão de um hospital que se eleva a um nível de padrão (referência a instituições privadas), entendeu? Um hospital público! [...] Uma prestação de um serviço, um cuidado de uma UTI com mais excelência. Estão os três técnicos, uma

enfermeira por sala, daí na porta está o médico, né? Um procedimento muito imediato. (P11)

Quando uma sai da sala, para fazer alguma coisa, a outra já fica observando, né? (M15)

Como ele está passando de estágio, evoluindo, elas (enfermeiras) vão até retirando ele dos locais onde está mais grave para uma sala mais intermediária. (M16)

Alguns acompanhantes apontaram a estrutura ofertada pela instituição como mais um fator de proteção à criança hospitalizada. Pode-se perceber que a classificação das enfermarias por complexidade do quadro clínico do paciente e a disponibilidade de um Banco de Leite Humano (BLH) para esgotar das mamas estão entre esses fatores.

Em relação ao BLH, uma acompanhante, que já possuía experiência nesta mesma UIN, enfatizou a importância desse serviço. Relaciona-se esse depoimento ao fato de que durante a hospitalização de um filho em UTIN, as mães compreendem que o único modo de auxiliar na recuperação da criança é através do leite materno, sendo este considerado uma forma natural de proteção, além de ser uma intervenção eficaz e econômica para reduzir a morbidade e a mortalidade infantil (FRIGO et al., 2015).

Considerando os 50 leitos disponíveis para internação, a unidade em estudo conta, por turno de trabalho, com, aproximadamente, sete enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem e, no mínimo, três médicos neonatologistas rotineiros, além dos residentes, dos acadêmicos e dos demais profissionais, como nutricionista e fisioterapeuta. Nesse sentido, o quantitativo adequado de trabalhadores foi valorizado pelos acompanhantes entrevistados, ao contrário do que foi observado em uma pesquisa semelhante realizada em unidades pediátricas, onde o número insuficiente de profissionais foi uma reclamação constante nos discursos das cuidadoras (WEGNER, 2011). No entanto, estudos afirmam que o dimensionamento adequado dos profissionais em relação à carga de trabalho tem associação direta com a qualidade e com os resultados da atenção, especialmente em neonatologia, evidenciando um fator de impacto para a segurança desses pacientes (TOMAZONI et al., 2014; CAVALCANTE et al., 2015; MONTES BUENO et al., 2015).

Ainda sobre a dinâmica da equipe de saúde e sobre as rotinas da unidade neonatal, é possível inferir sobre a relevância de garantir recursos materiais apropriados e recursos humanos capacitados. Sendo assim, a assistência segura ao recém-nascido de risco deve ser estruturada e planejada, contemplando além de profissionais em número suficiente, a capacitação da equipe, uma planta física adequada e o controle da manutenção dos

equipamentos, objetivando suprir as necessidades de saúde desse grupo específico de pacientes (DUARTE et al., 2015; MARTINS et al., 2015; ROCHA et al., 2015).

De um modo geral, na subcategoria *Cuidado com amor*, a realização de procedimentos e a prestação de cuidados com atenção e empatia foram outras questões levantadas pelos participantes como estratégias para a segurança da criança hospitalizada, como exemplificado nos relatos abaixo:

[...] eu vi um vermelhinho no braço dela, e eu disse "Olha aqui, está vermelhinho", aí ela (técnica de enfermagem) foi olhar e viu que (o acesso venoso) estava fora do lugar, já arrumou, não deixou para depois, já chamou a enfermeira, então as coisas estão bem rápidas assim. [...] Por mais que teu filho esteja ali junto com outras crianças, que eles (profissionais de saúde) tenham que atender todas as crianças, eles conseguem achar um segundo para te dar aquela individualidade e eu acho isso muito importante, muito! Tanto quanto a segurança das crianças. (M3)

[...] elas (técnicas de enfermagem) estão sempre fazendo alguma coisa, tão sempre verificando o bebê, se o bebê chora, elas já vão lá verificar, elas não deixam o bebê muito tempo chorando. (M4)

Cuidam muito bem dele e tratam da melhor forma possível. [...] Ele tem sido bem cuidado e tem segurança, né? Elas fazem como se fosse o bebê filho delas, né? Como uma mãe. (P7)

[...] ele saiu da incubadora agora, daí eu tinha deixado só um cobertorzinho, aí eu cheguei já tinha mais um, aí eu só entrei na sala, ela me falou "Botei mais um para aquecer mais" (M9)

Que nem agora, "Ela mamou a recém, não pega no colo", mais cuidados de enfermagem assim mesmo, bem específicos. (M10)

O cuidado com a sonda que ele está usando, é sempre um cuidado, o procedimento bem cuidadoso que elas têm. Então, qualquer coisinha, erro, elas já avaliam, já tiram, já recolocam para evitar um futuro, né? Complicação para ele. (P19)

Porque eles (profissionais de saúde) dão toda a atenção, eles estão todo tempo cuidando, entendeu? Eu posso ir para minha casa tranquila que eu sei que tem uma equipe que está cuidando. Elas não cuidam só como profissional, elas cuidam com amor, com atenção. (M20)

A partir das declarações, é possível inferir que os acompanhantes reconhecem, neste cenário, a humanização da assistência. Sobre este tema, pesquisadores denominam essa prática como a compreensão e a valorização da excelência do cuidado avaliado sob o aspecto técnico, considerando questões (inter)subjetivas do profissional e do paciente (SPIR et al., 2011).

Neste contexto, a equipe de enfermagem, pelo desempenho de suas atividades com maior proximidade do usuário e de sua família, possui função primordial. Um estudo sobre a humanização em unidade de terapia intensiva identificou que há uma preocupação por esses

profissionais em prestar assistência por meio da adoção de condutas técnicas, mas também há a solicitude em proporcionar suporte emocional nos momentos delicados (SOARES; REIS; SOARES, 2014). Desta forma, enfatiza-se que o cuidado não se associa somente a realização de procedimentos, mas também à importância direcionada ao acolhimento (CUNHA et al., 2014).

Como já discutido, a assistência à saúde envolve inúmeros fatores. Nesta lógica, uma pesquisa sobre as contribuições da enfermagem para o cuidado seguro evidenciou que o exercício profissional da enfermagem deve estar centralizado no cuidado, o qual é respaldado pelo conhecimento, pelo diálogo e pela construção de relações interpessoais adequadas, além de ser embasado em condutas e habilidades para a promoção de um ambiente seguro (CAVALCANTE et al., 2015).

Na subcategoria *Cuidado com amor*, ainda foi possível observar que a identificação do paciente, ao contrário de resultados alcançados em outras pesquisas, foi citada como estratégia para a segurança do paciente por apenas duas participantes deste estudo, sendo que uma delas afirmou que “*Quem não chama pelo nome não cuida, né?*” (M7).

Apesar de ser uma das metas a ser alcançada pelos estabelecimentos de saúde no processo de acreditação e considerando que a UIN pesquisada se encontra em uma instituição hospitalar reconhecida pela JCI desde novembro de 2013, é possível perceber a fragilidade desse ponto. Porém, visando tal reconhecimento e, com o objetivo de definir critérios e procedimentos para a identificação segura do paciente, buscando a participação de todos funcionários, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre elaborou o Plano de Identificação dos Pacientes, que estabelece critérios e responsabilidades para a correta identificação, de maneira a garantir que o enfermo receba o tratamento adequado conforme suas necessidades (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012).

Esse documento determina ainda aspectos como a cor da pulseira, os dados a serem utilizados como identificadores e algumas situações específicas. Visando à fácil identificação do enfermo, há a padronização do uso de pulseira laranja para paciente alérgico, amarela para paciente com risco de queda e branca para os demais pacientes (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012).

Ampliando a discussão sobre o Plano e sua aplicação na UIN, algumas especificidades previstas para este grupo de pacientes são discutidas. Nos casos em que não é viável o uso da pulseira, como os prematuros extremos, devido ao alto risco de lesão de pele, a pulseira deve ser fixada no espaço interno da incubadora, sendo este fato registrado no prontuário da criança

(HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012).

A despeito da relevância sobre o tema para a segurança do paciente, se percebe ainda relevante dicotomia entre teoria e prática. Na instituição pesquisada, conforme preconizado pela JCI, a conferência da pulseira é rotina obrigatória em caso de administração de medicamentos ou hemoderivados, coletas de sangue ou qualquer outro tipo de procedimento, sendo de responsabilidade de todos os profissionais de saúde e que pode ser compartilhada com os familiares (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012). Contudo, uma pesquisa sobre a adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente indicou que embora o uso da pulseira faça parte do cotidiano de alguns estabelecimentos de referência, de um modo geral, ainda não há a cultura de conferi-la antes da realização dos procedimentos, desconsiderando uma importante ferramenta para a prevenção de eventos adversos (HEMESATH et al., 2015).

Outro aspecto envolvendo a segurança e a identificação do paciente diz respeito ao controle dos pacientes hospitalizados e os seus respectivos leitos. No posto de enfermagem da UIN pesquisada, há um quadro com o dimensionamento de todos os leitos existentes, distribuídos de acordo com as enfermarias, onde há uma ficha do paciente, na qual estão descritos os mesmos identificadores registrados na pulseira da criança, além da indicação da equipe médica responsável pelo tratamento da criança. Este é um método de organização semelhante ao encontrado em um serviço de neonatologia em Portugal, que apresenta um quadro eletrônico, o qual informa os recém-nascidos hospitalizados e o número do berço, o que reduz expressivamente a possibilidade de troca (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2011).

Do mesmo modo que a identificação do paciente, aspectos relacionados à prescrição e/ou administração de medicamentos foram reconhecidos como estratégias para a segurança da criança por apenas duas participantes. Os relatos confirmam essa questão:

A segurança com o medicamento administrado. (M1)

E elas (técnicas de enfermagem) procuram dar (medicação subcutânea) num lugar e aí depois muda para outro, elas não dão perto, nem dão em cima, elas procuram outra dobrinha, na perninha, no bracinho, elas não dão umas em cima das outras, não. Elas têm um cuidado muito grande. (M7)

Sabe-se que a terapia medicamentosa envolve diversas etapas: a prescrição, a revisão e o aprazamento da mesma, a distribuição, o preparo, a administração e o monitoramento do paciente para avaliar a ação ou a reação ao fármaco (HARADA et al., 2012). Ainda é possível

acrescentar a essas etapas a checagem na prescrição.

Em relação à prescrição, a UIN pesquisada apresenta prescrição médica e de enfermagem eletrônica. Na prescrição médica, consta o nome do medicamento a ser administrado, a sua apresentação e a posologia; enquanto na prescrição de enfermagem, encontra-se, entre outros cuidados, o cálculo para diluição dos medicamentos, considerando as frequentes doses fracionadas.

Ainda é rotina na unidade o aprazamento pelas enfermeiras do turno da tarde, considerando que a vigência das prescrições inicia às 20 horas. Discutindo sobre a relevância do enfermeiro nesse processo, um estudo sobre a segurança na administração de medicamentos em pediatria ressalta que apesar de se preconizar a realização de técnicas mais complexas por enfermeiros, na prática diária percebe-se que os estabelecimentos de saúde atribuem iguais atividades a enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sem adequar o número de enfermeiros, o que pode acarretar em erros de medicação (HARADA et al., 2012). No entanto, tal situação não se confirma no setor pesquisado, onde o quadro de enfermeiros é adequado e a realização de alguns procedimentos é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro, tais como o preparo de medicamentos intravenosos de alto custo, a exemplo da prostaglandina E1.

Outras iniciativas podem ser implementadas para a minimização de falhas. Uma publicação sobre as metas internacionais de segurança do paciente afirma que é imprescindível que os eletrólitos de alta concentração sejam rotulados e armazenados de modo diferenciado, e que a sua localização seja apenas na farmácia ou em unidades onde são indispensáveis, visando evitar a administração errônea dessas soluções (FRANCISCATTO et al., 2011). Considerando que os eletrólitos são distribuídos em embalagens plásticas de cor marrom e armazenados em gavetas distintas, é possível afirmar que tais medidas foram observadas no cenário deste estudo.

Há ainda outros fatores relacionados ao processo medicamentoso e à segurança do paciente, como a monitorização da temperatura da geladeira, onde se armazenam alguns medicamentos, a rotulagem após abertura do frasco e, conseqüentemente, a vigilância quanto à validade. Estudos sobre a segurança do paciente em relação à administração de medicamentos recomendam ainda a utilização de bombas de infusão volumétrica para proporcionar maior controle das infusões endovenosas, o estabelecimento de método para dispensação de doses unitárias e em embalagens individuais, as quais apresentam rotulagem com informações completas (HARADA et al., 2012; ALVES et al., 2016).

Outras circunstâncias citadas como componentes para a segurança da criança hospitalizada em unidade neonatal estão relacionadas à prevenção de infecção. A partir delas, se construiu a subcategoria *Tem que lavar as mãos*, na qual as declarações contextualizam esse aspecto:

Muita gente chega suja da rua, eles não gostam que toque assim, eles preservam mais a criança, ainda mais um bebê que está na neonatal, né? (M4)

Elas levam muito a sério a coisa de não poder tocar, só ser pai e mãe, por exemplo. Tipo os avós vêm, eles querem tocar, eles não deixam, eu acho bom. [...] E limpar sempre as coisas, né? Tudo é descartado também, eu fico notando essas questões. (P5)

Essa questão de colocar a máscara para poder entrar ali na sala. A luva. A médica pede para a gente também, toda hora. (P12)

A questão da higiene, de estar sempre tudo esterilizado, isso eu notei. Os equipamentos, eu sou muito chata, então eu fiquei cuidando, né? Tipo, do termômetro ser de cada um, de cada um ter as suas coisinhas, né? Dos equipamentos estarem em bom estado, de ter os medicamentos tudo à mão, coisas assim. (M13)

A segurança dele que eu noto bastante assim é a parte de contaminação, além de tudo, eles cuidam bastante essa parte, né? Do uso do álcool, da limpeza, da higienização do berçário, do próprio berço dele, sempre limpo, sempre tranquilo. (P19)

Não pode tocar no bebê que está na neonatal, não pode entrar de qualquer jeito, tem que lavar as mãos, tem que se higienizar, se tiver com alguma tossezinha, tem que usar máscara, tem que usar luva, como no caso da (nome do bebê) agora, para a gente tocar nela só com luva, porque a gente não sabe o que ela tem. Então, eu acho isso de extrema importância. (M20)

Atualmente, há uma grande discussão sobre o processo de higienização das mãos. No entanto, uma revisão integrativa da literatura sobre a gestão e o impacto da limpeza hospitalar observou que são escassos os trabalhos científicos voltados ao controle de infecção em serviços de neonatologia (SHIMABUKURO; FERREIRA; FELDMAN, 2015). Cabe destacar ainda que há uma considerável lacuna entre a teoria e a prática, o que justificaria as baixas taxas de adesão encontradas em alguns estudos (BOTENE, 2013).

Entre os relatos apresentados, destaca-se a restrição ao toque no paciente exclusivamente à mãe e ao pai do neonato. Tal método adotado na unidade pesquisada está previsto em um artigo sobre propostas para a segurança do neonato hospitalizado, o qual sugere como uma importante estratégia, a implementação do manuseio mínimo, a fim de evitar o número de manipulações desnecessárias durante a hospitalização (BAÑUELOS et al., 2012).

Alguns acompanhantes ainda verbalizaram sobre orientações recebidas pelos profissionais de saúde, as quais foram confirmadas em consulta ao prontuário do paciente, quanto à utilização de avental, máscara e luvas em algumas circunstâncias. Esse cuidado também vai ao encontro da proposta de isolamento de pacientes com patologias infectocontagiosas e da restrição de acesso a pessoas com sintomas infecciosos (BAÑUELOS et al., 2012).

A utilização de insumos descartáveis, de materiais individuais, como termômetro e esfigmomanômetro, além da limpeza de superfícies também foi mencionada pelos participantes como uma estratégia para a segurança do paciente. Em relação a esse último aspecto, sabe-se que a utilização de métodos adequados, como a aplicação de produtos com ação bactericida, mas que não provoquem alterações fisiológicas nos recém-nascidos, pode promover a desinfecção das superfícies e contribuir na minimização de micro-organismos, com conseqüente maximização da segurança. (SHIMABUKURO; FERREIRA; FELDMAN, 2015).

Além dos fatores já apresentados, algumas precauções relacionadas diretamente aos procedimentos que envolvem o cuidado ao paciente estão associados ao controle de infecção. Um estudo sobre eventos adversos na assistência de enfermagem identificou a troca de circuito do respirador, a proteção plástica do ressuscitador manual, o registro da data de realização de curativo de cateter central, bem como a da abertura de equipos de soro e de dieta como boas práticas de higiene (BECCARIA et al., 2009). Todas essas ações são rotinas na UIN pesquisada.

Na subcategoria *Ambiente protegido*, o processo de avaliação do risco de queda e a implementação de medidas para evitar esse desfecho foram descritos como estratégia para a segurança do paciente por alguns participantes, de acordo com os relatos a seguir:

Elas (técnicas de enfermagem) só abrem a incubadora quando elas estão ali com tudo em cima. [...] Uma mão na (nome do bebê) e outra que vai pegando as coisas. (M3)

Elas (técnicas de enfermagem) vão pesar ele, elas enrolam ele num pano, elas não largam ele na balança de qualquer jeito. [...] As portas da incubadora estão sempre fechadas, tu estás na frente da incubadora, se tu sair, tu já tens que fechar a porta, elas alertam "Mãe, fecha a porta", "Mãe, não deixa a porta aberta". (M7)

Quando a gente abre a incubadora às vezes para alguma coisa, eles "Mãe, por favor, fica aqui do ladinho" [...]. Até quando vai para o colo, o modo como eles arrumam o bebê, tudo. Eles pegam, te alcançam, tudo, "Pegou, mãe? Conseguiu segurar?" (M18)

A partir dos relatos dos participantes, percebe-se a atenção dos profissionais de saúde, especialmente as técnicas de enfermagem, frente ao risco de queda da criança hospitalizada na UIN. Tal fato pode ser justificado pela cultura de segurança constituída a partir da implantação do Protocolo Assistencial de Quedas em Crianças, o qual contribui para a sistematização do cuidado prestado pela equipe multiprofissional, qualificando os processos na busca pela excelência da assistência (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014).

Neste documento disponibilizado pela própria instituição, dentre os serviços classificados como de risco, encontra-se a unidade pesquisada, sendo este o motivo pelos quais tais pacientes não faziam uso de pulseira de identificação diferenciada para risco de queda (cor amarela). A publicação ainda apresenta a caracterização do perfil das quedas registradas na instituição, sendo que as mais frequentes são as ocorridas no período noturno, localizadas no próprio quarto do paciente e na presença do acompanhante (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014). Esse perfil justifica o fato de que o processo de prevenção de quedas do berço deve ser um cuidado compartilhado entre equipe de saúde e família, configurando um elemento para a segurança da criança hospitalizada (WEGNER, 2011).

Nesse sentido, outros estudos sobre o tema encontraram resultados semelhantes. Duas pesquisas realizadas na região sul do Brasil identificaram que, nos lactentes, os tipos mais frequentes de quedas são as de berço/sofá, de colo e de carrinho de bebê, as quais estão, geralmente, associadas à falha de supervisão do adulto responsável pelo cuidado à criança no momento (MARTINS; ANDRADE, 2010; POLL et al., 2013).

Considerando que este tipo de evento pode gerar agravos, com consequências permanentes para a criança, a implementação de medidas preventivas torna-se fundamental. As declarações dos acompanhantes são compatíveis com as recomendações já descritas na literatura: manter as rodas de berço/incubadora travadas, assim como as laterais do berço aquecido e as portas da incubadora; realizar o transporte do paciente em berço ou carrinho com cinto de segurança afivelado; aconselhar o familiar que comunique ao profissional de saúde quando não estiver em condições de responsabilizar-se pelos cuidados; recomendar que o acompanhante não durma com a criança no colo; envolver o paciente em cueiro para pesar e para dar banho de imersão; fornecer orientações sobre medidas para prevenção de quedas, e realizar prescrição de enfermagem contemplando tais cuidados (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2014; MARTINS; ANDRADE, 2010; WEGNER, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo foi permeada por diversos desafios, tanto de ordem profissional quanto pessoal, sendo o principal deles, a dúvida entre permanecer ou alterar o objeto de pesquisa. A decisão em seguir esta ideia confirmou-se a partir do distanciamento da pesquisadora em relação ao cuidado direto ao paciente, porém com a necessidade da mesma em contribuir com a assistência em neonatologia, especialmente ao que tange a segurança da criança. Além deste, outro importante desafio vivenciado pela autora foi manter uma postura neutra frente às declarações de alguns acompanhantes.

Ao concluir esta dissertação de mestrado, algumas considerações tornam-se imprescindíveis, entre elas, a reflexão sobre as limitações encontradas durante a concretização deste estudo. Dentre as adversidades percebidas, destaca-se a dificuldade de realização das entrevistas, considerando o receio de alguns acompanhantes, visto a delicadeza e a complexidade do tema, além da necessidade dos mesmos em permanecer próximos ao paciente. Outra limitação enfrentada nesta pesquisa está relacionada à participação restrita de mães e pais das crianças hospitalizadas na unidade de internação neonatal, indicando a necessidade de novas investigações para a possível ampliação desta amostra.

A questão de pesquisa referente a como e em quais situações o acompanhante identifica preocupações e estratégias relacionadas à segurança da criança hospitalizada em uma unidade neonatal revelou que determinados aspectos foram identificados por alguns participantes como preocupações, ao mesmo tempo em que foram considerados estratégias por outros. Cabe ressaltar que algumas situações foram reconhecidas somente como estratégias. Além disso, se ressalta que os objetivos foram alcançados na proporção em que a análise das informações foi demonstrando suas evidências e proposições.

O processo de análise e de interpretação das informações resultou em duas categorias temáticas. A primeira categoria, sob o título de *Preocupações com a segurança do paciente*, descreve as inquietações dos acompanhantes relacionadas a possíveis riscos à segurança da criança hospitalizada na unidade neonatal. Esta grande categoria é composta por cinco subcategorias que contemplam aspectos sobre a falta de controle na questão de visitas; a disponibilidade insuficiente de informações; os problemas quanto a rotinas da unidade e à dinâmica da equipe assistencial; as falhas na realização de cuidados, como a extubação acidental e a presença de trombo; e o risco de infecção relacionada à assistência hospitalar.

A segunda categoria temática, intitulada de *Estratégias para a segurança do paciente*,

aponta, a partir do reconhecimento pelos acompanhantes, as ações implementadas pelos profissionais de saúde com o objetivo de garantir um cuidado seguro. Por sua vez, essa categoria constitui-se por seis subcategorias, que abordam questões sobre o rigoroso controle para acesso à unidade; a comunicação efetiva entre equipe multiprofissional e familiares; a prestação de serviço com excelência; a realização do cuidado com empatia; as precauções para evitar infecção; e a avaliação em relação ao risco de queda. Como já discutido, dentre as situações que foram identificadas exclusivamente como estratégias estão a adequada identificação do paciente e a implementação de medidas para a correta prescrição/administração de medicamentos.

Percebeu-se uma quantidade significativamente maior de referências que contemplem situações classificadas como estratégias do que em comparação às preocupações. A partir desse achado é possível inferir que, na unidade neonatal pesquisada, apesar de algumas inquietações, os acompanhantes sentem-se seguros em relação à assistência prestada à criança hospitalizada.

De um modo geral, algumas situações citadas estavam em conformidade com outros resultados já descritos na literatura. No entanto, outras podem ser consideradas inovadoras, como por exemplo, a preocupação dos acompanhantes sobre falta de clareza sobre o diagnóstico do paciente, à constante troca de plantões entre os profissionais e ao uso inadequado de aventais pelos próprios acompanhantes. Dentre as estratégias reconhecidas pelos participantes, destacam-se como novidades, a disponibilização de um banco de leite humano e a manutenção de um padrão de atendimento, independente da hospitalização ser pelo SUS ou por um plano de saúde privado.

Dessa forma, a realização deste estudo não esgotou o tema, pelo contrário, disparou novos questionamentos, tais como: a equipe de saúde reconhece/valoriza a atuação do acompanhante no processo de construção de um cuidado seguro? Por tratar-se de um estudo de caso, o qual foi desenvolvido com uma abordagem qualitativa, a análise das informações traduz uma faceta da realidade desta unidade de internação neonatal, ou seja, os resultados são representativos dos participantes deste estudo e do contexto onde a pesquisa foi realizada. Contudo, seria interessante a reprodução desta investigação em outros estabelecimentos de saúde, visando contemplar diferentes cenários.

Por fim, salienta-se como principais contribuições desta dissertação o reconhecimento da presença do acompanhante e a responsabilidade a ele atribuída durante a hospitalização, especialmente em uma unidade neonatal; a possível qualificação da assistência à criança

hospitalizada, a partir da adoção de condutas, pelos profissionais de saúde, em conformidade com as estratégias descritas pelos participantes; e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma cultura de segurança entre os envolvidos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC Nº 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC Nº 63**, de 25 de novembro de 2011. Dispões sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília, 2011.

ALMEIDA, M.F.P.V.; FIGUEIREDO, N.M.A. O cuidado centrado na família. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar da criança: práticas de enfermagem**. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2010. p. 151-161.

ALVES, K.Y.A et al. Segurança do paciente na terapia intravenosa em unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3714-3724, 2016.

BAÑUELOS, L.G.S. et al. Seguridad del neonato hospitalizado: aproximaciones y propuestas. **Enfermería Universitaria**, Cidade do México, v. 9, n. 2, p. 27-36, abr./jun. 2012.

BECCARIA, L.M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009.

BOTENE, D.Z.A. **Higienização das mãos que cuidam da criança hospitalizada: uma questão de segurança**. 2013. 94 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

BOUSSO, R.S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: visita aberta e direito do acompanhante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.377**, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.095**, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

CARMONA, E.V. et al. Percepção materna quanto aos filhos recém-nascidos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 788-793, set./out. 2014.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a pesquisa sobre segurança dos pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. vii-viii, 2010.

CAVALCANTE, A.K.C.B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, La Habana, v. 31, n. 4, out./dez. 2015.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M.O.H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 349-353, jul./set. 2012.

CUNHA, A.L.C. et al. Visita aberta em uma unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos visitantes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 45-51, jan./fev. 2014.

DADALTO, E.C.V.; ROSA, E.M. Vivências e expectativas de mães com recém-nascidos pré-termo internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 814-834, 2015.

DIAS, S.M.Z.; MOTTA, M.G.C. Significados da participação da família no processo de cuidado: uma percepção das enfermeiras. In: MOTTA, M.G.C.; RIBEIRO, N.R.R.; COELHO, D.F. **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e aos adolescentes**. Porto Alegre: Expansão Editorial, 2012. p. 173-197,

DIBAI, M.B.R.; CADE, N.V. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 86-90, jan./mar. 2009.

DITZ, E.S. et al. Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 17, n. 1, p. 45-55, 2011.

DUARTE, S.C.M. et al. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1074-1081, nov./dez. 2015.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. **A Segurança do recém-nascido em meio hospitalar**: relatório. Porto: ERS, 2011.

FIGUEIREDO, S.V. et al. Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 690-697, out./dez. 2013.

FRANCISCATTO, L. et al. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 482-486, 2011.

FRIGO, J. et al. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 58-68, 2015.

GAÍVA, M.A.M.; SOUZA, J.S.; XAVIER, J.S. A segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão de literatura. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 3, p. 928-936, mar. 2013.

GIRARDON-PERLINI, N.M.O. et al. Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI neonatal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 26-34, 2012.

GOMES, I.L.V.; CAETANO, R.; JORGE, M.S.B. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 84-90, jan./fev. 2010.

GONÇALVES, P.; KAWAGOE, J.Y. Pacientes pela segurança dos pacientes. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. p. 155-166.

GONÇALVES, R.L.; TSUZUKI, L.M.; CARVALHO, M.G.S. Aspiração endotraqueal em recém-nascidos intubados: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 284-292, 2015.

HARADA, M.J.C.S. et al. Segurança na administração de medicamentos em pediatria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 639-642, 2012.

HEMETASHI, M.P. et al. Avaliação e gestão da adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, p. 45-54, 2015.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. [**Casa de Apoio**]: apresentação. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/6695/1943/>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Plano de identificação dos pacientes**. Porto Alegre, 2012.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Protocolo assistencial de quedas em crianças**. Porto Alegre, 2014.

KANTORSKI, L.P. et al. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 173-180, jan./mar. 2012.

KIDO, R.Y.Z.; ALVARES, B.R.; MEZZACAPPA, M.A.M.S. Cateteres umbilicais em recém-nascidos: indicações, complicações e diagnóstico por imagem. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 1-9, 2015.

KIPPER, D.J. Limites do poder familiar nas decisões sobre a saúde de seus filhos: diretrizes. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 40-50, 2015.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. (Ed.) **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

LANZILLOTTI, L.S. et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 937-946, mar. 2015.

MARTINS, C.B.G. et al. Neonatos de risco: avaliação das famílias sobre os atendimentos em situações cotidianas e de alteração na saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 805-813, jan./mar. 2015.

MARTINS, C.B.G.; ANDRADE, S.M. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3167-3173, 2010.

MASSOCO, E.C.P.; MELLEIRO, M.M. Comunicação e segurança do Paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 187-191, abr./jun. 2015.

MELO, L.R.; PEDREIRA, M.L.G. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 180-185, mar./abr. 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MOLINA, R.C.M. et al. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 856-864, set. 2009.

MOLINA, R.C.M.; MARCON, S.S. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630-638, dez. 2009.

MONTES BUENO, M.T. et al. Acceso de las familias a las unidades de internación de Neonatología en Iberoamérica: una realidade a mejorar. **Anales de Pediatría**, Barcelona, 2015. No prelo.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C.J.G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 254-260, mar.-abr. 2011.

NUNES, C.R. et al. Método de prevenção de lesão nasal causada por CPAP em recém-nascido pré-termo: relato de caso. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 480-484, 2012.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2013.

ORSI, K.C.S.C. et al. Efeitos da redução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 550-555, 2015.

PAULA, L.C.S.; CECOM, M.E.J. Análise comparativa randomizada entre dois tipos de sistema de aspiração traqueal em recém-nascidos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 434-439, 2010.

PEDRON, C.D. **Unidade neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implantação e práticas de atendimento**. 2007. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

POLIT, D.F.; BECK C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLL, M.A. et al. Quedas de crianças e de adolescentes: prevenindo agravos por meio da educação em saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, p. 589-598, 2013.

QUADRADO, E.R.S.; TRONCHIN, D.M.R. Avaliação do protocolo de identificação do neonato de um hospital privado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 659-667, jul./ago. 2012.

QUIRINO, D.D.; COLLET, N.; NEVES, A.F.G.B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 300-306, jun. 2010.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Acordos básicos de cooperação na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. São Paulo, SP, 2009. 4 f.

REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013.

RIBEIRO, C.R. et al. Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 4, jan./mar. 2015.

- RIGOBELLO, M.C.G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.
- ROCHA, M.C.P. et al. Assistência humanizada na terapia intensiva neonatal: ações e limitações do enfermeiro. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 15, n. 40, p. 67-84, abr./ago. 2015.
- RODRIGUES, E.N.; OLIVEIRA, E.R.C; JULIÃO, A.M.S. Assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção do acompanhante. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 4, p. 39-49, 2014.
- SALES, C.A. et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidado familiar no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 736-742, 2012.
- SANCHES, I.C.P. et al. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 67-76, jan. 2013.
- SANTANA, E.F.M.; MADEIRA, L.M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 3, n. 1, p. 475-487, jan./abr. 2013.
- SANTOS, L.S. et al. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 473-478, 2013.
- SANTOS, S.V.; COSTA, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 731-739, jul./set. 2015.
- SCHATKOSKI, A.M. et al. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 410-416, jun. 2009.
- SHIMABUKURO, P.M.S.; FERREIRA, M.R.; FELDMAN, L.B. A gestão e o impacto da higiene hospitalar no serviço de neonatologia. **Journal of Infection Control**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 25-29, jan./mar., 2015.
- SILVA, G.A.P.L; SANTOS, J.M.; CINTRA, S.M.P. A assistência prestada ao acompanhante de crianças hospitalizadas em uma unidade de internação infantil: a opinião do acompanhante, contribuindo para a assistência de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 13-18, jul. 2009.
- SILVA, R.C.C. et al. Sentimentos das mães durante hospitalização dos filhos: estudo qualitativo. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 23-30, jul. 2010.
- SILVA, T.; WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 337-344, abr./jun. 2012.

SOARES, L.G.; REIS, M.R.; SOARES, L.G. Humanização na UTI: dificuldades encontradas para sua implementação um revisão integrativa. **Revista Voos Polidisciplinar Eletrônica**, Guarapuava, v. 6, n. 1, p. 70-86, jul. 2014.

SOARES, L.O.; SANTOS, R.F.; GASPARINO, R.C. Necessidade de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 644-650, out./dez. 2010.

SOUSA, L.D.; GOMES, G.C.; SANTOS, C.P. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 394-399, jul./set. 2009.

SPIR, E. G. et al. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1048-1054, 2011.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem em UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

TOMAZONI, A. et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 161-169, jan./mar. 2014.

VALERA, I.M.A. et al. Passagem de plantão em unidades de terapia intensiva pediátrica: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Niterói, v. 14, 2015.

VENTURA, C.M.U.; ALVES, J.G.B.; MENESES, J.A. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 49-55, 2012.

WEGNER, W. **A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil**. 2011. 156 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **More than words: conceptual framework for the International Classification for Patient Safety**. Geneva, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ethical issues in patient safety research interpreting existing guidance**. Geneva, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005**. Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006-2007**. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009**. Geneva, 2008.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de informações

Data da entrevista: ___/___/____

1. Caracterização dos Participantes:

DADOS DO ACOMPANHANTE
Código:
Parentesco com a criança:
Idade:
Anos de estudo:
Ocupação:
Renda familiar:
Situação conjugal:
Religião:
Experiência anterior em UTI:
Observações:

2. Roteiro da Entrevista:**2.1.1 Como está sendo para você a hospitalização deste bebê?****2.1.2 Como você percebe os profissionais cuidando do seu bebê?****2.1.3 O que você compreende como segurança do paciente?****2.1.4 Você identifica estratégias/preocupações com a segurança do seu bebê? Quais são elas? Quem são os responsáveis por essas ações?**

2.1.5 Em alguma situação ou procedimento realizado na unidade neonatal você identificou algo que pudesse colocar em risco a segurança do seu bebê? Conte para mim;

2.1.6 Você gostaria de relatar mais alguma situação?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADE NEONATAL: PARCEIROS PELA SEGURANÇA DO PACIENTE**, que tem como objetivo geral analisar como o acompanhante do bebê identifica questões relacionadas com a segurança da criança hospitalizada em uma unidade neonatal.

A realização desse estudo justifica-se pela necessidade de melhoria na comunicação entre os cuidadores e os profissionais envolvidos no cuidado à criança. Esta pesquisa poderá colaborar para o entendimento e a reflexão da equipe de saúde sobre a segurança do cuidado prestado ao bebê e sua família.

Se você aceitar participar desse estudo, você responderá algumas perguntas sobre o seu entendimento sobre a segurança da criança enquanto ela está internada na unidade neonatal. Também solicitamos sua autorização para consultar os dados registrados no prontuário do bebê, caso seja necessário complementar alguma informação sobre o tema desta pesquisa. A entrevista será realizada em local discreto, somente na presença do pesquisador e no próprio hospital, mas fora da Unidade de Internação Neonatal e tem duração prevista de 45 minutos. Gostaríamos da sua permissão para gravar a nossa conversa em gravador de voz, sabendo que ao final desse estudo, as gravações serão armazenadas por cinco anos sob responsabilidade da pesquisadora e depois serão inutilizadas.

Não estão previstos riscos a sua saúde ou do bebê pela participação da pesquisa, tendo em vista que serão realizadas apenas perguntas, mas poderá haver algum desconforto em responder às questões. Caso você se sinta constrangido(a) em responder alguma pergunta, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, ressaltamos que a não participação ou desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo para você ou a criança.

Não há benefício individual esperado pela participação, mas espera-se que possa contribuir para a qualificação dos cuidados em neonatologia, mediante o uso de medidas dirigidas para a segurança da criança hospitalizada e/ou seu familiar.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo relacionado aos procedimentos envolvidos.

Destacamos que em nenhum momento o seu nome ou do bebê serão divulgados. Os resultados deste estudo serão apresentados em eventos e revistas científicas de maneira agrupada.

Este projeto segue as normas de pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com Resolução Nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa, com a pesquisadora responsável, Professora Doutora Eva Neri Rubim Pedro ou com a Enfermeira Fernanda Araujo Rodrigues, na Escola de Enfermagem/UFRGS através do telefone (51) 33085171, ou através do e-mail fernanda.rodrigues@ufrgs.br. Você também poderá pedir esclarecimentos ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizado no 2º andar do HCPA, sala 2227A, ou pelo telefone (51) 33597640, de segunda-feira à sexta-feira, das 8h às 17h.

Declaro que entendi e estou de acordo com as informações deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual recebi uma via e outra será mantida pelas pesquisadoras.

Porto Alegre, ___/___/_____

Nome do bebê

Nome do Pesquisador

Nome do Responsável

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Responsável

ANEXO A – Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE- HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acompanhantes de crianças hospitalizadas em unidade neonatal: parceiros pela segurança do paciente.

Pesquisador: EVA NERI RUBIM PEDRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44959215.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.094.423

Data da Relataria: 03/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de Mestrado do PPGENF da UFRGS. A ocorrência de erros pode gerar consequências à saúde da pessoa hospitalizada, conforme Aigobello et al. (2012) e entre este grupo de pacientes, destacam-se as crianças. Em publicação que buscou padronizar os conceitos referentes à segurança do paciente, definiu-se como incidente o evento ou a circunstância que possa ter resultado em dano desnecessário e o evento adverso como um incidente que resultou em dano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Nessa perspectiva, entende-se a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Apesar de árdua tarefa, a inserção do acompanhante traz benefícios ao paciente, à família e à instituição. Contudo, o maior favorecido com a participação do acompanhante é o próprio paciente, nesta pesquisa, a criança hospitalizada em unidade neonatal. Estudos apontam que o familiar observa e analisa o modo como a equipe de saúde assiste a criança, sendo considerado um parceiro no processo terapêutico (MOLINA et al., 2009; MURAKAMI CAMPOS, 2011). Diante desses argumentos e de que a participação do familiar ainda não é totalmente explorada, conforme

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: AS

Município: PORTO ALEGRE

Tel: (51)359-7640

Fax: (51)359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE- HCPA / UFRGS



Continuação do Parecer: 1.094.423

referido por Dittz et ai. (2011), justifica-se a realização deste estudo e surge como questão de pesquisa: como e em quais situações o acompanhante identifica estratégias/preocupações com a segurança da criança hospitalizada em uma unidade neonatal? Portanto, o objetivo será analisar como o acompanhante identifica estratégias/preocupações com a segurança da criança hospitalizada em uma unidade neonatal. Para tanto, trata-se de uma pesquisa com abordagem teórico-metodológica qualitativa, com um desenho de pesquisa

denominado estudo de caso do tipo exploratório. Definiu-se como caso a ser estudado a figura do acompanhante da criança hospitalizada em unidade de internação neonatal. Serão incluídos na pesquisa os acompanhantes de crianças hospitalizadas a. no mínimo, cinco dias e no máximo cinquenta dias em unidade neonatal, a fim de possibilitar o tempo necessário para o conhecimento da rotina de cuidados ofertados; possuir idade maior ou igual a dezoito anos e apresentar condições emocionais e psicológicas para relatar sua vivência, ou seja, que não apresentem no momento da entrevista nenhuma situação que possa interferir no seu relato, como por exemplo, piora clínica importante do seu bebê, nas últimas 24 horas, situação familiar preocupante como perda de emprego ou outro fator significativo; e serão excluídos da pesquisa os acompanhantes de crianças que sofreram tentativa de aborto intencional e acompanhantes que não apresentem regularidade de visitas ou que permanecem pouco tempo na unidade neonatal. Para a coleta das informações serão feitas perguntas abertas, para que o participante possa responder utilizando suas próprias palavras, utilizando-se a técnica de entrevista semi-estruturada. Prevê-se a realização da entrevista em uma sala reservada, nas dependências do próprio hospital, porém externa à Unidade de Internação Neonatal. As informações, após o consentimento de cada participante, serão registradas com o auxílio de um gravador de voz digital e após, transcritas na íntegra. A análise das informações está prevista para ser realizada com o auxílio do software NVivo versão 10.0. Para tanto, as respostas apreendidas a partir das perguntas norteadoras e a caracterização dos acompanhantes, serão processadas através da técnica de análise de conteúdo do tipo temática (MINAYO, 2010).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar como o acompanhante identifica estratégias/preocupações com a segurança da criança hospitalizada em uma unidade neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os autores:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)359-7640

Fax: (51)359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE- HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1094.423

Possíveis Riscos:

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve alguma gradação de risco, salienta-se que este estudo pode ser considerado de risco mínimo, pois contempla todos os fatores preconizados: a intervenção não modifica o plano terapêutico; os dados não são identificáveis individualmente; é improvável o desvio da equipe das responsabilidades existentes; nenhuma situação indica a elevação do risco com a realização da pesquisa e não há outras características que sugiram um aumento do nível de risco, em comparação a não efetivação do estudo (BRASIL, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Contudo, poderão ocorrer implicações de ordem psicológica, considerando o possível desconforto em responder às questões. Portanto, caso o participante sinta-se inibido ou temeroso sobre a possibilidade de prejuízo ao cuidado da criança, lhe será garantido que o seu depoimento não interferirá na terapêutica do paciente, porém se assim mesmo ele desejar interromper a sua participação, será garantido o seu direito.

Possíveis Benefícios:

Salienta-se que os benefícios esperados superam os possíveis desconfortos, sendo o principal deles a qualificação da prática assistencial em neonatologia, mediante adoção de medidas que visem à segurança da criança hospitalizada e/ou seu familiar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é relevante e atual. Propõe perguntar aos acompanhantes como identificam as estratégias relativas a segurança dos pacientes. Será feita entrevista com 20 acompanhantes de pacientes em sala reservada previamente escolhidos tendo em vista critérios de inclusão das autoras. Os dados coletados serão analisados usando o software NVivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta Termo de compromisso para utilização de dados.
- Apresenta TCLE.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) O instrumento para entrevista inclui perguntas que vão além do objetivo da pesquisa. Revisar as questões do instrumento, restringindo ao tema a ser estudado, especialmente o item 2.1.3.

RESPOSTA PESQUISADORES: O instrumento para coleta de informações foi revisado pelas pesquisadoras e algumas questões reformuladas de acordo com o tema a ser estudado e com o

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: AS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359-7640 Fax: (513)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpaufrgs.br

HOSPITAL DE CLINICAS DE
PORTO ALEGRE- HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.094.423

objetivo do estudo. Foi anexado à Plataforma Brasil o novo instrumento para coleta de informações. O arquivo está nomeado como "Instrumento para Coleta Modificado".

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2) Os pesquisadores informaram que a entrevista será realizada em sala reservada. Esclarecer qual.

RESPOSTA PESQUISADORES: Considerando a necessidade dos acompanhantes em permanecerem próximos à criança, prevê-se a realização da coleta das informações em uma sala reservada, nas dependências do próprio hospital, porém externa à Unidade de Internação Neonatal. Para tanto, já houve comunicação com a chefia de enfermagem, a qual autorizou a utilização da sala 1122.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

3) Em relação ao TCLE:

O TCLE pode ser melhorado e a linguagem deve ser simplificada para garantir a compreensão dos participantes da pesquisa. Neste sentido, sugerimos que os pesquisadores realizem uma consultoria junto à UARP/GPPG (ramal 8304) para auxiliar na redação do mesmo.

RESPOSTA PESQUISADORES: O TCLE foi reformulado com uma linguagem mais simplificada, a partir do auxílio da UARP/GPPG, com o objetivo de garantir a compreensão dos participantes. Um novo instrumento para coleta de informações foi anexado à Plataforma Brasil. O arquivo está nomeado como "TCLE Modificado".

PENDÊNCIA ATENDIDA.

4) Anexar o termo de compromisso para utilização de dados com a assinatura dos pesquisadores.

RESPOSTA PESQUISADORES: O Termo de Compromisso para Utilização de Dados foi assinado pelas pesquisadoras e anexado à Plataforma Brasil. O arquivo está nomeado como "TCUD Modificado".

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 22/05/2015 e demais

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)359-7640

Fax: (513)359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE- HCPA /
UFRGS**



Continuação do Parecer: 1.094.423

documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

PORTO ALEGRE, 05 de Junho de 2015

**Assinado por: José
Roberto Goldim
(Coordenador)**

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)359--7640

Fax: (513)359--7640

E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

ANEXO B – Termo de Compromisso para Utilização de Dados



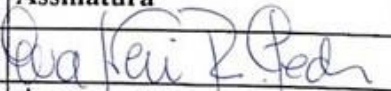
Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

	Cadastro no GPPG
ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADE NEONATAL: PARCEIROS PELA SEGURANÇA DO PACIENTE	15-0223

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ___ de _____ de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Eva Neri Rubim Pedro	
Fernanda Araujo Rodrigues	