

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**WILIAM WEGNER**

**A SEGURANÇA DO PACIENTE NAS CIRCUNSTÂNCIAS DE CUIDADO:  
prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil**

**Porto Alegre**

**2011**

**WILIAM WEGNER**

**A SEGURANÇA DO PACIENTE NAS CIRCUNSTÂNCIAS DE CUIDADO:  
prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil**

Linha de Pesquisa:

**Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem *stricto sensu* da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eva Neri Rubim Pedro**

**Porto Alegre**

**2011**

**Catálogo na publicação: Biblioteca da Escola de Enfermagem – UFRGS**  
**Ficha Catalográfica**

W412s Wegner, Wiliam

A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil – [manuscrito] / Wiliam Wegner. – 2011.

156 f.: il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Orientação: Eva Neri Rubim Pedro

1. Criança hospitalizada 2. Pessoal de saúde 3. Erros médicos 4. Segurança I. Pedro, Eva Neri Rubim II. Título

NLM

WS105.5.H7

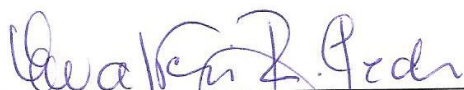
**WILIAM WEGNER**

**A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil.**

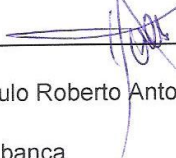
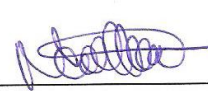
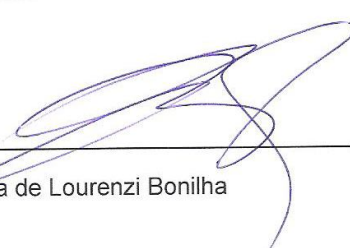

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 28 de março de 2011.

**BANCA EXAMINADORA**



\_\_\_\_\_  
Profa. Eva Neri Rubim Pedro  
Presidente da Banca – Orientadora  
PPGENF/UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Paulo Roberto Antonacci Carvalho  
Membro da banca  
UFRGS  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Neusa Collet  
Membro da banca  
UFPB  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha  
Membro da banca  
PPGENF/UFRGS  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Janete de Souza Urbanetto  
Membro da banca  
PUCRS



CANDIDO PORTINARI, Criança morta, 1944 ([http://www.portinari.org.br/IMGs/jpgobras/OAa\\_2735.JPG](http://www.portinari.org.br/IMGs/jpgobras/OAa_2735.JPG)).

**A todos os pais e famílias que perderam seus filhos/crianças em circunstâncias de cuidado causadoras de eventos adversos. Também aos profissionais e instituições que zelam pela segurança do paciente.**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pai e criador de todas as coisas por me oportunizar a vida, saúde e condições para a conclusão dessa etapa da minha trajetória existencial.

À minha esposa, Brenda Li dos Santos Wegner, pelo amor incondicional, paixão, cumplicidade, carinho, ternura, zelo, cuidado, por dar sentido e direcionamento a minha vida, ter participado e cooperado para o desenvolvimento da tese e por ser a futura mãe dos meus filhos.

Aos meus pais, Valdon Wegner e Lisane Wegner, pelos valores e incentivo a educação.

À minha amiga, orientadora, companheira de todas as horas, Eva Neri Rubim Pedro, pela sensibilidade, compreensão e carinho oferecido em todo o processo da minha formação profissional e pessoal, pela disponibilidade, paciência e sabedoria e por ser uma referência como pessoa e profissional.

À minha irmã, Lilian Wegner, pela torcida e apoio em todos os momentos.

Às minhas amigas e amigos do coração, quase irmãos, Daiane Dal Pai, Jefferson Silva Krug, Karina Azzolin, Elemara Frantz, Mário Frantz por me oportunizar momentos de alegria, diversão, afeto, corresponsabilidade e por potencializarem a conclusão dessa etapa.

Aos grandes amigos, Luccas Melo de Souza, Márcio Wagner Camatta, Cecília Pedron, Cláudia Capellari, Giovana de Moura, Clair Zamo, Lenir S. Cauduro, Fernanda Peixoto Cordova, pela amizade sólida e credibilidade.

Aos membros da banca examinadora por terem aceitado participar desse momento e por compartilhar suas experiências e conhecimentos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela excelência na formação de pesquisadores e docentes.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial, ao Serviço de Enfermagem Pediátrica e ao Serviço de Pediatria, por acolher a idéia da pesquisa e colaborar para a sua realização.

As enfermeiras, Vivian, Sandra, Sheila, chefes das unidades de internação 3º Leste, 10º Norte e 10º Sul por terem me inserido nos setores e colaborarem no processo de pesquisa.

Aos amigos e colegas professores da Escola de Enfermagem/UFRGS, Dulce Maria Nunes, Ana L. P. Cogo, Ana L. L. Bonilha, Cláudia Armellini, Ivana S. Karl, Maria da Graça C. Motta, Nair Regina Ritter Ribeiro, Jacó Schneider, Liana Lauter, Adriana Fertig, Simone

Algeri, Maria da Graça Crossetti pelo prazer de ensinar e por serem referências na minha formação.

Aos amigos e colegas do Centro Universitário Metodista IPA, Taise Braz Soares, Lisnéia Fabiani Bock, Jean Mauhs, Rosana Maffaccioli, Liciane da Silva Costa, Camila Utz Pessota, Cristine Kasmirski, Maria Élide Machado, Miriam Buogo por partilharem o desafio da formação profissional cotidianamente.

Aos participantes da pesquisa, acompanhantes/cuidadoras e profissionais da saúde pela disponibilidade e por terem compartilhado suas experiências.

Ao GEPEETEc, Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias, por me acolher como pesquisador e ser um espaço de discussão e produção do conhecimento científico.

À Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Pólo RS, pelo debate e preocupação com a segurança do paciente nos serviços de saúde do Rio Grande do Sul.

Aos meus alunos e ex-alunos, por me confiarem parte da sua formação e me desafiarem a persistir com os meus ideais.

À todos aqueles que de alguma forma ou de outra confiam no meu potencial, caráter, concepções e pressupostos.

“O mundo é um lugar perigoso de se viver,  
não por causa daqueles que fazem o mal,  
mas sim por causa daqueles que observam  
e deixam o mal acontecer”

(Albert Einstein, sd)



## RESUMO

A presente tese sustenta que as circunstâncias de cuidado predisõem a criança hospitalizada a eventos adversos nos cenários de atenção à saúde, o que interfere na segurança do paciente. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, cujos objetivos foram: identificar nos cenários de atenção em saúde as circunstâncias de cuidado que predisõem a criança hospitalizada a eventos adversos; analisar como as acompanhantes/cuidadoras e profissionais da saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado; descrever as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para o cuidado seguro; e analisar as circunstâncias de cuidado que culminam em eventos adversos sob a ótica da segurança do paciente. A investigação foi realizada junto a 15 acompanhantes/cuidadores e 23 profissionais da saúde das unidades de internação pediátrica de um hospital-escola da cidade de Porto Alegre/RS no período entre agosto e dezembro de 2010. A entrevista semiestruturada foi a estratégia utilizada para a coleta das informações, sendo submetidas à técnica da análise temática. Para a organização e o processamento do material empírico, utilizou-se o *software* QSR Nvivo versão 7.0. A pesquisa foi autorizada pelo CEP-HCPA e aprovada sob o número 100.085. A análise das informações evidenciou sete categorias temáticas: os eventos adversos identificados nas circunstâncias de cuidado pela acompanhante da criança hospitalizada; o cuidado seguro na ótica da acompanhante da criança hospitalizada; o papel da acompanhante na segurança da criança hospitalizada; hospital: cenário de segurança para a criança?; os eventos adversos na ótica dos profissionais da saúde; cuidado seguro: estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde; e por uma cultura da segurança do paciente: propostas educativas. As considerações finais enfatizam a necessidade de desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde e, em particular, da criança hospitalizada. Aponta-se a importância de transformações nas concepções dos profissionais da saúde sobre os eventos adversos a partir das circunstâncias de cuidado e a inclusão da acompanhante/cuidadora como parceira na segurança da criança hospitalizada, entre elas: fiscalização e vigilância da acompanhante; revisão e conferência permanente em qualquer intervenção do profissional; cautela e concentração na execução de procedimentos; o processo de comunicação efetivo profissional-acompanhante-criança; notificação dos erros; educação permanente em saúde como estratégia formadora; entre outras medidas. O estudo traz como principais recomendações as mudanças na cultura

organizacional das instituições de saúde para uma cultura de segurança, com ênfase no cuidado em saúde seguro e visão sistêmica na avaliação da ocorrência de eventos adversos.

**Descritores:** Segurança. Criança hospitalizada. Erros médicos. Cuidadores. Profissionais da saúde.

**Título:** A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil

## RESUMEN<sup>1</sup>

La presente tesis sostiene que las circunstancias de cuidado predisponen al niño hospitalizado a eventos adversos en los escenarios de atención a la salud, lo que interfiere en la seguridad del paciente. Se trata de una investigación de abordaje cualitativo del tipo de estudio de caso, cuyos objetivos fueron: identificar en los escenarios de atención en salud las circunstancias de cuidado que predisponen al niño hospitalizado a eventos adversos; analizar cómo las acompañantes/cuidadoras y personal de salud reconocen los eventos adversos en las circunstancias de cuidado; describir las estrategias utilizadas por los personal de salud para el cuidado seguro; y analizar las circunstancias de cuidado que culminan en eventos adversos bajo la óptica de la seguridad del paciente. La investigación fue realizada junto a 15 acompañantes/cuidadores y 23 personal de salud de las unidades de internación de pediatría de un hospital-escuela de la ciudad de Porto Alegre/RS en el período comprendido entre agosto y diciembre de 2010. La entrevista semi-estructurada fue la estrategia utilizada para la recolección de las informaciones, siendo sometidas a la técnica del análisis temático. Para la organización y el procesamiento del material empírico, se utilizó el *software* QSR Nvivo versión 7.0. La investigación fue autorizada por el CEP-HCPA y aprobada bajo el número 100.085. El análisis de las informaciones dejó en evidencia siete categorías temáticas: los eventos adversos identificados en las circunstancias de cuidado por la acompañante del niño hospitalizado; el cuidado seguro en la óptica de la acompañante del niño hospitalizado; el papel de la acompañante en la seguridad del niño hospitalizado; hospital: ¿escenario de seguridad para el niño?; los eventos adversos en la óptica de los personal de salud; cuidado seguro: estrategias utilizadas por los personal de salud; y por una cultura de la seguridad del paciente: propuestas educativas. Las consideraciones finales enfatizan la necesidad de desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones de salud y, en particular, del niño hospitalizado. Se señala la importancia de transformaciones en las concepciones de los personal de salud sobre los eventos adversos a partir de las circunstancias de cuidado y la inclusión de la acompañante/cuidadora como socia en la seguridad del niño hospitalizado, entre ellas: fiscalización y vigilancia de la acompañante; revisión y control permanente en cualquier intervención del profesional; cautela y concentración en la ejecución de procedimientos; el proceso de comunicación efectivo profesional-acompañante-niño;

---

<sup>1</sup> Tradução de Gustavo González Zeblis

notificación de los errores; educación permanente en salud como estrategia de formación; entre otras medidas. El estudio trae como principales recomendaciones los cambios en la cultura organizacional de las instituciones de salud para una cultura de seguridad, con énfasis en el cuidado en salud seguro y visión sintética en la evaluación de la ocurrencia de eventos adversos.

**Descriptor:** Seguridad. Niño hospitalizado. Errores médicos. Cuidadores. Personal de salud.

**Título:** La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil

## ABSTRACT<sup>2</sup>

This dissertation sustains that circumstances of care make the hospitalized child susceptible to adverse events in the contexts of health care, thus interfering with patient safety. The objectives of this case-study qualitative research are: to identify the circumstances of care present in health care contexts that make the hospitalized child susceptible to adverse events; to analyze how female accompanying persons/caregivers and health personnel recognize adverse events in the circumstances of care; to describe the strategies used by health personnel to ensure safe care; to analyze the circumstances of care that culminate in adverse events, focusing on the patient safety. Fifteen female accompanying persons/caregivers and twenty-three health personnel from a pediatric hospitalization unit of a school hospital in Porto Alegre/RS participated in this investigation, which was carried out from August to December, 2010. One strategy was used to gather information: semi-structured interview which were subjected to thematic analysis. QSR's Nvivo 7 software was used to organize and process empiric material. The research was authorized by CEP-HCPA and approved under the number 100.085. Information analysis evidenced seven thematic categories: adverse events in circumstances of care identified by the accompanying person of the hospitalized child; safe care in the viewpoint of the accompanying person; the role of the accompanying person in the safety of the hospitalized child; hospital: is it a safe setting for the child?; adverse events in the viewpoint of health personnel; safe care: strategies used by health personnel; for a safety culture of patient: educational proposals. The final considerations emphasize the necessity for development of a safety culture in health institutions and, in particular, a safety culture of the hospitalized child. The research points to the importance of transformations in how health personnel conceive adverse events that arise from the circumstances of care and from the inclusion of the accompanying person/caregiver as a partner for the hospitalized child safety. Some examples are: inspection and supervision of the accompanying person; review and permanent checking of any intervention carried out by the practitioner; cautiousness and concentration during the execution of procedures; an effective health personnel-accompanying person-child communication process; error notification; continuing education in health as an educational strategy; among other actions. The research strongly recommends changes in the organitional culture of health institutions

---

<sup>2</sup> Tradução de Vivian Nickel

for the benefit of a safety culture, with emphasis on safe care in health and on a systemic view in the evaluation of adverse events occurrence.

**Descriptors:** Safety. Hospitalized child. Medical errors. Caregivers. Health personnel.

**Title:** Patient safety in circumstances of care: prevention of adverse events in children's hospitalization

## **LISTA DE QUADROS / FIGURAS**

Quadro 01 – Categorias temáticas do processo de análise das informações	54
Figura 01 – Os quatro Cs da segurança do paciente	126

## **LISTA DE SIGLAS**

AAP – Academia Americana de Pediatria

APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais

CISP – Classificação Internacional para a Segurança do Paciente

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EPS – Educação Permanente em Saúde

GEPEETec – Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias

GPPG – Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

LLA – Leucemia Linfocítica Aguda

OMS – Organização Mundial da Saúde

SEPED – Serviço de Enfermagem Pediátrica

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

UIP – Unidade de Internação Pediátrica

UOP – Unidade de Oncologia Pediátrica

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

UTIP – Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>24</b>
3.1 O CUIDADO EM SAÚDE E A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA	24
3.2 A SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA E OS EVENTOS ADVERSOS	29
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>41</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO	41
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	43
4.3 PARTICIPANTES	44
4.4 TÉCNICAS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES	46
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	48
<b>A utilização do <i>software</i> QSR Nvivo na organização das informações empíricas da pesquisa qualitativa</b>	<b>51</b>
4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	53
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>55</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	55
5.2 OS EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS NAS CIRCUNSTÂNCIAS DE CUIDADO PELA ACOMPANHANTE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA	56
5.3 O CUIDADO SEGURO NA ÓTICA DA ACOMPANHANTE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA	68
5.4 O PAPEL DA ACOMPANHANTE NA SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA	77
5.5 HOSPITAL: CENÁRIO DE SEGURANÇA PARA A CRIANÇA?	83
5.6 OS EVENTOS ADVERSOS NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	91
<b>Ações dos profissionais da saúde frente ao evento adverso</b>	<b>105</b>
5.7 CUIDADO SEGURO: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	111
5.8 POR UMA CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PROPOSTAS EDUCATIVAS	123
<b>5.8.1 Educação para a segurança do paciente</b>	<b>127</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>134</b>
RECOMENDAÇÕES PARA ATENÇÃO, PESQUISA E ENSINO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE	140
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE A – Roteiro de pesquisa – acompanhantes</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de pesquisa – profissionais</b>	<b>152</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO A – Aprovação na COMPESQ</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO B – Aprovação no HCPA</b>	<b>156</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A temática da segurança e proteção da criança, seu acompanhante e suas implicações na área da saúde tem sido propulsora de pesquisas e publicações atreladas, principalmente aos erros de medicamentos e eventos adversos provocados pela atenção à saúde em contextos internacionais. No entanto, há poucos estudos que abordam o assunto e problematizam as inúmeras interfaces que a questão da segurança e proteção do usuário pode significar para a qualidade do cuidado em saúde<sup>(1-5)</sup>.

Na literatura e na prática cotidiana, reconhecem-se circunstâncias que relacionam os eventos adversos que culminam em erros na atenção em saúde. Isso tem gerado milhões de mortes no mundo inteiro. No ano de 2004, foi criada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo principal de mobilizar esforços globais na segurança do cuidado em saúde para todos os pacientes<sup>(2)</sup>.

Entende-se por segurança do paciente como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários durante a atenção à saúde. Já o incidente de segurança do paciente é o evento ou circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário para o paciente. Por outro lado, o erro é uma falha em realizar uma ação de planejamento como pretendido ou a aplicação de um plano incorreto, podendo manifestar-se pelo ato de fazer o procedimento errado (ação) ou pela falha em executar a ação correta (omissão), tanto no planejamento como na fase de execução<sup>(6-7)</sup>. Essas estratégias buscam evitar, prevenir e minimizar os resultados provenientes de eventos adversos decorrentes das práticas de atenção em saúde associadas ao cuidado<sup>(1,8-9)</sup>.

Os eventos adversos são injúrias causadas pelo cuidado do profissional da saúde por fatores não relacionados à doença de base do paciente, podendo prolongar a hospitalização ou modificar o tratamento proposto inicialmente<sup>(1,8-11)</sup>. É importante destacar duas características deste conceito: a primeira diz respeito à diferença entre a lesão ou o dano causado pelo cuidado e aquele causado pela evolução da doença de base; a segunda reforça que o agravo provém do cuidado prestado pela equipe de saúde<sup>(8)</sup>. A partir disso, estabelece-se uma relação conceitual entre erro e evento adverso, os quais são muitas vezes confundidos e/ou utilizados como sinônimos.

Proteção à criança é compreendida como a garantia de direitos e disposições estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por exemplo: facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade de

dignidade; garantia de acesso e atenção nos serviços de saúde; proteção à vida e à saúde, entre outros<sup>(12)</sup>.

Ao longo da minha trajetória profissional e acadêmica – como enfermeiro, docente e pesquisador na área de criança, adolescente e família –, vivenciei inúmeras circunstâncias relacionadas à segurança e à proteção destes usuários nos serviços de saúde. Algumas situações configuram-se como erros na prática, as quais representam eventos adversos advindos do cuidado em saúde.

Tenho observado que a atenção em saúde envolve inúmeras circunstâncias que podem comprometer a segurança da criança e do acompanhante. Os eventos adversos aguçam temáticas nos serviços de atenção à saúde, as quais são pouco discutidas e contextualizadas – por ser um assunto de difícil abordagem – e muitas vezes tratadas de forma velada pelos profissionais e até mesmo pelos usuários. Os atores envolvidos nesse contexto são vários (equipe de enfermagem, médica, fisioterapia, nutrição, serviço social, serviços de apoio, entre outros), e as circunstâncias são distintas e imprevisíveis (erros de prescrição, erros na administração de medicamentos, solicitação de exames indevidos, jejuns prolongados, procedimentos cirúrgicos não agendados previamente, burocratização do atendimento, inflexibilidade com o acompanhante, agressões verbais, desinformação etc.). A segurança da criança e de seu acompanhante/cuidador fica exposta a eventos adversos e/ou injúrias durante a atenção em saúde. Todas essas circunstâncias são mais evidentes no contexto da criança hospitalizada, principalmente pelas suas características de crescimento e desenvolvimento<sup>(1)</sup>.

Existe uma série de situações que são consideradas eventos adversos, entre elas: internações hospitalares prolongadas por motivos descabidos; NPO (Nada Por via Oral) prolongado e/ou desnecessário; realização de procedimentos sem preparo prévio, analgesia inadequada e poucas orientações aos pais; desrespeito à dignidade e à privacidade da criança (despi-la sem preparo prévio, ao realizar o exame físico); coletar sangue repetidas vezes e/ou de maneira desnecessária; rotinas hospitalares intransigentes e rígidas; participação limitada dos pais/acompanhantes no cuidado, entre outras. Identifica-se também que baixos níveis de coesão na equipe de enfermagem nas unidades pediátricas contribuem para o aumento de eventos adversos às crianças<sup>(3,13)</sup>.

Diante do exposto, percebe-se que a complexidade que caracteriza a atenção em saúde à criança hospitalizada apresenta uma diversidade de aspectos que podem potencializar os eventos adversos. Para tanto, é importante que todos os envolvidos no cuidado à criança conheçam e discutam os elementos que podem representar riscos na atenção em saúde. Acredita-se que as circunstâncias nos contextos de cuidado refletem situações comuns no

cotidiano hospitalar e, quando se desconsideram as situações, ou mesmo ações, essas podem comprometer a proteção e a segurança, tanto da criança como do seu familiar, sendo muitas vezes despercebidas por família, equipe e gestores. Neste estudo, consideram-se como circunstâncias de cuidado as ações realizadas por/para alguém no contexto de um serviço de saúde que caracterizam o atendimento e as intervenções realizadas pelos profissionais envolvidos.

A equipe de saúde – especificamente a de enfermagem – tem enorme responsabilidade na prevenção das complicações ocasionadas por eventos adversos na prática assistencial, sendo o enfermeiro um dos profissionais com competência e habilidade para monitorar as crianças que se encontram em situação de risco, além de conhecer e mapear indicadores de segurança do cuidado à criança. Esses indicadores têm como foco a avaliação da qualidade do cuidado prestado durante a hospitalização do paciente, mas sugere-se que existam avanços e vigilância nos medicamentos, procedimentos e dispositivos que frequentemente associam-se a injúrias médicas direcionadas ao público pediátrico<sup>(4)</sup>.

O contexto hospitalar caracteriza-se por macrocomplexidades que o diferenciam de outros níveis de atenção, em relação às tecnologias ou à equipe multiprofissional de trabalhadores que desenvolvem sua prática profissional nesse ambiente. Assim, percebe-se que o profissional de saúde costuma valer-se das relações de poder e dominação que caracterizam sua práxis em relação aos usuários do serviço<sup>(1,12-14)</sup>.

Tendo em vista minha prática profissional (o ensino, a pesquisa e o cuidado à criança, ao adolescente e à família), desafio-me a problematizar esse tema e contextualizá-lo frente à proteção da criança, do adolescente e da família, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e Adolescente. Desde a sua promulgação, têm sido trabalhadas a redução e a eliminação da violência nas formas de cuidar de crianças e adolescentes, mas observa-se sobretudo um distanciamento entre teoria e prática. Reforça-se a ideia de proteção integral, na qual não existe uma relação entre a sociedade civil e o setor saúde, direcionada a sensibilização social e construção da práxis de proteção integral à criança e ao adolescente<sup>(15)</sup>.

A segurança e a proteção da criança hospitalizada incorporam a noção de segurança no cuidado, o qual representa um desafio para área da saúde, principalmente pelas múltiplas interfaces que caracterizam as circunstâncias de cuidado. Entre elas, podemos classificar situações favoráveis e/ou limitantes na prática do cuidado em saúde. Deposita-se no profissional de saúde a responsabilidade no desenvolvimento das suas competências e habilidades necessárias para garantir a segurança e a proteção da criança hospitalizada. Entretanto existem momentos em que isso não acontece. Desse modo, questiona-se: em que

dimensão os profissionais da saúde preocupam-se com a segurança e a proteção da criança hospitalizada no cotidiano da sua práxis? Os profissionais (re)conhecem os eventos adversos advindos do cuidado em saúde? Como os profissionais da saúde compreendem os questionamentos relacionados à segurança e à proteção da criança hospitalizada? Crianças e famílias estão protegidas e seguras na hospitalização? Quais são as principais circunstâncias de cuidado que culminam em eventos adversos durante a hospitalização da criança e da família?

Um ponto importante é que nem todas as circunstâncias de cuidado refletem ações favoráveis à criança hospitalizada, sendo que algumas podem prejudicar a recuperação, interferir na evolução, prolongar a permanência ou elevar o risco de morte. Ainda não se sabe precisamente o quanto os profissionais envolvidos têm condições de controlar ou minimizar esses fatores, mas acredita-se que nem todos são causais. Percebe-se, na prática, que existe um processo de banalização por parte dos profissionais da saúde frente aos eventos adversos que emanam da sua atuação. Há, portanto, a necessidade de transformação dos cenários de cuidado sob o prisma da segurança, direcionados à proteção da criança como estratégia para minimizar os eventos adversos nas práticas de cuidado em saúde.

A questão de pesquisa que orientará o estudo é: como e por que as circunstâncias de cuidado predis põem a criança hospitalizada a eventos adversos, comprometendo sua segurança e proteção?

Esta proposta de estudo justifica-se à medida que se vivencia uma transformação mundial voltada para a segurança do paciente nos cenários de atenção em saúde. Percebe-se que o cuidado à criança hospitalizada necessita ser repensado, discutido e reorientado por todos os envolvidos, ou seja, os profissionais, as famílias, os gestores e a própria criança. Os eventos adversos que limitam ou até mesmo prejudicam a qualidade do cuidado – e mesmo a integridade e a vida da criança com um agravo na sua saúde – precisam ser investigados com a finalidade de garantir a segurança e a proteção na hospitalização, de modo a preservar também sua cidadania.

A Organização Mundial da Saúde recomenda cinco diretrizes para o desenvolvimento de cuidados em saúde seguros a partir da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente: avaliação e compreensão dos problemas de saúde não seguros; desenvolvimento de normas e estabelecimento de padrões para redução de danos; melhorar o acesso ao conhecimento, a utilização e a avaliação do impacto; promover a inovação; e manter os compromissos e reforçar a capacidade mundial para a segurança do paciente<sup>(2)</sup>. Essas prerrogativas básicas subsidiariam as mudanças em prol da segurança do paciente nos serviços de saúde.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente também incentiva a realização de estudos que contribuam para a qualidade do cuidado em saúde seguro. Dentre as recomendações, destacam-se quatro objetivos relacionados às pesquisas: medir a magnitude e o tipo de eventos adversos que causam danos ao paciente; compreender as causas subjacentes ao dano; identificar soluções para tornar o cuidado seguro; e avaliar o impacto das soluções em contextos de vida real. A partir desses objetivos está explícita, ainda, a necessidade de dar voz aos envolvidos – ou seja, os pacientes – para que eles participem das discussões e da formulação de soluções para os problemas relacionados aos eventos adversos e cuidado não seguro<sup>(2)</sup>. O presente estudo pretende, portanto, dar voz aos acompanhantes/cuidadores e aos profissionais da saúde, frente às circunstâncias de cuidado, além de discutir com os envolvidos o foco da segurança da criança hospitalizada.

O propósito deste estudo é contribuir com essas diretrizes e mobilizar gestores, profissionais e usuários dos serviços a repensar os modelos de organização dos processos de trabalho e as práticas de atenção em saúde.

A tese em que este estudo se apoia é que as circunstâncias de cuidado predisõem a criança hospitalizada a eventos adversos nos cenários de atenção à saúde, o que interfere na segurança do paciente.

Esta tese insere-se na linha de pesquisa *Cuidado de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família*, no eixo temático *Saúde do Recém-Nascido, Criança, Adolescente e Família*, buscando produzir conhecimentos teóricos e práticos sobre a segurança da criança hospitalizada a partir das circunstâncias de cuidado. O pesquisador faz parte do *Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETeC)*. Trata-se de um núcleo que vem discutindo e desenvolvendo investigações sobre essa temática em diversos contextos da saúde e educação.

A relevância da pesquisa enfatiza a necessidade de identificação, intervenção e prevenção dos eventos adversos durante a hospitalização da criança e a promoção da cultura da segurança, bem como a proteção nos cenários de atenção em saúde e nas circunstâncias de cuidado, além da transformação da práxis profissional.

## 2 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

- a) Identificar, nos cenários de atenção em saúde, as circunstâncias de cuidado que predispõem a criança hospitalizada a eventos adversos;
- b) Analisar como as acompanhantes/cuidadoras e profissionais da saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado;
- c) Descrever as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para o cuidado seguro;
- d) Analisar as circunstâncias de cuidado que culminam em eventos adversos sob a ótica da segurança do paciente.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Os subsídios teóricos que amparam a segurança e proteção da criança hospitalizada serão apresentados a seguir em dois capítulos, os quais discutirão o cuidado em saúde e a segurança do paciente.

#### 3.1 O CUIDADO EM SAÚDE E A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA

A hospitalização é um evento que traz representações para o desenvolvimento da criança, a qual está numa situação plena de experimentação e conhecimento frente ao mundo que se apresenta. O crescimento e o desenvolvimento da criança preveem que ela tenha plenitude em todas as etapas da vida e saúde, conjuntamente. Entretanto essa condição não é comum a todas as crianças.

Ao analisar-se os perfis de morbi/mortalidade infantil verifica-se que são multicausais e imprevisíveis em grande parte do mundo. As realidades tanto brasileira como a de muitos países emergentes são semelhantes em termos de indicadores de saúde. Independentemente da complexidade, os coeficientes de mortalidade infantil estão muito elevados e necessitam ter reduções significativas. Nesse sentido, a qualidade do cuidado à criança merece ser problematizada nos serviços de saúde pelos profissionais envolvidos.

Um estudo epidemiológico, cujo objetivo foi identificar – nos dados oficiais disponibilizados nos sistemas de informação do Ministério da Saúde – as causas de hospitalização de crianças de zero a quatro anos, no período de 1998 a 2007, com vistas a compreender quais grupos de causas têm levado as crianças à hospitalização no Brasil, mostrou uma heterogeneidade na morbidade entre as regiões do país. As principais causas de hospitalização infantil são as doenças do aparelho respiratório, seguidas pelas infecciosas e parasitárias, sendo consideradas causas evitáveis pela atenção primária. Porém as desigualdades socioeconômicas e a ineficiência de políticas e programas de saúde têm mantido estagnada essa realidade<sup>(16)</sup>.

As desigualdades nas condições de saúde foram evidenciadas em um estudo de revisão que descreveu essa realidade na criança com doença crônica nos Estados Unidos, no período entre janeiro de 1985 e maio de 2009. Os resultados demonstraram que as crianças negras



estão mais propensas a HIV/aids, paralisia cerebral, buscavam mais a emergência pediátrica e eram hospitalizadas com maior frequência, além de apresentarem maior taxa de mortalidade associada à asma. Entretanto tinham menores taxas de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), quando comparadas a crianças de cor branca. Já as crianças latino-americanas tiveram maiores taxas de HIV/aids, depressão, pior controle glicêmico em casos de diabetes mellitus tipo I e menor chance de cura de leucemia linfocítica aguda (LLA), quando comparadas às crianças norte-americanas de cor branca. Isso reforçou as desigualdades sociais entre os povos e a complexidade que caracteriza a saúde no mundo<sup>(17)</sup>.

Outro estudo, que comparou as internações e os gastos nos sistemas público e privado na cidade de Michigan (Estados Unidos), mostrou que as crianças não seguradas por planos privados de saúde internavam mais e os gastos por criança eram superiores ao das que tinham seguros de saúde privado. Os gastos com esse público ficam entre 310 e 402 milhões de dólares por ano<sup>(18)</sup>. As diferenças identificadas na saúde do sistema de saúde americano também são visíveis no Brasil, porém aqui existem outras preocupações como, por exemplo, a acompanhante da criança ou o familiar/cuidador.

A inclusão da família e/ou cuidadores no contexto da hospitalização ameniza parte do sofrimento da criança quando esta é retirada do seu ambiente de origem e privada de situações do cotidiano. A partir disso, também é identificado que a relação entre profissional de saúde e a família da criança apresenta lacunas no cuidado a esta. É necessário haver reciprocidade no cuidado da criança para garantir a integralidade da atenção<sup>(19)</sup>.

A hospitalização, quando necessária, é um dos primeiros eventos que a criança terá que enfrentar, principalmente porque nos meses iniciais de vida ela está mais vulnerável às doenças. A mudança na rotina familiar e de saúde pode ser um fator de estresse para a criança, pois ela inclui a separação, a perda de controle, as lesões corporais e a dor. As reações das crianças a essas crises têm influência do seu estágio de desenvolvimento, das suas experiências pregressas com a doença, da separação ou hospitalização, e das habilidades de enfrentamento inatas ou adquiridas<sup>(20)</sup>. A criança, durante a hospitalização, precisa de um tempo para se adaptar à nova realidade para poder seguir na sua trajetória.

A inclusão e a permissão do acompanhante/cuidador para a criança hospitalizada foi garantida mediante a lei com a promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente, no qual os pais ou responsáveis têm direito de permanecer em tempo integral com a criança em casos de internação<sup>(12)</sup>.

A mãe é a acompanhante/cuidadora mais presente na hospitalização infantil e ela tem se mostrado insatisfeita com esse papel social que lhe é imposto e cobrado, principalmente

pelas dificuldades que enfrenta quando se insere no ambiente hospitalar para cuidar do/a filho/a doente. Vários estudos têm discutido essa problemática e apontado possibilidades para amenizar o sofrimento, a falta de apoio e de políticas públicas, a rigidez das instituições de saúde e a invisibilidade que sofre a acompanhante durante a trajetória da hospitalização da criança<sup>(21-24)</sup>. Sabe-se que a presença da acompanhante/cuidadora é imprescindível na hospitalização infantil.

Um estudo qualitativo descritivo buscou entender a visão das crianças hospitalizadas sobre a internação, visto que esse momento pode tornar-se um evento traumático e estressante para a vida de qualquer. A pesquisa mostrou que a criança sente medo, raiva e tristeza, mesmo sabendo que a hospitalização pode trazer benefícios, como a possibilidade de voltar para casa, sentir bem-estar, brincar com outras crianças e ser ajudada pela equipe de saúde. As crianças consideram o hospital como um ambiente único que poderia ser divertido, mas também é ameaçador<sup>(25)</sup>.

O processo de hospitalização faz a criança e a família passarem por um período em que precisam de uma adaptação a uma nova realidade e a um momento diferente em suas vidas. De acordo com a teoria dos estágios cognitivos de Jean Piaget, a adaptação é um termo empregado para descrever como uma criança lida com novas informações que parecem conflitar com o que ela já reconhece ou sabe<sup>(26)</sup>. Nesse contexto, o mundo do hospital é algo estranho e extraordinário na sua trajetória existencial e de experimentação.

A adaptação compreende duas etapas: assimilação e acomodação. A primeira refere-se ao recebimento de uma informação nova, a qual posteriormente será incorporada às estruturas cognitivas existentes. A acomodação incorpora as mudanças na estrutura cognitiva para agregar um novo conhecimento. A equilibração é o movimento contínuo das estruturas cognitivas da criança para manter uma estabilidade frente às novidades. Nesse momento, ocorre a mudança da assimilação para a acomodação<sup>(26)</sup>. Na primeira hospitalização, a criança apresenta claramente essas manifestações, e é importante que a equipe de saúde tenha consciência disso, pois o caráter de novidade, descobrimento e experimentação contrasta com a ansiedade, o medo e o imaginário da criança. Por isso, é essencial que o processo de hospitalização seja significativo para a criança, no sentido de experimentar uma nova circunstância que tenha como objetivo restabelecê-la para o convívio familiar e social.

A hospitalização modifica o cotidiano da criança, pois ela é afastada dos pais e dos entes queridos que dela cuidavam anteriormente. A partir disso, elas se veem diante de uma equipe de saúde que assume parte dessas necessidades. Um estudo qualitativo realizado com crianças portadoras de doenças crônicas, em um hospital universitário na cidade de Porto

Alegre, apontou que o significado de cuidado para essas pacientes estava associado ao tempo e à paciência necessários para a compreensão das informações, receber carinho e amizade e estar junto dos que cuidam. Por outro lado, a pesquisa destaca que a restrição física imposta pela hospitalização (restrição ao leito, pouco espaço do quarto, não poder correr, entre outros), a restrição dos objetos (brinquedos, quarto, travesseiro, entre outros) e pessoas de apego foram os momentos mais difíceis durante o processo<sup>(27)</sup>. Isso reforça a importância de oportunizar momentos de escuta durante o cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde, para que a atenção em saúde seja significativa e positiva para a criança.

A realização de procedimentos é um evento que marca a hospitalização da criança, porque muitas vezes os membros da equipe de saúde têm limitada paciência para dialogar e explicar previamente as ações que serão desenvolvidas. Outra pesquisa de cunho qualitativo, realizada em um hospital público no município de São Paulo, objetivou conhecer as crenças e as ações da enfermeira pediatra em relação à autonomia da criança hospitalizada durante a realização de procedimentos terapêuticos. O estudo indicou que as enfermeiras são impositivas e ditadoras no momento de realizar os procedimentos, impossibilitando a participação da criança e da família. As enfermeiras consultadas consideraram a criança incapaz de participar e opinar sobre os procedimentos. Entretanto, entre aquelas que verbalizaram o quanto é importante haver a inclusão da criança e da família na realização dos procedimentos terapêuticos, foram observadas contradições entre o discurso e a prática. A omissão das informações é compreendida pelas enfermeiras do estudo como uma maneira de proteção da criança<sup>(28)</sup>. Tal omissão pode ser percebida como uma das circunstâncias de cuidado, predispondo a criança hospitalizada a eventos adversos, pois – ao não permitir que esta sinta e viva a experiência da internação como ela se apresenta – contradiz os pressupostos que caracterizam o cuidado centrado na criança e na família.

É importante o enfermeiro estar apto a reconhecer e identificar as situações de desconforto, culpa, medo e indignação que a criança vivencia ao longo da hospitalização e é oportuno estimular e encorajar a participação, agindo com atenção e paciência e explicando os passos gradualmente, do menos complexo ao mais difícil<sup>(28)</sup>.

O cuidar em saúde pode ser visto como o cerne da ação em saúde e parte da identidade profissional da enfermagem, mas ao mesmo tempo pode gerar sofrimento, devido à natureza desgastante e penosa do trabalho dos profissionais da saúde no ambiente hospitalar<sup>(29)</sup>.

A equipe de saúde precisa preocupar-se em explicar para a criança sobre a doença e os procedimentos que serão realizados, pois elas podem reconhecer e entender o que está acontecendo. A equipe de saúde, ao conhecer e identificar a etapa do desenvolvimento da

criança, pode planejar o cuidado em saúde explorando, principalmente, fragilidades, dependências e medos frente a situações desconhecidas. Sabe-se que a presença do acompanhante pode favorecer conflitos, mas também propicia alívio e proteção à criança. Além dessa presença, a incorporação do lúdico favorece o cuidado realizado pelo profissional e a compreensão da criança para que a internação seja menos traumática possível. Brincar pode ser uma mediação privilegiada, que possibilita à criança integrar a vivência da hospitalização na sua experiência tanto negativamente (sofrimento, dor, isolamento social, angústia etc.) como positivamente (conforto, alívio, reconhecimento, construção de parcerias etc.)<sup>(30-32)</sup>.

O cuidado técnico pode ser ensinado, porém o cuidar interativo e relacional necessariamente precisa ser vivenciado no cotidiano dos profissionais da saúde. Nessa perspectiva, o *des-cuidar* é encarado como uma sinuosidade na atenção em saúde, a qual pode ser compreendida como um evento adverso<sup>(29)</sup>.

Para a qualidade da atenção em saúde à criança hospitalizada, é imperativo que os profissionais envolvidos reflitam sobre a sua práxis, reorganizando seu processo de trabalho, tanto em questões individuais quanto coletivas. A evolução da assistência à criança tem possibilitado avanços, como a inclusão da família, a concepção do ser social criança, o desenvolvimento dos serviços de saúde e das ciências sociais, a problematização do crescimento e desenvolvimento infantil, entre outros. O acolhimento, o vínculo, a resolutividade, o trabalho em equipe e a política de humanização da assistência são elementos caracterizadores da integralidade da atenção em saúde, a qual deve ser o pressuposto norteador das ações que garantam a proteção da criança hospitalizada<sup>(30-32)</sup>.

O cuidado centrado na família pode ser uma filosofia, adotada pela enfermagem pediátrica, que traz importantes contribuições na relação de cuidado com a criança hospitalizada e sua família. Esta pode ser considerada a unidade básica de saúde da criança, pois é em seu âmbito que receberá cuidados básicos e a promoção da sua saúde. Embora essa maneira de cuidar seja adotada pelos serviços de atenção à saúde da criança mais do ponto de vista teórico, observa-se pequenos avanços na prática. A inclusão da família como unidade cuidadora é uma recomendação para favorecer o cuidado da criança<sup>(33)</sup>.

A proteção da criança e do adolescente hospitalizados como um direito começou a ser pensada após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. Entretanto, as especificidades relacionadas à hospitalização foram incluídas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) em 1995, por meio dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Os principais direitos previstos nessa lei garantem a

segurança e a proteção da criança hospitalizada. Cabe destacar algumas dessas prerrogativas pela sua relevância e aproximação com a temática em estudo: direito à proteção, à vida e à saúde; prioridade absoluta de atendimento; ser hospitalizado sempre que necessário para tratamento e/ou não permanecer caso não exista razão para tal; receber visitas e estar acompanhado pelos pais e/ou responsáveis durante todo o período de internação; ter conhecimento sobre a sua doença, cuidados, procedimentos e diagnóstico; ter aliviada sua dor; receber todos os recursos terapêuticos para cura, reabilitação e/ou prevenção; não ser objeto de pesquisas sem o consentimento dos responsáveis e/ou seu, se tiver discernimento para tal; ter preservada sua imagem, identidade, direitos, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais; ter proteção contra discriminação, maus-tratos e negligência<sup>(34)</sup>.

O conhecimento desses direitos e sua divulgação são questões importantes para o cuidado seguro em saúde. A criança e a sua família precisam de orientação, apoio e segurança dos profissionais da saúde envolvidos no seu cuidado para amenizar os anseios, medos e dúvidas comuns ao contexto de hospitalização. A principal meta da equipe deve ser restabelecer a criança e preparar a família para a continuidade do cuidado no domicílio, minimizando a exposição da criança a fatores que podem ser desencadeantes de eventos adversos.

### 3.2 A SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA E OS EVENTOS ADVERSOS

A segurança é uma temática prevista e presente na maioria das atividades laborais, a qual apresenta estratégias direcionadas aos trabalhadores durante suas práticas. Nessa perspectiva, visualiza-se que na indústria, por exemplo, existe uma preocupação com o ator principal do processo de trabalho e cabe à máquina facilitar e oferecer proteção. Na área da saúde, os trabalhadores conhecem e utilizam maneiras de proteção contra situações que possam lhes prejudicar, ou seja, o uso de luvas, máscaras, aventais, óculos de proteção, entre outras medidas adotadas na proteção individual. Contudo, como o objeto da prática de cuidado é um ser humano com características e necessidades distintas, este muitas vezes carece de atitudes protetoras na atenção em saúde. Dessa forma, a segurança do paciente tem sido uma preocupação mundial, para minimizar os eventos que possam prejudicá-lo durante a atenção em saúde.

A publicação do Relatório do Instituto de Medicina, intitulado *To err is human: building a safer health system*, no ano de 2000, foi o documento disparador da discussão mundial sobre a necessidade de repensar as práticas de cuidado em saúde. Nessa publicação, segurança é estar livre de injúrias acidentais. Já o erro é o fracasso de uma ação planejada ser concluída conforme o esperado ou a escolha de um caminho errado para alcançar um objetivo<sup>(8)</sup>.

A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários durante a atenção à saúde ao mínimo aceitável. Já o incidente de segurança do paciente é o evento ou a circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário para o paciente. Por outro lado, o erro é uma falha em realizar uma ação de planejamento como pretendido ou a aplicação de um plano incorreto, podendo manifestar-se pelo ato de fazer a coisa errada (ação) ou pela falha em executar a ação correta (omissão), tanto no planejamento como na fase de execução<sup>(6-7)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde começou a mobilizar-se frente à segurança do paciente e à qualidade do cuidado em saúde a partir de 2002, na Assembleia Mundial da Saúde. Em 2004, foi criada a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, a qual se voltou para a criação e o desenvolvimento de políticas e práticas em prol da segurança do paciente para todos os países membros da OMS<sup>(2)</sup>.

A magnitude dessa problemática salienta a importância de não esperar por mudanças predeterminadas ou políticas específicas e, sim, desenvolver atitudes proativas em prol da segurança. As transformações começam a ter sentido e resultado a partir de mudanças na prática, as quais necessitam acontecer em curto prazo<sup>(10)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde tem trabalhado na sensibilização e na avaliação do problema. Entretanto precisa-se conhecer melhor, obter evidências e conhecimentos de maneira coletiva sobre a segurança do paciente, além de divulgar e apoiar o desenvolvimento da temática nos serviços de saúde<sup>(2)</sup>.

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde lançou uma publicação intitulada *Marco Conceitual para a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente*, com o objetivo de divulgar uma taxonomia própria para essa temática e uma padronização de conceitos e estratégias para a segurança do paciente. Foram criados 10 grandes níveis/classes e 48 palavras-chave desses conceitos<sup>(6-7)</sup>. A Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) visa a proporcionar uma compreensão razoável do mundo da segurança do paciente e de seus principais conceitos, para que as classificações regionais/locais possam se relacionar<sup>(6)</sup>.

Os eventos adversos apresentam-se como uma falha no planejamento e/ou na execução de uma ação que tem objetivos e resultados esperados. Ressalta-se que nem todos os erros vão culminar em injúrias, mas quando isso acontece recebem a denominação de eventos adversos<sup>(6-9)</sup>. Os erros podem acontecer em todas as etapas do processo de cuidado, desde a investigação, o diagnóstico e o tratamento até as orientações para a prevenção<sup>(8)</sup>.

Os eventos adversos podem ser agrupados em ocorrências relacionadas ao profissional, aos procedimentos e ao sistema. Nas circunstâncias relacionadas ao profissional, encontramos as quedas do paciente, a infecção hospitalar, as úlceras de pressão, os erros envolvendo fármacos e a utilização de equipamentos e materiais. Já as situações relacionadas aos procedimentos podem ser as mesmas – o que modifica é a forma como foi realizada a intervenção, pois o objetivo do procedimento não foi corretamente planejado. Além desses, inclui-se nesta categoria a manipulação das vias aéreas, a ventilação artificial, a manutenção de drenos, cateteres e sondas e a utilização de equipamentos e materiais. As ocorrências relacionadas ao sistema dependerão de fatores institucionais, organizacionais e dos recursos materiais e equipamentos disponíveis<sup>(35)</sup>. Todas essas categorias de eventos adversos podem estar presentes na hospitalização infantil. Retoma-se, aqui, que tais ocorrências são caracterizadas como as circunstâncias de cuidado anteriormente exemplificadas.

Ocultar sobre os erros é, por si só, uma situação que envolve várias consequências, que podem ser mediatas ou imediatas, e comprometer um tratamento. A experiência profissional nesse contexto de cuidado permite referir que isso acontece na prática do cuidado em saúde e não é incomum, já que é mais fácil esquecer ou negar do que se responsabilizar diante das ações que não se desenvolveram conforme o planejado. A partir do momento em que se materializa a possibilidade de erros ocorrerem, minimizam-se as críticas estéreis sobre a personalização individual dos eventos adversos. A explicitação da circunstância permite a avaliação e a conclusão sobre os fatos para tentar identificar as causas e prevenir a reincidência<sup>(36)</sup>. Na hospitalização da criança, várias circunstâncias podem predispor-la a eventos adversos, mas poucas são informadas e/ou identificadas. A equipe de saúde deveria ser proativa e solidária nas situações em que o cuidado em saúde planejado não alcança os resultados esperados.

Vários estudos têm apresentado a incidência de eventos adversos nas práticas do cuidado em saúde no âmbito internacional<sup>(2,5,11,15,37-38)</sup>. As especificidades dos estudos dificultam muitas comparações ou replicações em múltiplos contextos, mas todos apresentam conclusões similares relacionadas à prevenção dos eventos adversos<sup>(11)</sup>.

Os eventos adversos podem expor consequências perceptíveis ou não, as quais, na

maioria das vezes, podem ser revogadas ou suavizadas, porém os prejuízos ao paciente e as implicações ético-legais que envolvem a instituição e os profissionais da saúde podem ser preocupantes<sup>(1,9-10,39)</sup>.

Uma revisão sistemática da literatura sobre a ocorrência de eventos adversos em hospitais, com enfoque na metodologia empregada e nos resultados, verificou que a taxa de incidência variou entre 2,9 e 16,6 por 100 pacientes hospitalizados nos Estados Unidos, na Austrália, na Nova Zelândia, na França, na Inglaterra, na Dinamarca e no Canadá. Neste estudo foram selecionados 129 artigos que revisaram prontuários, para buscar registros e informações referentes a eventos adversos, que empregaram como desenho metodológico a revisão retrospectiva do prontuário para avaliação dos eventos adversos. Os resultados evidenciaram uma predominância de eventos adversos nos hospitais (80-100%) com destaque para as salas cirúrgicas (39-70%) e enfermarias (12-26%) como locais de elevado risco. Os eventos adversos fora do contexto hospitalar (atenção básica e ambulatorial) também têm proporções significativas (16-19%) e merecem atenção dos profissionais que atuam nesse segmento. A literatura destaca que a revisão de prontuários poderia ser uma estratégia viável à realidade brasileira para mensurar os eventos adversos. Contudo, sabe-se que existem limitações na qualidade dos registros e nos sistemas de informação atualmente disponíveis<sup>(11)</sup>.

No Brasil, os estudos envolvendo os erros de medicação são os de maior destaque na enfermagem, que está assumindo o papel de precursora nas discussões sobre a segurança do paciente. Porém, os estudos sobre os eventos adversos envolvendo medicação abordam várias etapas desse processo e incluem nos resultados outros atores envolvidos, como o farmacêutico, o médico, o técnico de farmácia, entre outros<sup>(9,36-37,40)</sup>.

Um estudo multicêntrico realizado em quatro hospitais brasileiros, com a participação de 152 profissionais da saúde – com o objetivo de identificar e analisar tipos, causas, providências administrativas e sugestões a respeito dos erros de medicação na ótica dos profissionais envolvidos –, apontou que os erros relacionados à prescrição/transcrição de medicamentos são os mais usuais. Atribui-se a isso a ilegibilidade da letra do médico nas prescrições manuais e inadequações da prescrição. Para superar esse ponto, é necessária vigilância permanente de todos os envolvidos. Outros aspectos também merecem destaque, como erros na dispensação do medicamento em que ocorre a troca do fármaco, rotulagens semelhantes ou indevidas, validade ultrapassada, entre outros. Quanto ao preparo e à administração, são comuns erros na diluição e na dosagem, na troca da via de administração e/ou de paciente. A etiologia desses erros tem relação com falta de atenção, falhas individuais e problemas que ultrapassam essas questões, como falhas na administração do serviço de



saúde relacionadas a processos e tipos de trabalho, carga horária, número de funcionários, entre outros. Entretanto a prevenção dos eventos adversos envolvendo fármacos é indispensável para garantir a segurança do paciente<sup>(37)</sup>.

Uma pesquisa descritiva e transversal – realizada em três unidades pediátricas de um hospital universitário da cidade de São Paulo –, que analisou os registros do processo de trabalho da enfermagem quanto ao planejamento e à execução da prescrição médica, identificou 1.717 (21,1%) erros no registro de doses de fármacos prescritos. Neste estudo, foram analisados 68 prontuários de crianças internadas e 608 prescrições médicas. Identificaram-se 168 diferentes tipos de medicamento e soluções, os quais representam 8.152 doses prescritas. O evento adverso mais presente nesse contexto foi a omissão da dose com 75,7% do total de falhas identificadas. Os documentos da enfermagem totalizaram 590, e neles foram distinguidas diferentes etapas do processo de enfermagem; verificou-se que as anotações sobre a terapia medicamentosa são as mais frequentes<sup>(40)</sup>.

Os fatores de risco na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) foram identificados em pesquisa realizada junto a sete UTIs no município de São Paulo durante 30 dias. Identificaram-se 113 eventos adversos no período, dos quais 40,7% envolveram drenos, sondas e cateteres, 27,4% com medicamentos, 18,6% com equipamentos e 11,5% englobando procedimentos. A associação das variáveis mostrou resultados estatisticamente significantes na relação entre a gravidade dos eventos adversos e o estado clínico do paciente. Não houve associações significativas entre a gravidade do evento adverso e o número de profissionais, categoria profissional, horas trabalhadas, tempo de trabalho, dupla jornada, entre outras variáveis<sup>(41)</sup>.

No contexto da criança hospitalizada, ainda são poucos os estudos que permitem uma reflexão e discussão em relação aos eventos adversos. A maioria está inserida em unidades de tratamento intensivo pediátrico e/ou neonatal, e o foco é específico nos procedimentos.

O número de horas dedicadas ao cuidado de recém-nascidos apresentou uma relação significativa com as taxas de mortalidade e complicações durante a hospitalização. Um estudo avaliou 3,65 milhões de pacientes pediátricos em 286 hospitais da Califórnia (Estados Unidos), mostrando que um maior número de horas dedicadas ao cuidado do recém-nascido hospitalizado reduz o número de complicações pós-operatórias, como pneumonias e septicemias. Isso demonstra que quanto maior o número de horas de cuidado direto oferecido ao paciente, menor a taxa de complicações e, conseqüentemente, melhor a qualidade no cuidado prestado<sup>(3)</sup>.

A descrição das taxas de incidência de injúrias médicas em crianças hospitalizadas foi o objetivo de um estudo realizado com 318.785 crianças de 134 hospitais na cidade de Milwaukee (Estados Unidos), entre 2000 e 2002. Os resultados apontaram 1,5% das injúrias envolvendo medicamentos, 1,3% procedimentos e 0,9% implicando dispositivos, implantes e enxertos. Isso sugere que os hospitais e os profissionais envolvidos na atenção em saúde da criança poderiam centralizar esforços e aumentar a vigilância na qualificação das ações relacionadas a medicamentos, procedimentos e dispositivos que podem predispor a criança a injúrias médicas<sup>(4)</sup>.

Outra pesquisa realizada em todos os hospitais de Utah e Colorado (Estados Unidos) buscou descrever a incidência e os tipos de eventos adversos em crianças e adolescentes, e, além disso, investigou quais poderiam ser prevenidos. Foram avaliadas 3.719 internações hospitalares nos serviços de pediatria, sendo encontrada uma taxa de incidência de 1% de eventos adversos, dos quais 0,6% poderiam ter sido evitados. O mesmo estudo evidenciou que a maioria dos eventos adversos está relacionada ao nascimento (29,6%), seguido por diagnóstico médico (21,3%), medicamentos (19,1%) e cirurgias (16,3%) como os mais prevalentes. No entanto todos poderiam ter sido prevenidos. O estudo também mostrou que os adolescentes estão mais predispostos a eventos adversos que o público infantil<sup>(38)</sup>. Essa predisposição pode estar atrelada ao seu comportamento e às transformações biológicas que o seu corpo vem passando. O adolescente também não costuma buscar o serviço de saúde quando tem necessidades, além de ter dificuldade para aderir às terapêuticas nesse momento da vida.

Uma pesquisa qualitativa, realizada com 13 familiares/cuidadores, em 2009, no Rio Grande do Sul, teve objetivo de identificar os eventos adversos percebidos pelo familiar/cuidador em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico. O estudo revelou que existem inúmeros eventos adversos nesse contexto e que a família da criança hospitalizada reconhece as circunstâncias que envolvem tais eventos. Os participantes exemplificaram algumas situações que remetem a eventos adversos, como garantir a mobilidade e a movimentação da criança, rigor no controle de infecção e medidas de bloqueio epidemiológico, comunicação clara e contextualizada dirigida a acompanhantes e familiares, adequação dos recursos humanos à demanda do serviço e flexibilização no atendimento<sup>(42)</sup>.

A comunicação entre a equipe de saúde e o cuidador da criança ajuda a amenizar o sofrimento e a ansiedade da família. Reforça-se que as informações fidedignas sobre o estado de saúde da criança necessitam ser discutidas previamente entre os envolvidos na atenção em saúde para evitar imprecisões e contradições.

A comunicação clara e efetiva entre os profissionais da saúde é um aspecto fundamental para evitar a ocorrência de eventos adversos, e deve ser estendida ao acompanhante/cuidador da criança hospitalizada. Um estudo de caso que descreveu uma situação envolvendo estudantes de enfermagem demonstrou que a comunicação ineficaz potencializa os eventos adversos. As crenças e os valores do paciente devem ser respeitados pelo enfermeiro, o qual tem o papel de garantir a segurança do paciente<sup>(43)</sup>. No cuidado à criança hospitalizada, o processo de comunicação entre o profissional da saúde e a criança e seu acompanhante/cuidador necessita ser repensado, pois se observam falhas, principalmente quanto à omissão de informações sobre o estado de saúde da criança, o risco dos procedimentos e/ou medidas do tratamento, entre outras. A qualidade da comunicação entre os profissionais envolvidos também merece ser problematizada, pois se visualizam sobreposições e/ou divergências quanto ao cuidado em saúde da criança hospitalizada em todos os contextos, deixando o paciente e o acompanhante/cuidador inseguros, confusos e desconfiados quanto à veracidade e à qualidade da atenção em saúde.

Uma pesquisa qualitativa realizada com oito enfermeiros em São Paulo teve como objetivo verificar se a comunicação não verbal entre o profissional da saúde e o paciente constitui um fator iatrogênico. Os resultados apresentaram que a postura corporal, o tom de voz, a distância pessoal, a expressão facial e o olhar podem caracterizar uma comunicação não verbal iatrogênica. Os sentidos atribuídos à comunicação não verbal costumam apresentar prejuízos irreversíveis na relação do profissional com o paciente, principalmente emocionais. Assim, é importante que o profissional da saúde realize uma reflexão crítica sobre os sinais não verbais que individualizam a sua prática, pois a comunicação deve ser terapêutica<sup>(41)</sup>.

Outro estudo, realizado com o objetivo de identificar a produção do conhecimento sobre a segurança da criança hospitalizada no período entre 1997 e 2007, concluiu que existem poucas publicações sobre a temática no cenário nacional e salienta que a segurança deve ser prioridade tanto para os profissionais da saúde como para os gestores e os próprios usuários dos serviços de saúde<sup>(1)</sup>.

Em se tratando de crianças, sabe-se que a queda do berço ou da cama é um evento adverso que também pode estar presente na hospitalização. É fundamental identificar os fatores de risco para a queda dos pacientes ou a sua reincidência. Portanto, deve-se questionar os acompanhantes/cuidadores sobre a capacidade motora da criança para caminhar e se movimentar, além de interrogar sobre o tipo de cama em que esta costuma dormir. Na hospitalização, é imprescindível adequar o tamanho da cama à idade da criança para prevenir as quedas<sup>(44)</sup>.

A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda alguns princípios para a segurança do paciente, por meio do desenvolvimento de padrões e expectativas<sup>(45)</sup>:

- as medidas de segurança do paciente precisam ser desenvolvidas através de ações coordenadas que tenham como alvo as organizações, os profissionais e os usuários;
- os serviços de saúde devem particularizar os cuidados à criança visando à sua segurança. Para isso, é importante prevenir erros associados a alterações no peso, maturação fisiológica, nível de dependência, patologias raras, generalizações indevidas, entre outras;
- usar as tecnologias da informação para minimizar os erros de medicação;
- aproximar todos aqueles envolvidos no cuidado à saúde da criança para trabalhar em conjunto (desenvolver padrões para os rótulos e tipos de medicamentos com identificação rápida, solicitar auxílio farmacêutico, modificar fatores de risco quanto aos medicamentos, estabelecer vigilância após a comercialização de medicamentos etc.).

O enfermeiro tem papel fundamental na implantação de medidas direcionadas à segurança da criança hospitalizada. A supervisão direta do enfermeiro junto à equipe de saúde deve mediar a tomada de decisão, fundamentada no conhecimento científico e amparada na legislação para minimizar as repercussões dos eventos adversos na vida e na saúde dos pacientes. Outro aspecto refere-se a promover a participação das famílias/cuidadores da criança hospitalizada para identificar e prevenir as ocorrências adversas<sup>(1)</sup>.

A proteção integral e a segurança da criança e da família, durante a hospitalização, podem ser garantidas mediante o conhecimento dos eventos adversos e o estabelecimento de mecanismos de proteção nos cenários de cuidado em saúde<sup>(42)</sup>.

Os profissionais da saúde não são preparados na sua formação para lidar com os erros, principalmente porque estes são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e limitado conhecimento científico, além do medo de punições jurídicas, éticas e sociais que caracterizam o profissional não preparado para o cuidado direto à criança hospitalizada. Entretanto os eventos adversos fazem parte do cotidiano da área da saúde<sup>(29)</sup>.

A educação permanente da equipe de saúde é uma meta a médio e longo prazo para qualificar a atenção por meio da problematização da temática segurança do paciente<sup>(42)</sup>.

Os profissionais da saúde poderiam reforçar o conhecimento desenvolvido na área da segurança do paciente, enfatizando as características deste, a tomada de decisão clínica sob condições diversas, os fatores ambientais e a sua influência sobre os processos cognitivos do internado, além da ciência de resultados já apresentados pelos estudos que investigaram os eventos adversos. Todo esse conhecimento já adquirido deveria ser revertido na orientação e

no desenvolvimento de políticas e diretrizes em prol da segurança do paciente nos serviços de saúde<sup>(46)</sup>.

O paradoxo da segurança é uma discussão interessante, porque existem diferenças no profissional da saúde frente à segurança do paciente. Os paradigmas que influenciam as iniciativas de segurança do paciente e do cuidador são baseadas em suposições diferentes. O elo entre as duas iniciativas sugere um ambiente seguro para todos os inseridos, o que garantiria um ambiente calmo e tranquilo para a boa prática profissional, livre de repressões ou punições, diminuindo a possibilidade de eventos adversos<sup>(47)</sup>.

A documentação do paciente é um importante elemento que pode evidenciar falhas no cuidado em saúde. Na enfermagem, a sistematização da assistência é uma estratégia que busca qualificar a atenção em saúde por meio do processo de enfermagem documentado e registrado no prontuário. Os registros em saúde devem refletir fidedignamente o cuidado prestado, mostrar como o paciente foi avaliado, descrever as intervenções empregadas e destacar as especificidades do paciente. A documentação do registro em saúde subsidia os profissionais, os usuários dos serviços e os gestores para conhecer, compreender e avaliar as questões pertinentes sobre a saúde. Além disso, é um importante indicador para a segurança do paciente e a identificação de eventos adversos<sup>(48)</sup>.

A notificação dos eventos adversos é um desafio presente na realidade brasileira, pois perdura indiscriminadamente a subnotificação dos eventos adversos<sup>(1,9-10,36,42,49)</sup>. Sabe-se que essa é uma etapa essencial para identificar e estabelecer estratégias de prevenção dos eventos adversos. O registro do erro deve ser incentivado como uma atitude proativa do profissional, visando a evitar sua recorrência, envolvendo outros profissionais da equipe de saúde. Porém, a dificuldade do profissional na realização desse registro associa-se ao medo da punição e ao pouco conhecimento do objetivo real da notificação<sup>(1)</sup>.

A Academia Americana de Pediatria apresenta recomendações para identificação e aprendizado diante dos erros no cuidado em saúde. Entre elas, destacam-se: não punir o profissional envolvido, reconhecer que eventos adversos podem ou não causar erros, focar no sistema coletivo das falhas, manter o anonimato dos envolvidos, além de evitar que as informações sobre os eventos adversos sejam utilizadas para ações criminais ou civis<sup>(45)</sup>.

A partir disso, é necessário criar uma cultura de segurança na hospitalização infantil, com o intuito de mobilizar os profissionais da saúde, os serviços, as instituições, os gestores e as políticas públicas em prol da segurança e da proteção da criança, garantindo os seus direitos fundamentais de vida e saúde, quando inseridas nos serviços de saúde. O cuidado

deve possibilitar a recuperação e a manutenção da saúde da criança, e para isso é importante prevenir os eventos adversos em todos os cenários.

O primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de eventos adversos, suas causas e consequências. A notificação e o registro dos eventos adversos servem de subsídios para a análise crítica e a tomada de decisão, o que pretende eliminar, evitar e reduzir essas circunstâncias do cotidiano do cuidado em saúde<sup>(50)</sup>.

A OMS apresenta algumas propostas que já estão manifestando resultados no sentido de minimizar os eventos adversos. A primeira iniciativa global trouxe o seguinte pressuposto: “Cuidado limpo é cuidado seguro”, enfatizando o controle de infecção e estimulando, principalmente, a higienização das mãos. A segunda iniciativa foi bem mais específica para um problema que apresenta elevadas taxas de eventos adversos. O pressuposto “Cirurgia segura salva vidas” começou mundialmente no ano de 2007 e o objetivo era diminuir o número de erros nos procedimentos cirúrgicos e as complicações posteriores. A terceira mudança global diz “Combater a resistência antimicrobiana”, porque ela aumenta o tempo de permanência no hospital e conseqüentemente expõe o paciente a inúmeras complicações. Uma orientação que emergiu desse pressuposto é o uso racional de medicamentos, principalmente a antibioticoterapia. A quarta mudança sugere a iniciativa de “Pacientes para a segurança do paciente”, que estimula o envolvimento e a participação de pacientes, cuidadores e comunidade na divulgação da segurança do paciente, além de tornar central a participação do paciente na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente<sup>(2)</sup>.

A pesquisa para a segurança do paciente é uma das medidas essenciais para fomentar a temática no campo da saúde. Diariamente, os profissionais deparam-se com situações novas e inusitadas, as quais podem ser provenientes de eventos adversos. A OMS reforça que um melhor conhecimento é necessário para segurança do cuidado em saúde<sup>(2,39)</sup>.

A educação para a segurança do paciente é uma recomendação da OMS, a qual sugere a inclusão da temática nas grades curriculares de todos os cursos da área da saúde. Um aspecto importante é que nessa área os futuros profissionais são preparados para acertar, pois partem da premissa de que o trabalho desenvolvido será livre de erros, o que incorpora a noção de ser algo inaceitável. Esse aspecto precisa ser revisto com urgência no ensino da saúde<sup>(2,39,50)</sup>. Hoje se observa um elevado número de estudantes inseridos cada vez mais cedo no contexto da prática profissional, o que pode torná-los propensos a cometer erros que culminam em eventos adversos. Desse modo, a segurança do paciente necessita ser problematizada e discutida conjuntamente com a sua preceptoria de forma séria e responsável.

Na hospitalização da criança, o panorama é similar, contudo é indispensável instrumentalizar os futuros profissionais para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança do paciente.

Um estudo realizado pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou uma prevalência entre 3% a 16% de pacientes que sofrem eventos adversos resultantes de cuidados médicos não seguros nas suas hospitalizações. Esse estudo propôs uma classificação das principais falhas que acontecem na área da saúde, sendo diferenciadas três classes: estrutura, processo e resultados dos cuidados não seguros. A abrangência dessas circunstâncias foi verificada em todos os países, fossem eles desenvolvidos, em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, sendo que a maioria dos dados é proveniente de nações desenvolvidas. Acredita-se que em países pobres esses resultados sejam imensamente piores e com menores perspectivas de solução<sup>(51)</sup>.

O campo da segurança do paciente já completou mais de uma década desde a publicação que alavancou a discussão do assunto, e várias conquistas foram alcançadas nesse intervalo de tempo. Em entrevista, o professor Robert Wachter, líder e perito no assunto, comentou que o investimento em pesquisas sobre a segurança do paciente e a qualidade do cuidado aumentou de centenas de milhares de dólares em 1999 para a ordem de 267 milhões de dólares na *Agency for Healthcare Research and Quality*, em 2009. Quanto à expansão mundial do tema, enfatizou que antigamente os médicos trabalhavam isoladamente com o mínimo de contato com a equipe de saúde e, mesmo com dificuldades, todos achavam isso normal. Entretanto foi possível verificar que todos os erros e as falhas na saúde estavam relacionados ao processo de comunicação e trabalho em equipe, não havendo alternativa para isso, senão fortalecer um trabalho em equipe. A partir disso, foi possível (re)educar os profissionais para novos arranjos na equipe e estimular a capacidade de analisar o seu trabalho, o que provocaria uma mudança na cultura<sup>(52)</sup>.

A cultura da segurança do paciente está evoluindo e pode até mesmo ser mensurada por instrumentos que estão sendo desenvolvidos e testados com confiabilidade diversa, entre 29% (fraco) e 83% (excelente). Porém, a cultura pode ser definida e compreendida de inúmeras maneiras pelas pessoas. Na perspectiva da segurança do paciente, ela é entendida como valor, atitude, norma, crença, práticas, políticas e comportamentos da equipe, instituição, profissionais da saúde e do paciente. Dessa forma, a equipe de saúde deveria ser guiada por um compromisso que emana das diretrizes da instituição de saúde, nas quais cada integrante e o grupo como um todo seguem as mesmas normas de segurança com responsabilidades compartilhadas<sup>(53)</sup>.

A construção de parcerias e compromissos pode estimular o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas instituições<sup>(2)</sup>. O contexto da atenção à saúde agrega inúmeras questões culturais, principalmente no ambiente hospitalar que prejudicam a segurança do paciente como hierarquização dos cargos, enaltecimento do profissional médico, enfoque centrado na doença, falhas individuais, punição dos profissionais, ocultação das falhas assistenciais, práticas inadequadas ou ultrapassadas, entre outras.

A cultura da segurança do paciente deveria ser incorporada nas organizações como um fundamento essencial para o cuidado em saúde seguro e o desenvolvimento de melhores práticas na atenção à saúde<sup>(9)</sup>. Esse fundamento poderia ser tema de debate no cotidiano dos serviços e também na formação dos profissionais, pois é preciso mudar a atual concepção das falhas envolvidas no processo de cuidado. O paciente e a sua família necessitam estar seguros quando buscam auxílio no serviço de saúde e os profissionais poderiam ser facilitadores dessa segurança por meio da adoção de melhores práticas.



## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

A trajetória metodológica da pesquisa consiste nas estratégias utilizadas para o desenvolvimento do estudo, o qual apresenta a abordagem teórico-metodológica, a descrição do cenário e de elementos envolvidos na pesquisa, as técnicas de coleta e análise das informações e as considerações bioéticas que preservam os participantes envolvidos na pesquisa.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A abordagem teórico-metodológica utilizada nesta pesquisa foi qualitativa e o desenho de pesquisa elegida foi estudo de caso do tipo exploratório.

A abordagem qualitativa introduz um novo sentido no juízo dos problemas, substituindo a investigação de fatores e determinantes pela compreensão dos significados, que passam a ser a ideia-chave. A partir disso, visa a introduzir um pluralismo e um relativismo na definição dos objetos e das coisas, revelando uma diversidade de pontos de vista. Isso força a relativização das pré-concepções institucionais e profissionais, ampliando as teorias invisíveis, censuradas, silenciadas ou até mesmo latentes. Assim, o significado tem função estruturante para a vida individual e/ou coletiva de pessoas e/ou fenômenos<sup>(54-55)</sup>. A abordagem qualitativa também se caracteriza pelo estudo detalhado de um determinado fato, objeto, grupo de pessoas ou ator social e fenômenos da realidade. O principal fundamento consiste na crença de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real, objetivo, concreto e o sujeito, entre objetividade e subjetividade<sup>(56)</sup>.

As metodologias de pesquisa qualitativa aprofundam a busca do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Esses elementos são importantes para a compreensão da prática social do homem na sociedade. Os princípios de especificidade histórica e de totalidade possibilitam ao pesquisador qualitativo, do ponto de vista metodológico, apreender e analisar os acontecimentos, as relações e os estágios de um processo como parte de um todo<sup>(57)</sup>. Isso motiva uma relação íntima entre o pesquisador e o que é estudado, e entre as limitações situacionais que influenciam a investigação<sup>(58)</sup>.

O estudo de caso, enquanto desenho de pesquisa, é a análise sistemática de múltiplas

formas de informação que possibilitam alcançar a compreensão de um dado contexto e daqueles inseridos nele. Permite preservar as características significativas, holísticas e integrais dos acontecimentos da vida real quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos<sup>(59-60)</sup>.

A investigação pelo estudo de caso encara situações únicas, em que coexistem muitas variáveis de interesse e múltiplas fontes de evidências<sup>(60)</sup>.

O desenho de pesquisa estudo de caso pode ser utilizado mediante três condições elementares: no tipo de questão de pesquisa, na extensão de controle que o pesquisador tem sobre os eventos comportamentais atuais e no grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição a acontecimentos históricos<sup>(60)</sup>. A partir disso, justifica-se a opção metodológica dessa pesquisa, pois o investigador busca compreender como e por que as circunstâncias de cuidado predisõem a criança hospitalizada a eventos adversos. Em relação à segunda condição, o pesquisador não tem controle sobre os eventos comportamentais relacionados ao foco em estudo. Quanto à terceira condição, o estudo salienta os acontecimentos contemporâneos, visto que historicamente pouco se discutiu sobre os eventos adversos nas práticas de atenção à saúde.

A pesquisa de natureza exploratória viabiliza a familiarização com o objeto (pessoas, grupos e instituições) e suas características (preocupações, problemas e processos). A fase exploratória de um estudo pode servir para determinar os impasses e os bloqueios capazes de impedir uma proposta de pesquisa<sup>(54)</sup>. O estudo de caso exploratório tem como objetivo o desenvolvimento de hipóteses e proposições pertinentes aos questionamentos iniciais do pesquisador. Também avalia uma dada situação com o contexto e serve como precursor de pesquisas futuras por meio da definição de novas interrogações<sup>(59-60)</sup>.

É desejável que o pesquisador, usuário desse desenho, apresente algumas habilidades fundamentais para o desenvolvimento de tal estratégia metodológica. Entre elas, destacam-se: ser capaz de fazer boas perguntas e interpretar as respostas; ser um bom ouvinte e ter cuidado com preconceitos e ideologias próprias; ser adaptável e flexível, identificando as oportunidades nas situações apresentadas; ter noção clara do fenômeno em estudo, sabendo identificar questões de interesse e informações relevantes; e ser imparcial em relação às noções preconcebidas<sup>(60)</sup>. O pesquisador qualitativo é um *bricoleur*, pois reúne um conjunto de representações e faz montagens e encaixes nas diversas especificidades de uma situação complexa. Esse processo de costura é uma construção que apresenta mudanças e sofre transformações à medida que emanam novos instrumentos, técnicas, métodos e interpretações que agregam cenas/momentos da realidade<sup>(58)</sup>.

A abordagem qualitativa faculta a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Esse método se caracteriza pela empiria e sistematização gradual do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do objeto em estudo<sup>(57)</sup>.

O planejamento da pesquisa pelo estudo de caso é uma etapa central e imprescindível na qualidade, na validade e no rigor metodológico, os quais são garantidos mediante um protocolo que organiza meticulosamente o processo de pesquisa<sup>(59)</sup>.

Nesta pesquisa, caracterizam-se como o caso em estudo as circunstâncias de cuidado. As fases do protocolo desta investigação serão:

- 1) Definição da unidade de análise: descrição do contexto de estudo e participantes da pesquisa.
- 2) Fontes de informação: definição e planejamentos das estratégias de busca e coleta das informações.
- 3) Análise e interpretação: operacionalização da descrição e compreensão dos resultados do estudo.

Os itens apresentados posteriormente seguiram o protocolo para o desenvolvimento deste estudo de caso.

## 4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) nas Unidades de Internação Pediátrica 10º Norte, 10º Sul e 3º Leste. Todas elas fazem parte do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED), além da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP), a qual foi excluída do estudo por apresentar muitas peculiaridades e especificidades em relação às unidades de internação.

As unidades pesquisadas apresentam 96 leitos destinados à atenção em saúde de crianças com os mais variados problemas. A Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte possui 37 leitos, atende a faixa etária entre 29 dias e cinco anos, e as especialidades médicas mais encontradas são pneumologia, gastroenterologia, cirurgia pediátrica e pediatria geral. A Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul disponibiliza 34 leitos, atende a faixa etária de 29 dias a 14 anos, porém direciona mais os atendimentos a crianças com mais de cinco anos, e as especialidades médicas oferecidas são gastroenterologia, pneumologia, psiquiatria e pediatria

geral. Já a Unidade de Oncologia Pediátrica 3º Leste dispõe de 25 leitos, atende a faixa etária de 29 dias a 18 anos e concentra as especialidades médicas de oncologia e hematologia.

Observou-se que as Unidades de Internação Pediátrica (UIP) 10º Sul e 10º Norte apresentam características em comum no que se refere ao número de profissionais da equipe de enfermagem. Ambos os setores apresentam 12 enfermeiros, distribuídos em dois por turno e 51 técnicos de enfermagem, distribuídos em 12 para o período diurno e nove para o período noturno. Por outro lado, a Unidade de Oncologia Pediátrica (UOP) 3º Leste apresenta outra distribuição, dada a complexidade dos pacientes. Lá trabalham 14 enfermeiros, distribuídos em três por turno para o período diurno e dois para os demais turnos. Além disso, conta com 38 técnicos de enfermagem. Vale salientar que o HCPA trabalha com turno diurno (manhã e tarde), três noites (Noite 1, Noite 2 e Noite 3) e sexto turno (feriados e finais de semana). Neste, somente enfermeiros são incluídos para fins de planejamento da escala de trabalho. O estudo também incluiu profissionais da residência multiprofissional.

Na equipe médica, as UIP 10º Sul e 10º Norte contam com os professores vinculados à Faculdade de Medicina da UFRGS que fazem a preceptoria da residência médica e a orientação dos acadêmicos de medicina do último ano, além de chefiar as equipes conforme a especialidade envolvida. Na UOP 3º Leste, há médicos contratados que fazem a preceptoria da residência médica e atuam diretamente na assistência da criança. Todas as unidades possuem plantonistas residentes e contratados para eventuais intercorrências que necessitem da avaliação médica. Essas unidades são as que o hospital dispõe para atendimento clínico e cirúrgico no hospital.

A unidade de análise deste estudo de caso foram as circunstâncias de cuidado presentes no contexto das crianças hospitalizadas na instituição.

#### 4.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram 23 profissionais da saúde dos serviços selecionados e 15 acompanhantes/cuidadores de crianças.

Pretendeu-se incluir, no mínimo, quatro profissionais de cada categoria. Assim, foram incluídos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, no segmento profissional formado, e médicos residentes e/ou residente multiprofissional, no segmento profissional formado sem experiência profissional prévia.

Os critérios de inclusão dos profissionais da saúde para participar do estudo foram:

- estar cursando a residência médica em qualquer etapa, se fosse médico residente;
- estar cursando a residência multiprofissional por pelo menos seis meses, se fosse residente multiprofissional;
- ter, no mínimo, seis meses de experiência na área da criança, se fosse profissional da saúde formado, tanto para nível médio ou superior.

A escolha dessas categorias deveu-se à característica de que esses profissionais são os que normalmente estão mais presentes e têm atuação direta e diária com as crianças internadas e seus acompanhantes/cuidadores. Os critérios de inclusão buscam minimizar os vieses de seleção, mesclando os participantes com diferentes competências no seu exercício profissional.

Os acompanhantes da criança hospitalizada poderiam ser provenientes de diversas localidades. Os critérios de inclusão de acompanhantes/cuidadores foram:

- acompanhar a criança hospitalizada por no mínimo, uma semana em uma Unidade de Internação via SUS;
- ser o cuidador principal;
- ser maior de idade;
- apresentar condições físico-emocionais e desejar relatar sua experiência durante a hospitalização da criança.

A inclusão de acompanhantes/cuidadores no presente estudo é essencial para discutir as circunstâncias de cuidado no cotidiano da hospitalização da criança, principalmente porque eles estão presentes permanentemente em todos os momentos. O acompanhante/cuidador é quem observa a atuação dos profissionais da saúde, tem condições de identificar os eventos adversos em diferentes situações, de conversar com os demais familiares e acompanhantes, além de conhecer intrinsecamente as características da criança cuidada.

Dessa maneira, o estudo contou com a participação de 23 profissionais da saúde e 15 acompanhantes/cuidadores de crianças hospitalizadas, totalizando 38 participantes, conforme critérios anteriormente descritos.

A seleção de todos os participantes foi intencional. As enfermeiras de cada turno auxiliaram na indicação dos potenciais participantes. Optou-se pela enfermeira do setor, pois ela conhece o contexto e os envolvidos nas circunstâncias de cuidado. Também houve a participação de uma auxiliar de pesquisa (bolsista de iniciação científica) durante a coleta de dados, a qual foi preparada, orientada e acompanhada durante o desenvolvimento do estudo na etapa que investigou as acompanhantes. Outra peculiaridade na coleta de dados foi que

cada enfermeira participante, após concluir seu relato, indicava um membro da sua equipe que pudesse contribuir com a pesquisa. Essa sistemática foi adotada em todos os setores pesquisados e mostrou-se interessante, viável e dinâmica, porque facilitou o vínculo pesquisador-participante e garantiu o número adequado de participantes.

A auxiliar de pesquisa selecionava os acompanhantes/cuidadores a partir de um quadro, localizado no posto de enfermagem, o qual continha o número do leito da criança, nome, idade e tempo de internação. Após essa seleção inicial, era feito um primeiro contato com as acompanhantes para ver a possibilidade de participação no estudo. Já com os profissionais da saúde, a seleção aconteceu a partir do contato com a enfermeira do turno disponível e interessada em participar da pesquisa. Após a sua participação, ela indicava um técnico de enfermagem da sua equipe. Observou-se que o critério utilizado foi a qualidade do trabalho e grau de conhecimento apresentado pelo profissional no exercício das suas atividades. Identificou-se critério similar entre os médicos (professores e contratados) ao indicar um médico residente.

O número de profissionais entrevistados seguiu conforme o critério de saturação dos dados, no qual as informações deixam de ser coletadas pelo pesquisador quando se tornam repetitivas ou quando não se identificam novas ideias provenientes dos participantes. O princípio da saturação aplica-se a dois momentos: a saturação teórica e a saturação empírica. A teórica aplica-se a um conceito e significa que dele emergem os dados. Na empírica, o fenômeno investigado é o foco das informações. Entretanto a aplicação operacional desse critério é similar e muitas vezes complementar<sup>(54,61)</sup>. Foi observada a saturação teórica tanto com acompanhantes/cuidadores quanto com profissionais, pois as circunstâncias de cuidado relatadas estavam atreladas a conceitos amplos relacionados à segurança do paciente e a eventos adversos na hospitalização infantil.

As características gerais e específicas dos pesquisados serão apresentadas posteriormente, no próximo capítulo.

#### 4.4 TÉCNICAS DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações aconteceu no período de agosto a dezembro de 2010, mediante técnicas definidas pelo pesquisador a partir das possibilidades de abordagem da temática.

O estudo de caso apresenta três princípios importantes para sua qualidade como

técnica de pesquisa: a utilização de diversas fontes de evidências, a criação de um banco de dados e a manutenção de um encadeamento de evidências<sup>(60)</sup>.

A coleta de informações neste estudo apresenta dois momentos, os quais foram sucessivos e sequenciais, ambas a partir de uma entrevista semiestruturada. Inicialmente, esperava-se utilizar a técnica de grupo focal com acompanhantes/cuidadoras de crianças hospitalizadas, tendo sido criada, inclusive, uma agenda com previsão de três encontros. Porém não foi possível executar o grupo focal por dificuldades na adesão e participação das acompanhantes. Houve três tentativas de seleção e início dos grupos em momentos diferentes, mas as participantes não compareceram em nenhum. O principal motivo alegado foi a impossibilidade de deixar o filho sozinho, apenas sob os cuidados dos profissionais da saúde do setor. Essa justificativa foi compreendida à medida que foi sendo realizada a coleta de dados pela entrevista semiestruturada, a qual foi adaptada a partir da agenda de encontros dos grupos focais. Aquelas participantes que permaneceram com o seu filho internado até a substituição da estratégia para a coleta das informações foram novamente convidadas e participaram da pesquisa livremente, sem nenhum empecilho.

Os acompanhantes/cuidadores foram abordados pelo pesquisador e pela auxiliar de pesquisa (bolsista de iniciação científica), a qual conduziu as entrevistas e as transcrições do material apreendido. Já os profissionais da saúde foram entrevistados pelo próprio pesquisador, o qual seguiu as mesmas etapas.

Os participantes foram convidados para o estudo pela auxiliar de pesquisa e pelo pesquisador, que informou e explicitou sobre a justificativa, os objetivos e a maneira como se daria a participação.

O primeiro momento foi realizado com os acompanhantes/cuidadores da criança hospitalizada a partir de um roteiro de pesquisa (APÊNDICE A), pela auxiliar de pesquisa. O segundo momento da coleta de dados foi conduzido com os profissionais da saúde que atuam com a criança hospitalizada, também a partir de um roteiro de pesquisa (APÊNDICE B), pelo pesquisador. Os dois roteiros foram elaborados com base nas questões de pesquisa que foram direcionadas aos acompanhantes e profissionais da saúde envolvidos nas circunstâncias de cuidado, buscando compreender o fenômeno em investigação.

A entrevista é uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador, que procura informações de interesse a um fenômeno em estudo. Na perspectiva epistemológica, a entrevista é entendida como um meio de oportunizar a expressão do ponto de vista dos atores sociais e para compreender e interpretar as suas realidades. A entrevista semiestruturada é aquela em que o pesquisador parte de questionamentos básicos, sustentado em teorias e

hipóteses que interessam ao estudo, combinando perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado pode divergir sobre o tema em pauta sem a necessidade de ser centrar na questão formulada<sup>(54,57,62)</sup>. A entrevista é considerada a espinha-dorsal da pesquisa estudo de caso, pois ela enfoca diretamente os tópicos em estudo e influencia o direcionamento das primeiras inferências<sup>(59)</sup>.

As informações coletadas geraram 310 minutos (5h10min) de gravação, sendo 91min de entrevistas com as acompanhantes e 219min dos profissionais da saúde. A transcrição desse material culminou em 75 páginas digitadas no *software* Microsoft Word® versão 2007, fonte *Times New Roman*, corpo 12 e espaçamento de 1,5 linhas.

As transcrições das entrevistas com as acompanhantes ficaram organizadas sequencialmente por participante, ou seja, cada participante teve suas oito respostas digitadas em sequência. Durante a análise, o pesquisador suprimiu algumas palavras que faziam menção a pessoas, instituições e marcas, para preservar as identidades, além de ajustar algumas falas do ponto de vista ortográfico, tornando o entendimento do leitor menos confuso e/ou duvidoso, sem alterar o sentido das informações relatadas pelos pesquisados.

As transcrições das entrevistas com os profissionais da saúde foram organizadas de maneira diferente das que envolviam as acompanhantes, por terem maior clareza e objetividade nas respostas. As entrevistas com os profissionais foram organizadas por questão, ou seja, a partir da primeira pergunta foram colocadas as respostas de todos os pesquisados, e assim sucessivamente, em todas as demais questões.

#### 4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os dados gerados da etapa anterior foram operacionalizados mediante a análise de conteúdo do tipo temática<sup>(57)</sup>. Também foi previsto e utilizado o uso do *software* QSR Nvivo versão 7.0 como ferramenta para a organização das informações.

A análise temática é uma técnica que busca descobrir os significados a partir dos núcleos de sentidos que compõem uma comunicação. A presença de determinados assuntos infere elementos de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. A análise temática mantém sua crença na significação da regularidade<sup>(57)</sup>.



Ressalta-se que o uso de *softwares* na pesquisa qualitativa frequentemente permite a construção de uma teorização a partir dos dados, por possuírem ferramentas que memorizam as ações do pesquisador. Entretanto tal uso não tira o rigor da pesquisa qualitativa, mas o reforça, porque o processo de análise adquire maior detalhamento e clareza. Além de acelerar o processo de codificação, permite a recodificação das passagens e impossibilita o extravio das informações<sup>(63-65)</sup>.

Neste estudo, houve a triangulação das informações provenientes das entrevistas dos acompanhantes/cuidadores e dos profissionais da saúde. A triangulação das diversas fontes de dados e perspectivas apresenta-se como uma alternativa para certificação e exatidão das informações. Nos estudos de caso, não se almeja uma correspondência entre os dados, mas uma concordância. A triangulação apresenta múltiplas evidências, caracterizando convergência na investigação<sup>(54,60,62)</sup>.

A análise temática é operacionalizada em três etapas que possibilitam a compreensão do fenômeno em estudo<sup>(57)</sup>:

**1ª) Pré-Análise:** baseada na seleção dos documentos a serem analisados a partir do resgate do problema e dos objetivos da pesquisa. O pesquisador questiona-se sobre as relações identificadas durante a coleta de dados e pode formular indicadores que orientem as demais fases. Esta etapa é subdividida em:

- *leitura flutuante:* dos materiais apreendidos. Neste momento, o pesquisador busca a impregnação com os materiais do estudo. Essa etapa foi realizada após a impressão de todo o material gerado pelas transcrições para leitura.

- *constituição de corpus:* validação qualitativa da totalidade estudada. Apresenta critérios importantes para a validade das informações coletadas, ou seja, exaustividade (dados contemplando todos os aspectos dos instrumentos de pesquisa), representatividade (dados com características essenciais do universo pretendido), homogeneidade (dados seguem critérios precisos de seleção quanto às temáticas abordadas, às técnicas utilizadas na coleta de dados e às características dos participantes) e pertinência (dados analisados possibilitam o alcance dos objetivos do estudo e resposta ao problema de pesquisa). Nesta etapa, o pesquisador sinalizou alguns aspectos de destaque no material empírico impresso.

- *formulação e reformulação de hipóteses e objetivos:* resgatar a fase exploratória da pesquisa por meio da leitura exaustiva dos materiais apreendidos na coleta das informações a partir do problema de pesquisa. Neste momento, é importante repensar o rumo da interpretação e compreender aspectos não previstos no planejamento da pesquisa. Aqui, o

pesquisador estabeleceu categorias *a priori* para orientar a etapa seguinte. O uso do *software* QSR Nvivo foi iniciado neste instante.

Na pré-análise é importante delimitar a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (características contextuais do cenário e dos participantes), os recortes e a forma de categorização, as modalidades de codificação e os conceitos teóricos que orientam a análise das informações.

**2ª) Exploração do Material:** apoia-se no processo de classificação e codificação dos documentos em unidades de significado, as quais almejam alcançar um núcleo de compreensão temático. Nesta etapa, o pesquisador busca encontrar as categorias temáticas que organizarão as informações classificadas e categorizadas por semelhança de sentido. A categorização consiste num processo de redução do texto a palavras e/ou expressões, imagens e cenas significativas.

Neste estágio, o pesquisador começou a leitura do conteúdo inserido no *software* QSR Nvivo para proceder ao processo de codificação e categorização de todo o material empírico.

**3ª) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação:** os procedimentos estatísticos podem objetivar esta etapa, na qual a contagem dos dados brutos semelhantes permite evidenciar as informações em destaque. O pesquisador faz inferências, interpretações e reflexões a partir das inter-relações com os pressupostos teóricos norteadores do estudo. Além disso, abre-se a possibilidade de apresentar novas concepções teóricas a partir da releitura e da impregnação do material analisado. Nesta etapa, após concluída a codificação e a categorização, o pesquisador consegue visualizar somente os dados de cada categoria temática e preocupa-se em reconhecer os temas e subtemas que estão latentes para começar a descrição do fenômeno em investigação. Aqui, é fundamental a descrição minuciosa do objeto em estudo e a discussão dos achados frente ao exposto na literatura científica.

A utilização do *software* QSR Nvivo versão 7.0 facilitou todas as etapas da análise, principalmente pela sua característica de organização dos dados e pela possibilidade de recodificação durante o desenvolvimento de qualquer etapa da análise.

## **A utilização do *software* QSR Nvivo na organização das informações empíricas da pesquisa qualitativa**

Finalizada a transcrição e a digitação de todo o material apreendido na coleta de dados, utilizou-se o *software* QSR Nvivo versão 7.0 como ferramenta para início do processo de codificação e categorização.

Previamente ao uso do *software*, foi realizada a pré-análise do material com três leituras sucessivas e sequenciais para definição das pré-categorias, as quais foram elaboradas a partir das questões norteadoras e dos objetivos do estudo.

O pesquisador principal já possui domínio do *software* QSR Nvivo, a partir de estudos anteriores, o que facilitou o uso desse recurso na pesquisa qualitativa. O idioma do *software* é o inglês, sendo imprescindível que o pesquisador conheça essa língua para poder utilizar o programa e as ferramentas disponíveis.

O primeiro passo foi criar um projeto, o qual foi denominado *Segurança da criança hospitalizada e os eventos adversos*. Em seguida, foi necessário importar os documentos que subsidiariam o processo de codificação do material. O pesquisador importou duas fontes, uma pasta chamada *acompanhantes* e outra denominada *profissionais*. O processo de codificação e categorização temática começou pelo material produzido junto aos acompanhantes/cuidadores da criança hospitalizada.

O segundo passo foi criar as categorias, chamadas de *nodes* no *software* QSR Nvivo. Isso é equivalente a uma categoria temática. Nesse momento, o pesquisador criou três categorias principais (*Tree Node*) e uma categoria livre (*Free Node*) para codificar e categorizar todo o documento chamado *acompanhantes*. Os três *Tree Nodes*, ao serem criados, necessitam de um nome, e existe um espaço para descrever e justificar o nome da categoria criada. As três categorias criadas foram: *Cuidado seguro na ótica da acompanhante*; *Eventos Adversos identificados no cuidado pela acompanhante*; e *Papel da acompanhante na segurança da criança hospitalizada*.

Esse documento gerou 160 referências (*references*), classificadas durante a exploração do material. Na categoria *Cuidado seguro na ótica da acompanhante* foram registradas 66 *references*, na categoria *Eventos Adversos identificados no cuidado pela acompanhante* identificaram-se 61 *references* e na categoria *Papel da acompanhante na segurança da criança hospitalizada* foram encontradas 33 *references*. Os *references* correspondem as

Unidades de Sentido se fizermos uma interface com a terminologia empregada na exploração do material na análise temática.

Durante a exploração do documento, o pesquisador selecionou no texto original as passagens/fragmentos que estavam relacionados a cada categoria (*Tree Node*), selecionando-os. Clicando em codificar (*code*), abre-se uma janela contendo todos os *Tree Nodes* criados, para que o pesquisador proceda à classificação conforme pré-definições. Cada *Tree Node* começa a fazer uma contagem de suas *references*, iniciando sempre pelo número 1, e assim sucessivamente. Uma possibilidade interessante é acessar no documento original todas as passagens/fragmentos codificadas e classificadas, visualizando de qual parte do texto surgiram e/ou para lembrar questões contextuais que porventura foram registradas no diário de campo.

Concluída essa etapa, o mesmo processo se realizou com o documento *profissionais*, que gerou 198 *references*. Foram criadas quatro categorias temáticas principais (*Tree Nodes*). Essas categorias também foram descritas e justificadas conforme comentado anteriormente. As quatro categorias foram: *Hospital: cenário de segurança para a criança hospitalizada?*, que gerou 36 *references*; *Eventos Adversos na ótica dos profissionais da saúde*, com 42 *references*; *Cuidado seguro: estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde*, que gerou 51 *references*; e *Cultura da segurança do paciente*, com 16 referências encontradas.

Durante a codificação e categorização dessa etapa, foi necessário criar duas subcategorias a partir da análise do material. Na segunda categoria (*Eventos Adversos na ótica dos profissionais da saúde*) foi criada a subcategoria *Ações dos profissionais frente ao evento adverso*, a qual identificou 28 *references*. A outra subcategoria criada foi *Educação para a segurança do paciente*, com 22 referências na categoria *Cultura da segurança do paciente*.

Quanto aos *Free Nodes* (categorias livres), identificaram-se sete *references* que apresentam alguma relação com os objetivos da pesquisa.

A terceira etapa foi separar cada categoria e subcategoria, reler as informações classificadas e partir para a construção teórica de cada categoria a partir do material empírico previamente codificado e categorizado com o apoio do *software* QSR Nvivo 7.0.

Um destaque do uso desse software é que é possível ajustar o texto durante a codificação e categorização, além de consultar sempre no documento original de onde foi retirado determinado fragmento ou passagem categorizada.

Por opção do pesquisador, concluída a categorização, foi criado um novo documento no *Software* Microsoft Word®, para onde se copiou todo o material categorizado para

releitura e revisão, além de ajustes na identificação dos fragmentos/passagens. No texto, os fragmentos das acompanhantes apareceram codificados pela letra A, seguida de um algarismo numérico para indicar a ordem de participação e o segmento, por exemplo, A1 = Acompanhante 01. Já os profissionais foram codificados pela letra P, seguida de algarismos numéricos, por exemplo, P5 = Profissional da Saúde 05.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

Os preceitos bioéticos foram respeitados e seguidos de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(66)</sup>. O projeto foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS sob o número 57/09 (ANEXO A). Após, foi encaminhado ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) para ser avaliado pela Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo aprovado sob o número 100085 (ANEXO B), previamente ao início da coleta de dados.

Depois da aprovação do projeto, foi agendada uma reunião com a chefia de enfermagem e outra com a chefia médica das áreas envolvidas para fins de apresentação da proposta e apoio durante a coleta de dados.

Os participantes foram esclarecidos de que a participação era de caráter voluntário, podendo haver a desistência em qualquer uma das etapas propostas, sem que esta decisão causasse ônus a si ou à criança em tratamento, ou mesmo interferência nas atividades dos profissionais envolvidos. O pesquisador apresentou também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), aprovado pelo GPPG, em duas vias, sendo que uma via ficou com o pesquisador e a outra com o participante. Foi utilizado o mesmo termo para os profissionais e acompanhantes/cuidadores, desta vez apresentado pela auxiliar de pesquisa, que assumiu o compromisso de realizar a leitura e explicar todos os procedimentos de forma acessível.

As gravações com as entrevistas ficarão armazenadas com o pesquisador por um período mínimo de cinco anos e, após esse tempo, serão inutilizadas, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais nº 9610/98<sup>(67)</sup>.

Para fins da preservação do anonimato dos participantes, estes foram codificados por letras, seguidas de algarismos numéricos, representando a ordem em que foram entrevistados. Adotou-se a letra A para os acompanhantes/cuidadores e a letra P para os profissionais da saúde. Assim, entenda-se A1 como Acompanhante/Cuidador 01, e assim sucessivamente, até o número 15; e P1 como Profissional da Saúde 01, e da mesma forma até o número 23. Os segmentos das falas selecionadas serão apresentados pela letra R (*reference*), acrescida de um número gerado pelo *software* QSR Nvivo 7.0.

A cada participante foi explicado que o estudo não previa nenhum tipo de risco ou desconforto e que poderiam se retirar a qualquer momento. Apenas um participante retirou seu consentimento após o início da entrevista.

Os benefícios esperados com a pesquisa corroboram as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que recomenda e incentiva estudos que discutam a segurança do paciente.

O foco do estudo não buscou identificar os atores envolvidos e nem os eventos adversos para fins de punição ou notificação. A intenção foi permitir, a partir do reconhecimento desses eventos, o entendimento das situações e a valorização da educação permanente nos cenários de cuidado em saúde.

## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e discussão foi desenvolvida a partir do tratamento dos materiais empíricos provenientes das entrevistas com as acompanhantes/cuidadoras e dos profissionais da saúde, além dos registros do diário de campo do pesquisador.

O quadro 01 apresenta as categorias temáticas que foram desenvolvidas no processo de agrupamento realizado pelo *software* conjuntamente aos procedimentos da terceira etapa da análise temática.

A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil						
Acompanhantes/Cuidadores			Profissionais da Saúde			
Os eventos adversos identificados nas circunstâncias de cuidado pela acompanhante da criança hospitalizada	O cuidado seguro na ótica da acompanhante da criança hospitalizada	O papel da acompanhante na segurança da criança hospitalizada	Hospital: cenário de segurança para a criança?	Os eventos adversos na ótica dos profissionais da saúde	Cuidado seguro: estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde	Por uma cultura da segurança do paciente: propostas educativas
				Ações dos profissionais da saúde frente ao evento adverso		Educação para a segurança do paciente
Contexto da Atenção em Saúde						

Quadro 01: Categorias temáticas do processo de análise das informações.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A pesquisa incluiu 38 participantes envolvidos no cotidiano de atenção e cuidado da criança hospitalizada. A coleta das informações aconteceu em dois momentos, conforme descrito na metodologia. Primeiramente, foram entrevistados os acompanhantes/cuidadores da criança hospitalizada e, após, os profissionais da saúde envolvidos nesse contexto. Destes, eram 15 acompanhantes/cuidadores e 23 profissionais da saúde.

Na primeira etapa que incluiu os acompanhantes/cuidadores, identificou-se que todos os pesquisados eram do sexo feminino e mães das crianças hospitalizadas. A idade delas compreende à faixa etária entre 19 e 54 anos. Apenas cinco não possuem companheiro e 10 têm companheiro. Quanto à procedência, 11 são procedentes de Porto Alegre e/ou da Região Metropolitana, três são do interior do Estado do Rio Grande do Sul e apenas uma vem de outro estado (Santa Catarina). Quanto à ocupação, declararam-se: sete do lar, duas domésticas, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, uma vendedora, uma professora, uma confeitadeira e uma estudante. Quanto à escolarização, cinco têm menos de oito anos de estudo (ensino fundamental incompleto), quatro apresentam o ensino fundamental completo, quatro terminaram o ensino médio (11 anos de estudo), uma com ensino superior completo e uma com superior incompleto. A renda familiar dessas mulheres varia entre R\$ 500,00 e R\$ 2.500,00.

Dentre os 23 profissionais de saúde incluídos no estudo, sete eram enfermeiras, seis técnicos de enfermagem, seis residentes (cinco médicos e uma enfermeira) e quatro médicos titulares (dois professores e dois contratados). A idade dos profissionais variou entre 25 e 65 anos. O tempo de formação variou entre 18 meses e 41 anos, sendo que apenas três profissionais apresentavam tempo de formação inferior a cinco anos, e 13 tinham mais de 10 anos de formação. O tempo de experiência na área da criança/pediatria variou entre 10 meses e 39 anos, ocorrendo que apenas cinco profissionais estão há menos de cinco anos atuando nessa área do conhecimento. Quanto a pós-graduação e formação complementar, os profissionais da saúde de nível médio (técnicos de enfermagem) apenas realizam os cursos de capacitação interna e nenhum cursa ensino superior. Já entre os profissionais de nível superior, seis possuem especialização *lato sensu*, seis estão cursando residência (médica ou multiprofissional), três com mestrado *stricto sensu* e um com doutorado. Quanto ao setor de atuação, oito atuam na UOP 3º Leste, quatro atuam na UIP 10º Sul, quatro atuam na UIP 10º Norte e sete atuam tanto na UIP 10º Sul quanto na UIP 10º Norte.

## 5.2 OS EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS NAS CIRCUNSTÂNCIAS DE CUIDADO PELA ACOMPANHANTE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

As acompanhantes/cuidadoras das crianças hospitalizadas em unidades de internação pediátrica identificaram diversos eventos adversos durante a hospitalização de seus filhos. A



avaliação do material empírico identificou 60 referências a esse tema durante a análise das informações. Das 15 acompanhantes/cuidadoras selecionadas para o estudo, quatro não conseguiram identificar eventos adversos nas circunstâncias de cuidado durante a hospitalização de seus filhos. Entretanto as demais participantes puderam descrever uma série de ocasiões que emergem de circunstâncias de cuidado, sendo estas as ações realizadas por/para alguém no contexto de um serviço de saúde que caracterizam o atendimento e as intervenções realizadas pelos profissionais envolvidos.

As circunstâncias mais citadas e geradoras de maior preocupação entre as participantes acompanhantes dizem respeito a medicamentos. Os erros de medicação podem acontecer em qualquer etapa da cadeia que caracteriza esse processo, especialmente na prescrição e na administração<sup>(68)</sup>.

As participantes reconheceram que as medicações podem ser prescritas e administradas de forma inadequada. Em relação à prescrição, elas observaram que os médicos costumam testar vários fármacos até encontrar o que vai fazer o efeito desejado, e julgaram essa conduta como aceitável. Elas acreditam que essa ação é possível e o erro é considerado inerente ao ser humano. Porém a troca de medicamentos e/ou aumento da dose pode ser um fator gerador de eventos adversos. Os depoimentos exemplificam essa questão:

[...] dá pra falar que de início houve grande negligência, porque ela veio pra cá pra fazer controle de medicamento [...]. Como ela tomava só um medicamento, aí ela prescreveu mais um, né, quando tava só um remédio dividido em quatro partes, tava tranquilo. Aí no dia primeiro de noite passou a metade, digamos, 50%. Isso no sábado, passou segunda e ela tava totalmente sonolenta. (A1R1)

Esse remédio ali não tá dando, não tá adiantando, daí ele vai e troca, claro, os médicos muitas vezes não acertam na primeira, é humano, né? Ele vem te dar um medicamento, de repente não tá dando certo, ele vai e troca, experimenta o outro, sabe. É que nem antibiótico, ele trocou uma vez, duas de antibiótico, né. Então até acertar, às vezes, não acertam de primeira também, ninguém é obrigado a acertar tudo. (A4R34)

Várias pesquisas têm identificado eventos adversos relacionados a erros de medicação<sup>(9,37,48,69-70)</sup>. Um estudo realizado no Rio Janeiro teve como objetivo adaptar a metodologia, os critérios e os instrumentos de rastreamento de eventos adversos a medicamentos propostos pelo Institute for Healthcare Improvement, além de avaliar a ocorrência de eventos adversos a medicamentos em um hospital especializado. Foi identificada uma incidência de 14,3% de eventos adversos relacionados a fármacos, e em 25% desses foi necessário suporte de vida. Nessa pesquisa, ainda se observou que o maior tempo de internação, a retirada abrupta do medicamento e a internação na UTI foram os principais fatores de risco para a ocorrência de eventos adversos<sup>(70)</sup>.

A administração de medicamentos é uma atividade da equipe de enfermagem, executada na maioria das vezes pelo técnico de enfermagem sob supervisão do enfermeiro. Porém essa supervisão muitas vezes não é realizada de maneira desejável, ou seja, direta, diária e permanente. Sabe-se que vários fatores podem contribuir para que isso ocorra, entre eles o próprio sistema organizacional (número de enfermeiros vs. número de técnicos de enfermagem vs. distribuição de pacientes) e ainda o tipo de cuidados necessários. Enfim, nada poderia justificar falhas na supervisão, mas os meios de comunicação estão frequentemente mostrando o déficit de nosso sistema de saúde no que tange, principalmente, ao fator humano. As participantes apontaram que as medicações podem ser oferecidas repetidas vezes, em doses excessivas, fora do horário estipulado e sem registro adequado no prontuário.

Outra coisa também né, tá na hora do medicamento: “Ó mãe, tá na hora do medicamento, ó mãe tá na hora do bactrin, ó mãe, ó a gotinha, vamos dar a gotinha”. Aí a mãe vai, coloca, tudo assim. Aí qualquer coisa que der erro no medicamento, aí quem é que fez? Que nem muitas vezes já chegaram e deram 5 ml, sendo que ela toma 3. (A1R11)

Aconteceu só uma coisinha, que eles botaram o remédio de novo que já tinha sido anotado na pastinha tudo, disso aí eu fiquei com medo. Mas, não... Daí eu só pedi pra agora toda vez que elas vem botando, “qual remédio?”, eu ia perguntando, sabe, pra garantir que... O remédio deu alergia nele, na primeira semana, daí na segunda semana já tava na pastinha, aí se enganaram e deram de novo. Acho que a enfermeira não sabia, mas... Daí eu fiquei só cuidando. (A6R37)

Ela [técnica] deu remédio de vermes pra minha filha e não anotou na planilha, e depois a outra que chegou trocou o plantão e deu o remédio de novo, mas a culpa não foi da que deu de novo, mas sim da que não anotou. Eu anotei o nome dela pra fazer essa crítica. (A12R57)

A complexidade que envolve o processo da medicação, desde a prescrição até a administração, necessita ser revista pelos profissionais da saúde, pois é uma atividade exclusiva destes, a qual exige precisão, responsabilidade e conhecimento científico para que não ocorram eventos adversos.

Uma pesquisa quase-experimental, realizada em três unidades pediátricas de um hospital universitário da cidade de São Paulo, propôs um algoritmo juntamente com um programa de educação para os profissionais da equipe de enfermagem para redesenhar as etapas do preparo e da administração de medicamentos. Esse algoritmo sugere a estratégia dos sete certos como metodologia para prevenção de erros: além da confirmação dos cinco certos (Paciente, Leito, Fármaco, Horário, Via), a inclusão da Orientação Certa e da Documentação Certa. Esse estudo demonstrou uma diminuição na incidência de erros de medicação, porém teve uma limitação importante relacionada à baixa adesão da equipe de enfermagem à proposta educativa<sup>(69)</sup>.

A última etapa – administração e registro da medicação – é um procedimento exclusivo da equipe de enfermagem, sendo arriscado delegar tal atividade para a mãe ou mesmo responsabilizá-la por isso. Apesar de a mãe manifestar o interesse em compartilhar o cuidado com a equipe de enfermagem, é necessário haver critérios que delimitem as intervenções, que podem realmente ser realizadas, se esse for o desejo da acompanhante/cuidadora.

Durante a hospitalização, a criança é exposta a diversos medicamentos que fazem parte do seu plano terapêutico, o que é uma conduta necessária para resolver parte da situação que a trouxe até o serviço de saúde. Sabe-se que as medicações possuem efeitos adversos – principalmente na primeira exposição a uma nova droga – e devem ser monitoradas para não se transformarem em eventos adversos. Quando um efeito indesejável é observado repetidas vezes numa mesma criança, pode-se considerar um evento adverso, pois na primeira ocorrência a medicação deveria ser reavaliada e/ou substituída por outra.

Esses achados corroboraram um estudo realizado em um hospital universitário de Minas Gerais, evidenciando erros de medicação por causa do elevado número de fármacos utilizado na pediatria, da preferência pela via parenteral endovenosa e do tempo de hospitalização superior a 20 dias. Esse estudo enfatiza o papel do farmacêutico no diálogo com a equipe médica para conversão da via endovenosa para a oral<sup>(71)</sup>.

As acompanhantes/cuidadoras estão atentas e questionam as etapas que envolvem a administração de medicamentos a seus filhos. Por isso, muitas delas buscam informações prévias com o médico e com a enfermeira, para saber detalhes do medicamento, os horários, o volume de cada dose e os efeitos do fármaco envolvido, a fim de identificar possível erro na administração e garantir a segurança do paciente nesse momento.

O registro correto é um dos sete certos envolvendo a administração de medicamentos, porém nem sempre ele recebe a mesma atenção que as demais etapas do preparo e da administração de medicamentos. Para tanto, é recomendado o registro e a checagem do medicamento tão logo ele seja administrado para evitar imprecisão, esquecimento e repetição. O registro é uma ferramenta para comprovar as intervenções realizadas e pode ajudar na identificação de um evento adverso ou mesmo na prevenção do episódio, caso o profissional tenha alguma dúvida na realização de algo que já foi cumprido.

Identificar os tipos de erros e os fatores de risco que ocorrem durante o processo de administração de medicamentos foi o objetivo de um estudo que apresentou divergências entre a notificação dos erros de medicação e a percepção da equipe envolvida. Os profissionais consideraram a administração da medicação no paciente errado como a mais

corrente, porém as ocorrências registradas indicavam que o paciente não havia sido medicado. Isso torna claro que a subnotificação e o medo das punições ainda caracterizam a conduta da equipe de enfermagem frente aos eventos adversos<sup>(72)</sup>.

A divisão/compartilhamento dos cuidados entre acompanhantes e a equipe de enfermagem pode resultar em eventos adversos. As participantes demonstraram algumas circunstâncias de cuidado em que a equipe de enfermagem não cumpriu o seu papel e a sua responsabilidade no cuidado da criança, delegando ou deixando ao encargo da acompanhante, como se observa abaixo:

Ontem meu marido chegou, aí eu desci, já que não pode ficar os dois aqui em cima [...] no que ele subiu ela tava borbulhando em secreção... geralmente, quando a gente sai uma [mãe] cuida do filho da outra e qualquer coisa chama alguém [técnicas], né. [...] Outra coisa é assim, se o teu filho começar a ter uma diarreia elas [técnicas] chispam. Depois que tu terminou, elas voltam. Ninguém fica ali pra te dar um apoio na hora que tu tá precisando. (A1R9-10)

Hoje eles tão muito de olho nele, cuidando dele, que o problema dele tá complicando, tá muito sério, né. Então eu pedi pra guria [técnica] ficar ali olhando ele pra mim e ela ficou, o tempo todo olhando ele enquanto eu saí, mas, geralmente, não é assim. Ela passa, ela espia. (A4R33)

Assim, de noite que elas [técnicas] saem muito. Saem e não ficam muito na sala, né, com os bebês. Claro que já ficam as mães pra ter o cuidado, mas devia assim, podia ser melhor, né. Ficar mais aqui... à noite. [...] Eu tava aqui junto, mas acho que eu cochilei e as mamadas dele ficavam ali, né. Elas não davam, não me chamavam. Não é todas, né. (A8R40-41)

Se tu pede a ajuda dela [técnica], ela diz assim “já vou” e aquele “já vou” demora muito tempo, ou ela não vem. Eu já vi ela, eu já vi ela falando dessa mãe [...] chamando a mãe de chata, mas ela não viu que eu ouvi, entendeu? Eu ouvi [...] consegue uma compressinha, consegue uma toalhinha, e aí “já venho” e não dá atenção. (A12R56)

As participantes diferenciam algumas posturas adotadas pelos técnicos de enfermagem que representam eventos adversos, pois podem prejudicar a atenção em saúde necessária ao seu filho. Observa-se nos relatos anteriores que algumas buscam o apoio de outros acompanhantes/cuidadores quando precisam se ausentar da unidade. Elas esperam presteza, atenção e agilidade do técnico de enfermagem no desempenho de suas ações, mas não é a realidade observada na prática. Apesar de não ser uma situação geral, é importante haver coesão e corresponsabilidade entre a equipe de enfermagem e trabalho em equipe, para garantir o cuidado integral da criança e da acompanhante/família.

Um estudo realizado em Recife teve como objetivo apreender as concepções da equipe de enfermagem que atua no cuidado à criança hospitalizada, acerca da presença da mãe durante a hospitalização de seu filho. Concluiu-se que a equipe de enfermagem deveria repensar a sua relação com a mãe da criança, incluindo-a no planejamento dos cuidados e garantindo o exercício do seu papel de acompanhante<sup>(23)</sup>. Outros estudos têm enfatizado a

definição dos papéis inerentes à acompanhante/cuidadora, às alterações na estrutura e na dinâmica familiar, à necessidade de inclusão da família, ao diálogo e à escuta sensível entre os profissionais da saúde e a família, cabendo à enfermagem desenvolver estratégias para incorporar a família na relação de cuidado da criança hospitalizada<sup>(73-75)</sup>.

Acredita-se que a cuidadora leiga necessita ser instrumentalizada para o cuidado de higiene, conforto e alimentação da criança doente, mas isso não pode isentar a equipe de enfermagem de ser a responsável e supervisora dos cuidados realizados. As acompanhantes/cuidadoras ficam menos inseguras com a presença dos profissionais da saúde, garantindo que todos os cuidados estão sendo realizados.

A execução de procedimentos invasivos associada a uma avaliação física sumária e limitada da criança hospitalizada são circunstâncias de cuidado geradoras de eventos adversos, na ótica das acompanhantes/cuidadoras da criança hospitalizada. É desejado que os profissionais da saúde examinem a criança detalhadamente, conversem com a acompanhante/cuidadora, expliquem sobre os exames e solicitem-nos com exatidão. Da mesma forma, as pesquisadas gostariam de precisão na realização de procedimentos invasivos e diagnósticos médicos, pré-avaliação da real necessidade de intervenções dos profissionais da saúde, exame físico e clínico de excelência e qualidade técnica na realização dos procedimentos.

A prática baseada em evidências e a adoção de diretrizes e procedimentos operacionais padrão (POPs) são recomendações da Organização Mundial da Saúde para evitar erros na realização de procedimentos e intervenções dos profissionais da saúde. O seguimento de diretrizes e POPs pode minimizar a chance de falhas nas intervenções dos profissionais da saúde e colaborar para o aprendizado de boas práticas. Estimula-se o desenvolvimento de *checklist* como estratégia para orientar os profissionais da saúde na realização de intervenções clínicas<sup>(76)</sup>. Poucos estudos têm mensurado a relação entre eventos adversos e a realização de procedimentos invasivos na internação pediátrica<sup>(4,38,49)</sup>.

As participantes não entendem se a demora dos resultados de exames é uma questão associada à complexidade dos exames diagnósticos ou se existem outros fatores envolvidos. Em relação aos procedimentos invasivos, verificou-se que a falta de planejamento e destreza técnica de toda a equipe, na execução, pode resultar em eventos adversos, os quais têm a possibilidade de prejudicar e agravar o estado clínico da criança, como dor excessiva e agitação psicomotora provocada pelo choro. A punção venosa e/ou arterial, a entubação traqueal e o cateterismo vesical são exemplos de procedimentos invasivos que apresentam

elevado potencial de insucesso quando a equipe de saúde não está preparada e a execução do procedimento não foi devidamente planejada.

Em relação ao cuidado dela nada, a não ser essa demora dos resultados, mas não é uma questão dos médicos, né. É próprio dela, de tá demorando pra ser visto o que ela tem, pra ser diagnosticado, mas eu nem sei te dizer se é alguma coisa com os médicos [...] É uma coisa que eu sei que tem que ser bem estudada pra não ter nenhum erro. (A12R46/54)

Outro episódio também... Foi pedido pra passar uma sonda nele, um dia depois que ele fez uma cirurgia de hérnia. Então, ele tava muito inchado, muito dolorido e aquela sonda começou a passar, e ele gritava e ela [enfermeira] não parava, daqui a pouco ela diz “eu tive que parar porque eu vi que ele tava sentindo muita dor”. Sabe assim, eu acho que ela tem que avaliar o negócio, ali tá tudo inchado sabe, eu acho que não era o momento pra fazer aquilo ali. [...]. (A4R31-32)

É que eu não gosto quando tem que fazer um monte de coisas [procedimentos]... Tirar sangue, essas coisas, espetar ele, mas isso aí tem que ser né, é pro bem dele. A gente não gosta, mas precisa. [...] As meninas botam remédio, mas tem coisa que elas não tão cuidando, assim, pra saber se ele melhorou, se não melhorou. Elas tão olhando de longe, né. (A2R20/22)

[...] Ia fazer um mês que ela já tava internada por causa da aspiração [...]. Ela foi fazer a traqueo com emergência, inclusive na UTI tentaram entubar e não conseguiram, quebraram até o dente da guria tentando. Tudo por causa da aspiração! E a guria tava passando mal [...]. Pra mim, a minha filha já podia ter melhorado muito mais. Ela foi pegando uma infecção em cima da outra. [...] Mas por dois meses trataram a crise de diabete como dor de ouvido. (A1R4/17)

O exame físico e clínico da criança previamente à realização dos procedimentos invasivos deveria ser uma recomendação para todos os profissionais da saúde, assim como o planejamento do procedimento. Tal planejamento deve envolver a separação de todo o material necessário, o diálogo entre os envolvidos, a explanação para a acompanhante/cuidadora e a criança sobre a ação a ser realizada, e ainda o conhecimento das características individuais do paciente para que minimize ou impeça que ocorram imprevistos. Os profissionais de saúde também deveriam estar aptos a identificar problemas que interrompem a conclusão da intervenção durante o procedimento, pois existem fatores que podem evitar ou postergar sua execução. Por exemplo, realizar as intervenções sob condições impróprias à saúde da criança, como alterações nos sinais vitais, edema, dor, choro, agitação, sonolência, entre outros, pode aumentar a descompensação dos parâmetros já alterados e, dessa maneira, transformar-se em um evento adverso.

É importante o profissional compreender que a insistência potencializa o erro e vulnerabiliza ainda mais o paciente e seu acompanhante/cuidador, e que este possa acompanhar a realização de procedimentos sempre que possível.

A união das técnicas semiológicas às tecnologias contribui para o êxito na realização de um exame físico e na avaliação do paciente, porém os profissionais da saúde não deveriam somente direcionar a sua investigação por aspectos ligados à doença e à busca por

diagnósticos. O profissional poderia procurar uma relação interpessoal, valorizando os aspectos humanísticos, sociais e estéticos presentes na realização do exame físico. O contato proporcionado pelo exame físico permite conhecer o paciente, facilita a comunicação e o cuidado humanizado<sup>(77)</sup>. Pesquisas sobre o ensino do exame físico e clínico pediátrico na medicina e na enfermagem têm destacado as limitações e fragilidades que os futuros profissionais enfrentam durante o seu processo de formação profissional. Os estudantes sentem a necessidade de seguir roteiros preestabelecidos e demonstram dificuldades quando é preciso integrar os conhecimentos de fisiologia, anatomia, bioquímica e semiologia no raciocínio clínico<sup>(78-80)</sup>. A excelência na realização do exame físico e clínico contribui para um cuidado em saúde seguro, principalmente por prevenir erros relacionados à limitada avaliação das condições de saúde da criança hospitalizada.

Outra questão trata dos problemas relacionados à formulação e à definição dos diagnósticos médicos, porque eles definirão as diretrizes do tratamento. Quando ocorre um erro de diagnóstico médico, acontece um evento adverso de grande magnitude para a criança, pois ela pode ser submetida a medicações, procedimentos e exames, sem resolver o problema principal que limita sua saúde.

O seguimento das diretrizes e das recomendações do serviço de controle de infecção hospitalar foi outra questão levantada pelas participantes. Elas observaram que as rotinas e orientações não são seguidas por todos os profissionais, e isso interfere na recuperação da saúde da criança. Uma participante enfatizou muito a higienização das mãos e os critérios das medidas de bloqueio epidemiológico para evitar a propagação de infecções e a contaminação das crianças hospitalizadas:

Aí trocaram ela e não se lavaram ou trocaram os outros e não se lavaram [...]. Começou a dar multirresistente na urina. Aí mais um dia. [...] É que deveria ter mais higiene por parte das técnicas. Outro dia tinha uma criança com catapora, a mocinha ficou de manhã no meio da catapora, depois de tarde foi lá nos outros quartos... O sapato das tias não são mais branco há muitos anos, os uniformes, atrás do jaleco já tão dobrados de tanto sentar e não é lavado [...] Eu acho que se eles me botassem num quarto de isolamento, a coisa ia ficar melhor. Porque o que acontece, quando a guria tá melhorando, chega o vizinho [...] O guri cheio de sapinho e por ironia do destino a coisa foi direto ali. (A1R5/13/18)

É fundamental haver critérios específicos para colocar as crianças em quartos coletivos e rotinas a serem seguidas para evitar a disseminação de infecções. Diante disso, julga-se essencial haver responsabilização de todos os membros da equipe, independentemente de cargo ou função, pois a infecção se dissemina e o principal prejudicado é o paciente.

Destacar as infecções hospitalares como problema sério para a segurança do paciente tem intensificado as medidas para controle e vigilância, as quais podem ser classificadas

como eventos-sentinela. As instituições de saúde têm se mobilizado para garantir a implementação de estratégias rigorosas para a prevenção de infecções hospitalares desencadeadas por más práticas da equipe de saúde<sup>(68)</sup>. As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são temas de pesquisas, procedimentos e estratégias que mobilizam a criação de insumos e tecnologias de grande complexidade, além de instigarem treinamentos e capacitações para trabalhadores e usuários dos serviços de atenção à saúde. Contudo, a baixa adesão dos profissionais da saúde a essas medidas é permanente preocupação<sup>(81)</sup>.

Talvez na atenção à saúde da criança seja mais difícil manter elevados padrões de controle de infecção, pois alguns fatores estão ligados à própria natureza do paciente, haja vista os contatos que fazem parte de seu desenvolvimento. Elas colocam mais objetos e as mãos na boca, tocam mais em outras crianças, trocam de chupetas, entre outras situações muito peculiares do universo infantil. Além disso, muitas vezes o próprio acompanhante/cuidador não segue as orientações e mantém contato com outras crianças do quarto. A conscientização sobre a higienização das vestimentas e das mãos necessita ser uma atitude individual e também coletiva.

A contaminação de um paciente por agente infeccioso propagado por contato direto de mãos, equipamentos ou ambiente é considerada evento adverso e poderia ser prevenida por atitudes simples, como a correta e periódica higienização das mãos antes e após o contato com cada criança.

As mãos são os principais propagadores de micro-organismos associados ao cuidado em saúde de paciente para paciente e dentro do ambiente hospitalar. A higienização das mãos é a principal medida para impedir a disseminação da resistência antimicrobiana e redução das IRAS, porém o cumprimento dessa medida universal permanece baixo entre os profissionais da saúde<sup>(81-82)</sup>. A Organização Mundial da Saúde recomenda diretrizes e protocolos a serem seguidos pelas instituições sobre a higienização correta das mãos. Essa temática foi a primeira mudança mundial proposta para a segurança do paciente quando foi lançada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de melhoria nas práticas de higienização das mãos em todo o mundo, além de promover uma forte cultura de segurança do paciente<sup>(2)</sup>.

O número insuficiente de trabalhadores foi uma reclamação presente para as acompanhantes pesquisadas. Elas mencionam que deveria haver um maior número de profissionais, principalmente técnicos de enfermagem, para realizar o atendimento dos seus filhos com a qualidade necessária. Os relatos confirmam essas queixas:



[...] A técnica tá cansada, porque a técnica tá trabalhando em dois serviços e fica sempre pendurada no telefone controlando os filhos em casa. Eu acho, tu não tem que trabalhar por causa de dinheiro. Tu tem que trabalhar sabendo que as crianças tão precisando de um apoio, né. (A1R15)

Tinha que ter dois [técnicos] pra ajudar, pra ver, assim, coitada, uma tem que cuidar de dois, três, eu fico com pena delas. (A2R21)

Foi muito ruim lá a experiência, eu até tive bastante resistência pra vir pra cá de novo, porque lá é muito ruim. Amontoado de crianças, assim, um em cima do outro, chorando. O atendimento também, as meninas [técnicas] se complicam um pouco, sabe, porque é muita criança pra uma só [...]. (A4R26)

As participantes ressaltam que os cuidados realizados por mais profissionais garantiriam maior qualidade e satisfação das mães, além de se comoverem a favor do trabalho que os técnicos de enfermagem buscam desenvolver. Elas demonstram ter conhecimento das dificuldades, mas ao mesmo tempo querem que o melhor cuidado seja oferecido ao seu filho.

A sobrecarga de trabalho e o excesso de horas trabalhadas potencializam a ocorrência de eventos adversos e diminui a qualidade da atenção oferecida ao paciente<sup>(68,83-84)</sup>.

Compreende-se que o processo que envolve a medicação, a divisão/compartilhamento dos cuidados de enfermagem, os procedimentos invasivos, a avaliação da criança, as normas do controle de infecção hospitalar e a sobrecarga de trabalho são elementos que têm relação direta com a propensão a eventos adversos. Entretanto o estudo reconheceu que as relações interpessoais e o processo de comunicação entre profissional-acompanhante/cuidador-paciente e acompanhante-acompanhante também é um grande gerador de eventos adversos no contexto da hospitalização infantil. Algumas situações estão intrinsecamente ligadas à abrangência das necessidades humanas básicas para a vida de qualquer ser humano, como conforto, privacidade, bons tratos, atenção, entre outras.

As mães enfatizaram que só querem que o filho seja bem atendido e cuidado pelos profissionais e não exigem o mesmo tratamento com elas, abdicando do papel de também serem usuárias do serviço de saúde na figura de cuidadora da criança hospitalizada. Elas identificam inúmeras circunstâncias de cuidado que predispõem seus filhos a eventos adversos no local onde deveria imperar o cuidado e o carinho frente às fragilidades que ambos estão vivenciando. A questão de ter um local para o descanso da longa jornada que se torna uma hospitalização também é uma preocupação, pois elas reconhecem que precisam descansar para poder exercer o papel de acompanhante/cuidadora da criança nesse momento. As passagens abaixo ilustram um pouco o sentimento vivenciado:

É uma negligência em cima da outra. Não é só eu que vejo isso, todo mundo vê. A gente só quer é o conforto dela, né, nós não importa, só o conforto. (A1R8)

O ruim aqui é as cadeiras pra mãe dormir. Eu ainda vou pra casa, às vezes, mas tem mães que ficam direto aqui, que vêm do interior. Tinha que ter [...] uma questão delas ter conforto melhor pra dormir, assim, porque essas cadeiras aqui não são boas. [...] mais é o conforto mesmo, não tanto por mim, mas sim por pessoas que ficam aqui de noite [...]. (A2R19/23)

Eu ia ficar bem braba, né, porque ela tá aqui pra ser atendida bem e não pra ser atendida maltratada. (A10R44)

Falta de privacidade em alguns momentos. [...] Isso aí não tem como evitar, porque, né, tu tem que dividir o quarto, então não importa, porque a privacidade tu tem na tua casa só, né, então tu tem que saber lidar. [...] Foi a falta de respeito assim, ela [acompanhante] acorda, se o filho dela acorda ela não tá nem aí, ela abre a janela, liga a televisão e azar o teu que dormiu mal, que teve febre, que tá descansando agora. (A12R48-49/52)

Um pouco da enfermagem, profissionalismo, né. Uns são carinhosos, outros já são mais friozinhos, mas passa batido. O importante é que eles tenham cuidado com o meu filho. A mãe não precisa. (A13R58)

A convivência em grupo de pessoas em situações de extrema fragilidade pode culminar em dificuldades de relacionamento entre familiares e acompanhantes. A privacidade é uma necessidade básica para todos, além de ser uma questão que garante certa individualidade, sendo, portanto, fundamental a sua garantia. É dever dos profissionais da saúde zelar pela privacidade do paciente em todos os momentos da hospitalização e orientar os acompanhantes/cuidadores sobre esse respeito mútuo.

A hospitalização da criança gera desgastes entre a equipe de saúde-criança-acompanhante/família, pois a permanência integral e prolongada intensifica o cansaço, a ansiedade e fragiliza o estado emocional dos envolvidos na atenção à criança. Por outro lado, a infraestrutura precária e a falta de privacidade também podem desencadear conflitos nesse espaço<sup>(74,85-87)</sup>.

Os profissionais que atuam na atenção à saúde da criança apresentam peculiaridades que os diferenciam das demais áreas. Paciência, tolerância, carinho e afeto pelos pacientes e acompanhantes, solidariedade e respeito às diferenças e às limitações são algumas especificidades encontradas nesses trabalhadores que colaboram na relação profissional da saúde-paciente-acompanhante/família.

Um estudo qualitativo realizado no Rio de Janeiro objetivou analisar a dinâmica do cuidado nas unidades de internação pediátricas na perspectiva dos profissionais de enfermagem e apreender o típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. Destacou-se que os profissionais que atuam na atenção à criança se preocupam em desenvolver um cuidado de excelência, com muita dedicação, para haver recuperação rápida, estabelecer uma relação de confiança e verdade para o paciente se sentir seguro, oferecer cuidado físico e emocional, empregar a brincadeira como estratégia e

envolver a família na perspectiva profissional, preparando-a para o cuidado no domicílio<sup>(88)</sup>. Contudo essa realidade não é frequente na maioria das instituições de saúde, pois são observados a fragmentação das atividades e o enfoque puramente clínico, sem envolver o acompanhante na relação de cuidado<sup>(84,89)</sup>.

O processo de comunicação entre profissional da saúde-paciente-acompanhante foi um enfoque descrito pelas participantes do estudo. Muitas não estavam satisfeitas com essa relação, principalmente por dificuldades no processo de comunicação com os profissionais envolvidos na atenção em saúde do filho, o que é exemplificado pelos relatos:

Os médicos vêm aqui e ficam revirando ele. Que nem num caso, tinha exame pra fazer e eu não sabia. Aí chegou na hora daí levei aquele susto. (A3R24)

A equipe de enfermagem, algumas dão mais atenção, outras dão menos. Acho que cada uma tem seu jeito também, né. [...] É, sempre cuidaram, né, às vezes tem uns deslizos assim, mas não tenho muita queixa. [...] Às vezes da equipe médica, de proteção mesmo, não esclarecer muita coisa. (A8R39/42-43)

Um pouco de, como vou falar... Atenção de alguns médicos, sabe? Porque, às vezes a gente tem que tá correndo atrás de uns aí pra poder saber. [...] Eu só ia falar que não tava gostando e tal, e pra ter um pouco mais de atenção [equipe médica], só isso. (A14R59-60)

As participantes do estudo referiram que elas não têm domínio de todas as questões que envolvem o cuidado do seu filho e necessitam de informações para amenizar a ansiedade e a tensão que é vivida diariamente com as mudanças no estado de saúde da criança. Por isso, torna-se importante haver uma atenção especial, na qual predomine a escuta ativa antes e após o repasse de informações com uma linguagem acessível e compreensível, conforme as peculiaridades de cada acompanhante/cuidadora. Sabe-se que quando as informações recebidas não são totalmente compreendidas pelas mães, elas podem se desesperar e sofrer muito por falta de entendimento, além de deixar a criança insegura e preocupada por estar ao lado dela nessa trajetória.

Muitos eventos adversos podem ser ocasionados por falhas na comunicação entre os profissionais ou por não haver uma escuta ativa da família que acompanha o paciente. O processo de comunicação, por meio do fornecimento de informações e orientações à família e acompanhante/cuidador da criança hospitalizada, deve ser conduzido de maneira clara, sensível, paciente, permanente e adaptada ao entendimento dos envolvidos. O diálogo entre a equipe de enfermagem e a família do paciente deve garantir a troca de informações para amenizar as dúvidas e as dificuldades, fortalecendo a relação de cuidado<sup>(68,87,90)</sup>.

A identificação correta do paciente foi outra preocupação mencionada por uma das participantes que relatou haver inúmeras confusões diárias envolvendo sua filha com outra

paciente. Isso gera temor na acompanhante/cuidadora durante todo o período, em qualquer procedimento ou intervenção realizada, principalmente pelo medo de ocorrer um evento adverso pela desorientação gerada pela equipe de saúde.

Tem uma tal de fulana, que pelos laudos dos médicos, ela teria praticamente a mesma coisa que a minha filha [...] E já chegaram pra ela... todas elas confundem [...] já pensou se trocam medicamento quando eu não tô? É uma coisa assim que não é um, nem dois, várias pessoas... Tudo que vão falar com a minha filha é a fulana. (A1R12)

A identificação correta do paciente é uma das metas a ser alcançada pelos serviços de saúde que buscam qualificar a assistência e minimizar a ocorrência de eventos adversos. Para isso são necessárias várias estratégias: além da identificação direta do paciente por meio da pulseira de identificação, é importante cercar de segurança toda e qualquer circunstância de cuidado.

A identificação do paciente necessita ser precisa e exata, principalmente por haver muitos nomes parecidos e essas falhas acontecerem diariamente. Assim, a Joint Commission International recomenda a utilização de pelo menos duas estratégias diferentes para a identificação do paciente, sendo essa a primeira meta a ser alcançada em prol da segurança do paciente<sup>(91)</sup>. No contexto da criança hospitalizada, essa recomendação deve ser rigorosamente seguida pelas características anteriormente mencionadas do universo infantil.

Dessa forma, as acompanhantes-cuidadoras apontaram diversos eventos adversos que prejudicam o cuidado em saúde do seu filho, além de trazer outros incômodos durante a hospitalização. Verificou-se que os erros que abrangem os cuidados com medicação estão entre os mais temidos pela acompanhante, assim como a importância da avaliação física e clínica da criança antes da realização dos procedimentos. As questões contendo limitações no processo comunicativo foram destacadas por trazerem prejuízos para toda a família e também para a equipe, tornando a hospitalização uma circunstância de cuidado promotora de eventos adversos de diversas magnitudes.

### 5.3 O CUIDADO SEGURO NA ÓTICA DA ACOMPANHANTE DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

A avaliação do material empírico identificou 66 referências ao tema do cuidado seguro durante a análise das informações. Todas as 15 acompanhantes/cuidadoras selecionadas para o estudo apresentaram ideias relacionadas à segurança da criança hospitalizada no ambiente

hospitalar e estratégias para que o cuidado em saúde seja seguro, isento de eventos adversos nas circunstâncias de cuidado durante a hospitalização de seus filhos.

Dentre os tópicos mencionados pelas pesquisadas, o propósito dos profissionais da saúde e a quantidade adequada de profissionais foram avaliados como os principais pontos para haver um cuidado seguro. Os setores investigados foram considerados seguros pelas participantes, singularmente pela estrutura que é ofertada para o tratamento da criança, incluindo a qualificação da equipe, a disponibilidade de tecnologias e equipamentos para o cuidado e os propósitos da maioria dos profissionais que atuam no cuidado em saúde da criança hospitalizada. O processo de comunicação efetivo e significativo também contribui para o cuidado seguro.

As participantes destacaram que os profissionais da saúde que desenvolvem suas atividades com o público infantil apresentam propósitos ou intenções que traduzem o cuidado seguro, por meio da demonstração dessa vontade. As intenções dos profissionais devem incorporar empenho, confiança, dedicação, atenção, interesse, carinho, zelo, entre outros propósitos que trazem segurança no cuidado. Os depoimentos ilustram esse ponto:

Acho que todo mundo tá se empenhando, toda equipe, tanto médico quanto enfermagem. (A2R9)

[...] então a gente confia, né. [...] Eu não tô tranquila quanto à doença dele, o problema dele que é muito sério, mas o resto, eles tão fazendo o possível pra me ajudar, né. [...] Confiança. Confiança. Tem que confiar. Se a gente não confiar e ficar desconfiando de tudo, ah, não tá cuidando, ah não tá... Aí é pior, a gente fica mais nervoso, mais preocupado. (A4R26-28)

Dedicação, dedicação diz tudo, né, é o carinho que elas têm, a atenção que todos eles têm, desde o que limpa do que traz as refeições, do que traz as roupas, do que traz os medicamentos, do que passa na porta, né, então eu acho que muita dedicação, isso define tudo. (A5R31)

Tá bom, todo mundo atende bem, o atendimento é bom, nunca maltrataram ela, cuidam bem. (A10R48)

Parecem bem interessados por ela, os enfermeiros, todo mundo. Eu acho que tá sendo bem tratada assim. (A12R54)

É uma prisão. E por outro lado é uma prisão segura, porque aqui tão tratando a doença, tem carinho, muita atenção e, realmente eles tão muito preocupados com meu filho, eu sinto isso, que realmente eles tão interessados nele. E isso que dá a maior confiança na gente, né. [...] Cuidado, carinho, dedicação e proteção. (A13R58/61)

Atenção em primeiro lugar, só isso. (A14R63)

A finalidade do cuidado em saúde é o bem do próximo, e essa postura, quando emerge do profissional da saúde, pode contribuir significativamente na recuperação e no restabelecimento da condição de saúde da criança. Essas intenções mencionadas

anteriormente são necessárias para quem atua na saúde da criança e da família, pois são tecnologias leves para o cuidado em saúde e estão incluídas nas políticas de humanização e acolhimento propostas pelo Ministério da Saúde para garantir uma atenção em saúde digna e significativa para usuários e profissionais da saúde.

A integralidade da atenção em saúde é um princípio em que se sustenta a valorização das tecnologias leves para o cuidado, que incluem o apreço das relações entre os sujeitos. O acolhimento, o vínculo e a humanização são ferramentas que operam na construção da integralidade como proposta de cuidado. As acompanhantes de crianças hospitalizadas consideram humanização ter carinho e um bom atendimento, além da disponibilidade de medicamentos. A equipe de saúde poderia estar mais sensível, propondo uma reconstrução das suas práticas, tornando todos os profissionais mais responsivos e abertos à criação de vínculos e responsabilização conjuntamente com a família<sup>(23,74,86,92)</sup>.

O processo de comunicação aparece novamente como um componente da segurança do paciente, no qual as acompanhantes/cuidadoras reiteram que ter acesso às informações e saber sobre o estado de saúde do filho garante tranquilidade e segurança.

A atenção dos enfermeiros, a atenção dos médicos, de toda a equipe, não tem o que se queixar e qualquer coisa que a gente precise eles tão atentos pra nos responder, satisfazer nossas perguntas, o que a gente precisa. (A5R29)

Eu tava preocupada com esse negócio [dreno] que botaram no pulmãozinho dele, daí a médica vinha conversar comigo tudo, ela me explicando tudo direitinho isso aí me passou bastante tranquilidade e [...] ver que ele tá melhorando pra mim. (A6R34)

Não tenho nenhuma queixa. Ela sempre foi bem atendida, sempre deram o remédio direitinho, o médico é bem atencioso com ela, tudo que eu preciso perguntar eles me respondem, tanto médicos quanto enfermeiras, não tenho nenhuma dúvida. (A10R52)

As acompanhantes/cuidadoras comentam que é esperado que o profissional da saúde converse diariamente com elas e compartilhe as informações sobre como está e o que vai ser feito com o seu filho. Segundo elas, quando o processo de comunicação se desenvolve naturalmente, a segurança da criança hospitalizada parece mais evidente, porém sabe-se que as falhas nesse processo podem resultar em eventos adversos no cuidado em saúde. Um dado importante é que o profissional da saúde saiba traduzir as informações técnicas a um nível de compreensão da acompanhante, para que ela consiga entender e se expressar sobre os fatos que estão ocorrendo durante a internação.

Sobre o processo de comunicação, ainda vale destacar que o mesmo, quando se dá entre os profissionais da saúde, também é uma parte do contexto, sejam as comunicações verbal e não verbal, seja a escrita. A passagem de plantão, os registros em prontuário, a

postura frente a paciente e acompanhante e as atividades de educação em saúde e educação permanente somam para um cuidado seguro e o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

A comunicação entre profissional da saúde-paciente-família vem apresentando inúmeras lacunas ao longo dos anos. Entre elas, estão a dificuldade de dialogar com os acompanhantes, o uso excessivo de terminologia técnica, a carência de registros no prontuário do paciente, as atitudes e posturas do profissional quando questionado pelo familiar e as informações incompletas e imprecisas ou até mesmo ocultadas<sup>(23,87,90)</sup>. Uma estratégia importante para qualificar o processo comunicativo, e indiretamente o trabalho em equipe, é diminuir os níveis de autoridade na equipe de saúde. Esse esforço é muito complexo, por incluir relações de poder, mas é necessário para aumentar a coesão e a harmonia da equipe de saúde, de modo que todos podem oferecer mais segurança para o paciente do que apenas um profissional individualmente. A comunicação é imprescindível quando se trata de erros, principalmente se ocorreram pela primeira vez<sup>(68,76)</sup>.

O quantitativo de profissionais da saúde disponíveis em cada setor tem relação direta com o cuidado seguro na ótica das participantes. Elas gostariam de um cuidado individual e exclusivo para o seu filho, mas sabem que isso é inviável. Visualizam, no entanto, a sobrecarga de trabalho que algumas categorias sofrem e relacionam isso a uma maior propensão a eventos adversos.

Eu só acho que tinha que ter mais umas duas [técnicas de enfermagem] em cada quarto, porque às vezes uma só, coitada [...]. Porque elas aqui, elas tratam bem, só que, às vezes [...] tem três crianças chorando, como é que elas vão atender tudo ao mesmo tempo? E eu não quero que ele fique sozinho em nenhum momento. [...] Mas elas são muito boas, são maravilhosas. (A2R13-14)

Uma enfermeira [técnica de enfermagem] pra cada duas crianças, né... Pra ter mais, né... Porque tu vê, são cinco crianças, mas uma só, né... Aí uma tá lá e a criança chorando aqui. [...] Uma enfermeira pra cada... Ter um atendimento mais individualizado. (A8R42)

Ter uma enfermeira 24 horas em cima dela, pra que nada aconteça. Assim me deixa mais tranquila. (A10R50)

Ficar uma enfermeira no cuidado dele, mas é difícil. É difícil acontecer. (A15R64)

A sobrecarga de trabalho e o número insuficiente de profissionais é uma realidade presente em quase todos os serviços de saúde, porém é um problema complexo por envolver aspectos financeiros das instituições e do próprio sistema de saúde. Essa sobrecarga pode favorecer a descontinuidade do trabalho e a fragmentação do cuidado. A carga de trabalho e a fadiga estão diretamente relacionadas à predisposição a eventos adversos, porque o

profissional, ao trabalhar muitas horas sem descanso e com sobrecarga, pode cometer falhas a qualquer momento<sup>(68,89)</sup>.

A realização de cuidados e intervenções com qualidade e pontualidade, disponibilizando equipamentos e insumos necessários para o cuidado em saúde, conjuntamente à intenção dos profissionais, garantem a segurança do paciente na percepção das participantes. Além disso, foi possível identificar que as acompanhantes/cuidadoras sabem que as medicações têm horários, e estes devem ser seguidos rigorosamente para a efetividade do tratamento, assim como a realização de exames é necessária e ajuda a confirmar o diagnóstico médico. As acompanhantes dizem também que os profissionais da instituição onde o estudo ocorreu estão aptos a exercer suas funções conforme os propósitos da área pediátrica, de acordo com os relatos abaixo:

Coisas boas é que tu tem um tratamento, tu tem um especialista, tu pode confiar em alguém [...], tu pode pedir socorro, tu pode, sabe, dizer que vai ter alguém pra dar medicamento na hora certa. (A1R2)

De enfermagem não [teve problemas], porque eles só cuidam, né, tiram a temperatura, veem a saturação. [...] Cuidam bem dos remédios que vão dar, fazer os exames, fazem tudo que precisa. Investigar mesmo, né. Ir a fundo no que tão pesquisando. (A3R20-21)

O atendimento é bom, os remédios elas dão na hora certinha, tudo direitinho, cuidam com carinho, a maioria são muito carinhosas. As enfermeiras são boas. É bom, em geral bom. [...] Elas cuidam, elas veem, elas dão os remédios certinho. (A4R24)

É saber que tá sendo bem tratado, eu sei que eles tão dando os remedinhos certinho e tão cuidando dele, tão se interessando em cuidar dele [...] tendo atenção, o tratamento correto. (A6R35)

A alimentação dela, eles cuidam bem, a medicação dela. [...] Em primeiro lugar, né, saber que ela tá bem agora, tudo que ela passou, tá sendo bem cuidada. (A7R37-38)

Os cuidados daqui são ótimos, não tem como dizer que ele não tá bem aqui. (A9R46)

Pode-se inferir pelas falas que as tecnologias leve-duras e duras vêm em segundo plano no que tange ao cuidado seguro, na visão das acompanhantes, sendo elementos da segurança do paciente. Todos os insumos e equipamentos disponíveis e as pessoas capacitadas para utilizar as tecnologias também são essenciais para o cuidado seguro. A excelência e a qualidade na realização dos cuidados em saúde, e também uma equipe composta por profissionais qualificados, podem garantir o cuidado seguro, na visão das participantes.

O processo de trabalho em saúde, na perspectiva da integralidade da atenção, pressupõe o reconhecimento de amplas e complexas necessidades de saúde no ser cuidado, e para isso é fundamental uma diversidade de tecnologias para produzir o processo de trabalho na saúde. As tecnologias leves facilitam as relações entre os sujeitos (escuta, vínculo,



responsabilização), as leve-duras operam os saberes estruturados (clínica, epidemiologia, taxonomias) e as tecnologias duras englobam aparelhos e equipamentos (exames de imagem e diagnósticos, bombas de infusão, medicamentos), todas desenvolvidas para a atenção à saúde. A equipe orienta seu processo de trabalho a partir dos pressupostos da integralidade, operando transversalmente as tecnologias do cuidado na atenção ao usuário<sup>(92)</sup>. Essa combinação no emprego das tecnologias do cuidado pode ser uma estratégia para fortalecer a segurança da criança hospitalizada.

O controle de infecção hospitalar é um aspecto que merece ser destacado enquanto assunto relevante para o cuidado seguro. A higienização das mãos, por exemplo, é um cuidado básico e universal que deve ser realizado por todos os profissionais da saúde e também pelas acompanhantes/cuidadoras. Elas incorporaram fidedignamente esse cuidado que lhe é exigido e orientado diariamente e sentem-se aptas a supervisionar toda a equipe de saúde perante esse cuidado.

Eu acho que deveria de ter mais higienização que nem eu já falei [...] assim... [silêncio], mais responsabilidade, eles tinham que ser mais responsáveis. (A1R8)

A higiene né, porque é uma segurança, se não tiver higiene ela [paciente] pode ter uma infecção hospitalar [...] nunca errar, esse tipo de coisa que eu vejo como segurança [...] e tem toda aquela questão da higienização, tem que limpar, tem que passar álcool gel, então assim, acho que isso faz parte também de uma segurança pra saúde dela, né. (A12R55)

Os cuidados de saúde relacionados à higienização das mãos e dos equipamentos utilizados para prestar o cuidado devem ser prioridade nos serviços de saúde e no trabalho dos profissionais, pois o objetivo é restabelecer a saúde da criança e não desencadear outros problemas, com novos agentes infecciosos presentes no ambiente hospitalar. As participantes consideram um cuidado seguro a vigilância permanente sobre a prevenção de infecção hospitalar.

As infecções hospitalares apresentam taxas entre 5% a 10% em países desenvolvidos e essa incidência aumenta para 25% a 40% para nações em desenvolvimento, acarretando em elevados custos às instituições de saúde. As IRAS não são apenas comuns, mas poderiam ser facilmente prevenidas<sup>(51)</sup>. A implementação de boas práticas na higienização das mãos é a principal estratégia para reduzir tais agravos<sup>(82)</sup>.

A qualificação dos profissionais da saúde e o trabalho em equipe contribuem significativamente para a segurança do paciente. As participantes reconhecem que as equipes médica e de enfermagem estão sintonizadas e as intervenções são coerentes e complementares. A confiança na equipe que está cuidando da criança no hospital colabora

para que o cuidado seja seguro, e isso traz credibilidade aos profissionais e à instituição envolvida.

Eu acho a equipe toda boa, porque eles pesquisam, eles vão sempre atrás, né. [...] Eles fazem exame em cima de exame investigando, eles reviram a criança. [...] Acho que segurança é essa, assim, de ter todos os equipamentos. Qualquer coisa eu grito, eles vão socorrer ele. Se ele passa mal, saber que tem médico preparado, as enfermeiras também. Normalmente quem socorre mais é as enfermeiras, que são bem ágeis. Meu filho já teve muitas paradas respiratórias [...]. (A2R11/17)

Os médicos tão acompanhando todo dia ele. A enfermagem fica sempre cuidando. (A3R18)  
Eu tô tranquila porque, assim, ela tá nas mãos dos profissionais certos. E o objetivo dela aqui é curar essa patologia que ela tem, né, então isso tá sendo feito, então isso aí eu tô tranquila, tá no lugar certo, com as pessoas certas. (A5R30)

Porque aqui ele tá sendo bem cuidado pelos médicos, pelos enfermeiros, e eu, principalmente, que sou mãe e tô sempre do lado dele, né. [...] Eu por enquanto me sinto segura aqui, né. Tem as enfermeiras, os médicos tudo aí. (A15R65-66)

O trabalho em equipe pressupõe complementaridade e corresponsabilidade pelos cuidados necessários para a recuperação da criança, e as acompanhantes/cuidadoras visualizam que o trabalho é compartilhado e que cada membro da equipe desempenha um papel elementar para o cuidado seguro. Quando a acompanhante/cuidadora não confia na equipe que vai cuidar, fica insegura e pode até impedir a realização das intervenções necessárias. As participantes destacaram individualidades no cuidado de seu filho, relatando que alguns profissionais apresentam melhor qualificação que outros, principalmente por demonstrarem interesse e atitudes pró-ativas.

A equipe multidisciplinar de trabalhadores na saúde, quando consegue desenvolver suas atividades de maneira interdisciplinar, está atuando em prol da segurança do paciente. A formação e o desenvolvimento dos profissionais, aliados a uma relação próxima do paciente, são potencialidades para um cuidado seguro<sup>(68,93)</sup>.

As participantes ressaltam que os profissionais da saúde devem ter visão crítica e bom senso na realização de procedimentos e intervenções terapêuticas. Elas comentam que a enfermagem precisa ter criticidade frente às prescrições e orientações médicas, pois, caso contrário, a circunstância de cuidado pode gerar um evento adverso no filho internado.

Que tem que ter uma pré-avaliação naquilo [procedimento] ali né? Ele tá sofrendo, ele tá inchado, ele veio de um pós-operatório, tu pegar e querer socar uma coisa [...] tem que ter uma avaliação melhor. A médica pediu, a médica prescreveu, mas é que tem que ter um bom senso, assim, nessa parte, olhar “não, acho que não vai dar, né”, ou “vamos deixar pra amanhã quando tiver um pouquinho mais desinchado” e não assim [...]. (A4R23)

A prevenção de eventos adversos não acontece de forma isolada, é necessário haver integração e complementaridade nas ações, e para isso todos devem estar direcionados a uma

cultura da segurança do paciente. Todos os profissionais da saúde têm condições de avaliar, questionar, revisar e confirmar as recomendações de uma orientação ou prescrição intervencionista, e quando reconhecem uma possível falha ou erro precisa ter conhecimento e argumento para intervir e evitar qualquer dano à criança. É esperada uma atitude pró-ativa dos profissionais da saúde quando uma circunstância de cuidado produz dúvida ou incerteza, casos em que as acompanhantes/cuidadoras esperam senso crítico e reflexão previamente à execução do procedimento.

A visão crítica do profissional da saúde pode ser despertada sob o prisma da prática baseada em evidências, a qual pode ser uma tática para a promoção da segurança do paciente. O profissional deveria realizar os cuidados certos, no momento certo, de maneira certa, para a pessoa certa, almejando os melhores resultados possíveis. Esses são os fundamentos da qualidade da atenção à saúde<sup>(94)</sup>. Entretanto a equipe de saúde deveria assumir essa postura coletivamente para qualificar sua prática e despertar uma visão crítica sobre todo o seu processo de trabalho.

A maioria das participantes, mesmo identificando circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos, observa que a instituição pesquisada é diferenciada por ser de grande porte, universitária, com infraestrutura adequada e com credibilidade. Além disso, foi destacada também a preocupação do hospital em disponibilizar alimentação para o acompanhante/cuidador, que nem sempre possui condições financeiras para arcar com as despesas pessoais produzidas quando está acompanhando seu filho ou ente querido.

Eu acho que eu não tenho queixa, porque eu acho que o hospital é bom, faz o melhor. Tem hospital aí que não dão nem comida. (A2R15)

[...] quando ele tava na UTI, eu já tive outra professora, outra equipe lá, mas ela vinha e falava tudo, né [...]. (A8R44)

E tá ótimo aqui, pra mim é ótimo esse hospital, o melhor de todos. [...] Mas ele já tá seguro, não precisa nada. Tá bem seguro. Tem tudo aqui dentro. (A9R4/547)

Todo mundo me diz que aqui é um dos melhores lugares pra cuidar do problema do meu filho. E eu já senti que sim. E eu acho que ele tá sendo bem cuidado e no momento é o melhor lugar pra ele, né. (A13R60)

A representação social que a instituição pesquisada conquistou é confirmada pelas participantes do estudo no momento em que vivenciam a hospitalização do seu filho e sentem a necessidade de amparo. Ao mesmo tempo, elas têm o direito de atenção à saúde do seu filho respeitado e garantido, conforme disposto no ECA e na Constituição Federal.

O direito à saúde caracteriza-se como essencial para o exercício de outros direitos, em especial, o direito à vida. Dessa forma, o direito à saúde destaca-se como direito ao cuidado,

cujos valores embutidos em suas práticas englobam elementos doutrinários específicos dos direitos humanos, como respeito à diversidade social, cultural e econômica<sup>(95)</sup>.

A preocupação de algumas participantes está relacionada à facilidade de circulação que alguns hospitais apresentam, sendo isso considerado uma falha. O hospital, para ser seguro, necessita de controle e fiscalização em todos os cenários e contextos, desde a circulação de pessoas estranhas até a supervisão da equipe de saúde. As participantes verbalizaram isso:

Eu acho que além de ter a enfermeira mesmo, eu acho que deveria ter uma pessoa assim, como é que eu vou te dizer... uma pessoa que ficasse supervisionando. [...] Acho que tinha que ter mais uma pessoa de postura mais firme, porque eu acho que ninguém tá aqui porque quer tá aqui. Não importa se é especial se não é. Pra pai e mãe todo filho é especial [...]. (A1R5-6)

Não entrar ninguém estranho aqui, né, sem minha permissão. (A7R39)

Acho que é que nem eles fazem, que é não deixar outra pessoa subir, avisar sempre, não deixar pessoa estranha entrar no quarto. (A11R53)

As acompanhantes/cuidadoras aprovam o rigor que a instituição outorga à segurança e à fiscalização quanto à circulação de pessoas não autorizadas ou envolvidas com o cuidado do paciente. Uma participante ainda reforça que deveria haver alguém para supervisionar todas as atividades e os papéis desempenhados para minimizar ou anular a chance de alguma circunstância de cuidado predispor a um evento adverso. Essa supervisão costuma ocorrer por parte da enfermeira do setor. Cabe aqui uma reflexão sobre a visibilidade da enfermeira enquanto profissional responsável pela supervisão dos atos de sua equipe.

A supervisão da equipe de enfermagem é uma atividade do enfermeiro e acaba sendo estendida a toda a equipe de saúde, pela liderança que é desempenhada por esse profissional. Todavia muitos dedicam parte da sua jornada de trabalho para corrigir falhas do sistema, procurando materiais, trocando equipamentos quebrados, revisando a manutenção da unidade, reparando falhas na limpeza, nutrição, farmácia, entre outras, culminando no afastamento do cuidado direto ao paciente e da supervisão da equipe de enfermagem<sup>(94)</sup>. Os enfermeiros podem apresentar limitações na correlação entre as ações desenvolvidas, no processo de trabalho em saúde e no reconhecimento desses elementos. Isso conduzirá a uma prática não planejada, centrada em procedimentos e demandas instantâneas, dificultando a compreensão de para quem, como e por que o cuidado em saúde deve ser realizado<sup>(84)</sup>. A insuficiente supervisão da equipe de enfermagem aumenta os riscos de ocorrência de eventos adversos.

O cuidado seguro, na ótica das acompanhantes/cuidadoras de criança hospitalizada, incorpora várias dimensões que podem ser compreendidas a partir das tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde. As tecnologias leves foram consideradas as principais para

o cuidado seguro, na percepção das participantes, pois os propósitos (empenho, confiança, carinho), a comunicação (escuta ativa, diálogo) e a reflexão (crítica sobre a prática) são elementos imprescindíveis para os profissionais que cuidam da criança hospitalizada. Por outro lado, as tecnologias leve-duras e duras vão complementar – por meio de saberes estruturados (supervisão da equipe), insumos e tecnologias – um cuidado seguro.

#### 5.4 O PAPEL DA ACOMPANHANTE NA SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

As acompanhantes/cuidadoras das crianças nas unidades de internação pediátrica identificaram o seu próprio papel de acompanhante perante a segurança do paciente hospitalizado. A avaliação do material empírico identificou 33 referências a esse tema durante a análise das informações. Das 15 acompanhantes/cuidadoras selecionadas para o estudo, apenas duas não conseguiram reconhecer o seu papel nas circunstâncias de cuidado durante a hospitalização de seus filhos.

As participantes enfatizaram a fiscalização como principal atribuição a ser cumprida pelo acompanhante de criança hospitalizada durante a internação. O compartilhamento dos cuidados, a comunicação com a equipe, a postura contestadora, o amparo e a proteção da criança também são funções importantes para quem se dispõe a acompanhar um paciente hospitalizado.

A fiscalização e a vigilância são estratégias utilizadas pelas acompanhantes para garantir que as circunstâncias de cuidado não predisponham a eventos adversos. No entanto, a acompanhante/cuidadora deve ser vista como participante e integrante na relação de cuidado. As participantes do estudo descrevem que todas as intervenções devem ser observadas pela acompanhante, e a maneira como cada profissional atua também é um aspecto a ser fiscalizado, conforme ilustram os depoimentos:

Pra ela [filha] eu sei que tá sendo mais difícil do que pra mim me virar, porque eu tô aqui, eu tô vendo ela, eu não tô fazendo vista grossa, se eu tiver que chamar alguém, eu vou chamar. Não importa quem, eu vou chamar. (A1R4)

É fiscalizar. Porque eu fiscalizo muito, eu olho “o que tu tá botando ali?”, “qual remédio que tu vai dar agora? Mas por quê?” Porque muitas vezes aconteceu da pessoa vir aí e tá fazendo um procedimento errado, que eu tô vendo que tá errado, que foi dito que era de outro jeito... “olha, não é assim!”, “mas por quê?”, “porque a outra não fez assim” [...] “não é assim que nem eu vou fazer”, aí eu digo, “não, vai lá te informar”. (A4R14)

Acho que é tudo, né, pra ficar cuidando, pra ficar vendo se tá sendo medicada direitinho, se tão cuidando direito. Se tá sendo maltratada, é isso. (A10R24)

As participantes ainda referiram que os eventos adversos podem acontecer a qualquer momento e interferir na recuperação do filho. Para elas, a vigilância permanente pode impedir que aconteçam falhas no processo de cuidar, pois ao indagarem os profissionais da saúde sobre os procedimentos e as intervenções, e tudo o mais que acontece, tem como objetivo proteger a sua criança. Apesar de utilizarem o termo fiscalizar, no sentido de policiar, sabe-se que o cuidado necessita ser compartilhado, dialogado, conhecido pela acompanhante para que possa ser considerado seguro. O receio com a administração de medicamentos é constante por haver uma diversidade de fármacos com suas microdoses, várias vias de administração e diferentes profissionais envolvidos nessas intervenções, além das restrições que cada criança pode vir a desenvolver a alguns medicamentos durante a hospitalização, como alergias e reações adversas.

O processo medicamentoso inclui seis etapas: padronização do fármaco, prescrição, revisão e validação da prescrição, separação e distribuição do fármaco, preparo e administração, e monitoramento da ação/reação. Isso reforça a complexidade e a concentração que é exigida da equipe de saúde durante cada etapa, além dos aspectos próprios da hospitalização infantil, como uso de vários medicamentos, tempo de internação prolongado e preferência pela via endovenosa, que podem dificultar mais a equipe de enfermagem no momento de preparar e administrar os fármacos<sup>(9,69,71)</sup>.

O compartilhamento de cuidados com a equipe de enfermagem é outra atribuição relatada pelas pesquisadas. Essa divisão também pode acontecer com outros membros da família quando a mãe precisa se ausentar por algum motivo. Atualmente, a inserção do pai como acompanhante/cuidador do filho hospitalizado é uma realidade presente e crescente em alguns cenários. As falas destacam essas questões:

Os dias que eu saio, eu geralmente peço pra um ou dois [técnicos] ficar cuidando da filha. [...] Ela precisa... eu acho que eu tenho que ser dedicada em primeiro lugar como mãe, e em segundo lugar, como uma grande amiga dela, né, porque se não for eu... o pai dela também, tá fazendo sacrifício, só que alguém tem que ir trabalhar, né. (A1R6-7/9)

Ajudar, trocar. Não esperar só pelas enfermeiras. (A3R12)

Então o meu papel é cuidar dele né, fiscalizar, dá banhinho, quem dá banho é eu, eu só peço pra elas trocar as coisas, muitas vezes os remédios quem dá sou eu, elas [técnicas] atrasam e eu que dou, né, quando é via oral. E, assim, cuidar dele é eu que cuido, né. (A4R16)

Eu não me afasto, eu só me afasto se o pai dela tá aí de noite. (A12R26)

Compartilhar cuidados com a equipe de enfermagem deve ser avaliado com cautela, pois a acompanhante/cuidadora não deve substituir alguém da equipe, principalmente por serem papéis e atribuições distintas. A mãe que acompanha está lá para oferecer apoio, conforto e ser mãe; já o profissional da saúde está lá para desempenhar o seu trabalho e exercer suas funções, conforme a categoria profissional.

Várias pesquisas têm discutido sobre o papel da mãe/cuidadora que acompanha o filho internado e os resultados coincidem com esse estudo em que a acompanhante da criança hospitalizada recebe atribuições impostas pela equipe de enfermagem, que muitas vezes delega inúmeras atividades de sua competência para o familiar que está acompanhando a criança naquele momento<sup>(23-24,73,85)</sup>. Relembra-se que alguns cuidados básicos relacionados a higiene/conforto e alimentação podem ser compartilhados, desde que haja um acompanhamento, preparação e negociação cotidiano com a acompanhante para tal atividade.

A inclusão do pai como cuidador é também uma necessidade para a recuperação da criança, além de ser uma alternativa para evitar a sobrecarga materna diante do exercício de múltiplas atividades. Uma pesquisa qualitativa realizada em Porto Alegre ressaltou que a mulher desempenha diversos papéis sociais, ser mulher/mãe/cuidadora, impossibilitando o homem/pai de dividir as responsabilidades no cuidado do filho hospitalizado. Essa possibilidade de inclusão do pai já vem sendo uma reivindicação do homem contemporâneo, que busca ser mais participativo no cuidado dos filhos e no compartilhamento de papéis sociais com a mulher<sup>(73)</sup>.

Uma aflição presente nas acompanhantes/cuidadoras é o atraso no horário das medicações e a demora da equipe de enfermagem na realização dos cuidados de higiene/conforto. Isso faz com que elas queiram assumir essas atividades para impedir danos ao filho. Recomenda-se que a mãe e a equipe de enfermagem estabeleçam, ao longo da internação, um compartilhamento de funções e uma parceria na preparação para os cuidados que deverão ser realizados após a alta hospitalar.

A principal finalidade da presença de uma acompanhante/cuidadora é proteger a criança da aflição e do sofrimento gerados quando ela é hospitalizada e afastada do convívio de toda a sua família. A equipe de enfermagem deveria ter maior clareza sobre isso e inserir a mãe no seu plano de cuidado, isentando-a de responsabilidades técnicas<sup>(23)</sup>. Entretanto a implementação dessa perspectiva de cuidado necessita de mudanças culturais nos cenários de atenção à criança hospitalizada.

Enfatiza-se que a equipe de enfermagem deveria sempre supervisionar e acompanhar todos os cuidados que são compartilhados com a acompanhante/cuidadora para prevenir

possíveis eventos adversos, uma vez que a mãe não possui os conhecimentos técnico-científicos e a experiência prévia que são de domínio do profissional da saúde.

Uma pesquisa desenvolvida em uma unidade de internação pediátrica em Minas Gerais teve como objetivos: descrever os cuidados prestados pelo familiar/acompanhante e pela equipe de enfermagem à criança durante a internação; analisar as estratégias estabelecidas entre o familiar/acompanhante e a equipe de enfermagem para prestar os cuidados à criança; e discutir a interação de familiar/acompanhante e equipe de enfermagem quanto ao cuidado à criança hospitalizada. O estudo vinculou o aprendizado da cultura hospitalar como uma estratégia empregada pelo acompanhante/familiar para ser crítico e questionador frente às condutas e às intervenções da equipe de saúde. Essa investigação estabeleceu que o acompanhante/cuidador poderia realizar os mesmos cuidados básicos desenvolvidos no domicílio sob supervisão de um membro da equipe de enfermagem, e os cuidados que demandam um conhecimento técnico-científico especializado devem ser de competência dos profissionais<sup>(24)</sup>.

A comunicação com a equipe de saúde também é um momento em que a acompanhante/cuidadora exerce uma atribuição fundamental na relação de cuidado estabelecida entre ela e o filho hospitalizado. O processo de comunicação sustenta o desenvolvimento da capacidade de contestar e observar as circunstâncias de cuidado que estão acontecendo durante a hospitalização. As declarações exemplificam isso:

Quando o médico prescreve, ele diz pra mim “ah, tal remédio” eu digo “qual que vai ser?”, “qual hora?” chega na hora eu tô em cima. Eu não deixo passar do horário. Se em casa eu não deixo, porque aqui vai passar? (A1R1)

[...] Porque tu fica cuidando cada detalhe que, às vezes, os médicos e os enfermeiros não veem. Se ele tá com dor [...] tem um dia que ele tá mais disposto, aí tu consegue observar tudo... tu fica olhando, tu fica cuidando só dele, né. Tu fica focada nele, então qualquer coisa diferente, tu pode até passar pra eles [equipe] que não tão vendo. (A2R11)

Porque tudo eu cuido, eu pergunto, “Como é? Por quê? Quantas vezes?” Sabe, tudo eu pergunto, às vezes, eu anoto num papelzinho, pra não esquecer. Então, eu cuido muito dele, eu cuido... Eu tô com ele 24 horas. (A4R15)

Num futuro retorno, o familiar contar pro médico, porque ele não vai acompanhar lá [domicílio]. Então, numa próxima consulta, eu tenho que relatar pra ele o que aconteceu naquele período da alta até o retorno, né? Então, prestar bem atenção no que é feito, no que eles dizem e seguir todas as orientações. (A5R20)

Sou bem informada, até porque quando eu quero saber eu vou atrás, né, nem espero eles [equipe] vim atrás de mim [...] Dependendo, né, se é com as técnicas eu vou na enfermeira. O médico, vou direto neles, né, vê o que tá acontecendo, o que que vai acontecer. (A7R21)



Eu pergunto os nomes, eles [técnicos] me dizem direitinho o nome da medicação, pra que serve cada coisa, mesmo eu não entendendo, eu gosto de saber, né. Elas me informam direitinho. (A13R28)

A comunicação entre profissional da saúde-paciente-acompanhante/cuidador deve assegurar que aconteça troca de informações, em um diálogo franco e aberto. O profissional deve assegurar que a acompanhante/cuidadora compreenda as orientações, principalmente para impedir equívocos na interpretação, o que pode culminar, por exemplo, em danos à criança durante a realização de um procedimento sem a supervisão dos profissionais.

A melhora na qualidade da comunicação entre o trabalhador da saúde e o paciente pode ajudar a prevenir erros. A Organização Mundial da Saúde recomenda o uso de facilitadores/intérpretes para alguns locais onde a relação profissional-paciente é inadequada do ponto de vista dialógico. Os usuários dos serviços de saúde preferem que a família e o acompanhante recebam todas as informações e depois converse com ele sobre as informações fornecidas pelo profissional<sup>(76)</sup>.

Ao buscarem as informações junto aos profissionais da saúde, as mães conseguem exercer a principal atribuição relatada pelas participantes do estudo, que é fiscalizar e manter a vigilância permanente em todas as ações realizadas. Muitas vezes a prática permite observar que a fiscalização da acompanhante/cuidadora é favorável e positiva na prevenção de eventos adversos, pois ela ao perguntar ou mesmo questionar alguma conduta ao profissional, pode conduzi-lo a uma reflexão sobre a sua intervenção. Nas recomendações da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente o paciente e a família são considerados parceiros no cuidado e isso pressupõe que ocorra a inclusão e mobilização dos acompanhantes/cuidadores em prol da segurança do paciente<sup>(2)</sup>.

O aguçamento da capacidade observacional da mãe permite a ela identificar alterações e mudanças no estado de saúde do filho que podem passar despercebidas pelos profissionais da saúde. Essas observações costumam ser evidências importantes para a continuidade do tratamento e/ou mudanças na terapêutica adotada. É importante estimular essa habilidade nas acompanhantes/cuidadoras, porém para isso deve haver momentos em que ela possa informar e relatar essas observações.

Apesar de o exame físico e clínico ser prerrogativa dos profissionais da saúde, as informações relatadas pelo acompanhante/cuidador sempre deveriam ser valorizadas, tanto pelas questões subjetivas como objetivas, pois os achados podem contribuir para o entendimento do processo de saúde e adoecimento da criança hospitalizada. A inspeção é a principal técnica a ser empregada no exame físico e é a mais facilmente aprendida pelos

novos profissionais, porém os estudos têm demonstrado dificuldades no processo de ensino-aprendizagem dos futuros profissionais na relação teoria-prática e integração de conhecimentos básicos para a realização do exame físico<sup>(77-80)</sup>. Essa avaliação deveria abranger o acompanhante/cuidador da criança hospitalizada, tanto como informante na anamnese, quanto como usuário do serviço de saúde.

A comunicação entre o profissional da saúde e a acompanhante/cuidadora também subsidia as orientações para os cuidados domiciliares, espaço em que a mãe não terá a colaboração permanente de profissionais da saúde, e é nesse contexto que ela deverá realizar os cuidados ensinados e praticados durante a internação do filho.

As participantes do estudo relatam que oferecer amparo, apoio e proteção são deveres dos acompanhantes/cuidadores. Esse direito, garantido mediante a lei, tem um propósito que é possibilitar um ambiente o mais próximo do lar em que a criança vive, próximo da pessoa que cuida e perto daquele que oportuniza refúgio e segurança frente às adversidades que ela vivenciará durante a hospitalização. As acompanhantes/cuidadoras enumeram algumas atitudes esperadas no desempenho desse papel, como: ser interessada e dedicada pela criança hospitalizada, estar atenta e ser participativa, ser questionadora diante de dúvidas, zelar pelo bem-estar da criança e dar atenção permanente em todos os momentos. As falas contextualizam esse ponto:

Eu acho que a pessoa que tá junto, em primeiro lugar, tem que ter um grande interesse, né, porque a pessoa tem que tá ali pra se dedicar [...] Eu acho que a pessoa que tá ali tem que ficar dedicada. (A1R8)

O papel do acompanhante é prestar atenção no paciente, né, ajudar, esse tipo de coisa. [...] eu acho que tem que participar, tu tem que perguntar [...] porque depois a gente vai pra casa e a gente que vai ficar com o paciente. Então é a gente que vai substituir o médico, que vai substituir o enfermeiro, então tu tem que tá por dentro de todos os procedimentos que são feitos pra poder dar o andamento, né. (A5R19)

Ficar junto, né, pra criança se sentir segura, de que não tá abandonada, não tá sozinha, isso é importante. (A7R22)

Ficar todo tempo no lado da criança [...] tentar dar o máximo de atenção possível. (A14R32)

Sem acompanhante não teria condições, o meu filho não teria condições nenhuma de ficar sozinho. Tem que ter sempre um acompanhante. (A15R33)

Os propósitos das acompanhantes/cuidadoras demonstram a importância dessa figura na hospitalização infantil, reafirmando que são indispensáveis e insubstituíveis para a recuperação e o restabelecimento da saúde da criança.

Uma participante sintetiza acertadamente o papel da acompanhante/cuidadora após a alta hospitalar, explicando que no ambiente doméstico é ela que vai assumir as atribuições do

profissional da saúde para haver a continuidade do que foi observado na hospitalização. Outra participante confirma que ter um acompanhante, além de ser um direito da criança e da família, é imprescindível para o cuidado em saúde da criança hospitalizada.

Vários estudos têm confirmado os benefícios da permanência conjunta na pediatria e a necessidade de qualificar esse papel junto aos acompanhantes e familiares. Percebe-se que a equipe de enfermagem poderia amadurecer muito nesse entendimento de que o acompanhante está presente para proteger e ser referência para a criança, e não para desenvolver cuidados técnicos e intervenções de enfermagem<sup>(21-24,73-75)</sup>.

Portanto as acompanhantes/cuidadoras são personagens importantes para a segurança da criança hospitalizada, pois têm vigilância e fiscalização sobre as circunstâncias de cuidado, compartilham-no com a equipe de enfermagem, estabelecem um processo de comunicação e observação com a equipe de saúde, em que ocorre troca de informações e orientação sobre os cuidados, além de oferecerem amparo e proteção na hospitalização. Assim, confirma-se que a acompanhante/cuidadora preserva a segurança da criança hospitalizada e pode ser considerada um pré-requisito para o desenvolvimento de uma cultura para a segurança do paciente.

A seguir, apresenta-se a análise do material empírico proveniente das entrevistas com os profissionais envolvidos no cuidado em saúde da criança hospitalizada, que evidenciou as categorias temáticas: *Hospital: cenário de segurança para a criança?*; *Os eventos adversos na ótica dos profissionais da saúde*; *Cuidado seguro: estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde*; e *Por uma cultura da segurança do paciente: propostas educativas*.

## 5.5 HOSPITAL: CENÁRIO DE SEGURANÇA PARA A CRIANÇA?

Os profissionais da saúde que atuam nas unidades de internação pediátrica avaliam ser o hospital, cenário deste estudo, um local seguro para o cuidado em saúde da criança e justificaram a sua concepção. O julgamento do material empírico identificou 36 referências sobre o assunto durante a análise das informações. Dos 23 profissionais da saúde selecionados para o estudo, 17 consideram o hospital um cenário seguro para o cuidado da criança e apenas um afirmou o contrário.

A principal constatação dos participantes converge para o papel da equipe multiprofissional de trabalhadores que compõe o hospital e o trabalho que ela desenvolve. A

infraestrutura disponível e a qualidade do controle de infecção hospitalar também tiveram destaques como aspectos que tornam o hospital seguro para a criança hospitalizada.

Os participantes relataram que a equipe de profissionais da saúde do hospital é multiprofissional e o trabalho desenvolvido é interdisciplinar, no qual existe uma complementaridade das ações e um comprometimento com a criança internada, como se pode ver nos relatos abaixo:

O hospital eu considero um ambiente seguro, pois tem participação multidisciplinar. Então, quando você faz um ato da tua especialidade, da tua área, geralmente tem outras pessoas que também estão juntas e as chances de ser re-checado tudo o que tu faz e por você mesmo é muito grande. (P3R4)

Considero, porque envolve toda uma equipe cuidando da criança, desde o enfermeiro, técnico, auxiliar, pessoal da nutrição, nutricionistas, é toda uma equipe cuidando de uma criança para que a doença não a vença, cuidando da doença em si, por isso eu considero seguro. (P12R16)

Sim, considero seguro. Apesar de ser seguro podem acontecer coisas que possam prejudicar esta segurança do paciente, mas na maior parte do tempo é seguro pelos profissionais que tem [...] a gente procura ter muita atenção com os pacientes para que não ocorram erros, embora possa acontecer. (P13R17)

Eu considero bastante seguro, porque ele trabalha com uma equipe multiprofissional. Então em vários níveis a gente tem a possibilidade de detectar problemas e atuar nestes problemas, mesmo que passe algo pela prescrição médica, ela chega ao farmacêutico que é um profissional altamente qualificado, que normalmente avalia e nos manda parecer de volta [...] Em nível de cuidado, a gente também tem o mesmo trabalho com a equipe enfermagem, com a psicologia, o serviço social [...]. (P16R21)

Com relação ao contexto da criança hospitalizada, eu considero o hospital um ambiente seguro pela preocupação dos profissionais envolvidos. Eu não falo só da equipe de enfermagem, equipe médica, mas de toda a equipe profissional que tem uma grande preocupação com as crianças e isso vai a todos os sentidos, tanto no sentido de estudar mais pra conseguir entender, já que a criança é um ser frágil, se coloca muito no lugar, tem que proteger. (P23R32)

O trabalho em equipe de maneira interdisciplinar, com a participação ativa de todos os profissionais da saúde, é elementar para o desenvolvimento de uma cultura de segurança. A complementaridade nas ações e a corresponsabilidade entre os membros de um grupo alicerçam a segurança do paciente e contribuem para o hospital ser um cenário seguro para o cuidado em saúde. Os profissionais reforçam que atenção e comprometimento com as suas ações são fundamentais para o cuidado da criança que necessita de hospitalização. Também é aceita, por eles, a possibilidade de ocorrerem falhas, mesmo havendo uma preocupação voltada para a segurança do paciente.

Acredita-se que o trabalho em equipe, quando realizado de forma compartilhada, inteligente e harmoniosa, seja garantia de um cuidado seguro. Grupos de grande qualidade – nos quais os profissionais colaboram por meio de questionamentos, reflexões e capacidade

analítica – oportunizam *feedbacks* permanentes uns aos outros. Quando a comunicação é estimulada, são mais suscetíveis a promover um ambiente seguro para o cuidado em saúde<sup>(96)</sup>.

A equipe de saúde, integrante deste estudo, é composta por várias profissões, como enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, serviço social, farmácia, entre outras, além de acadêmicos de graduação e pós-graduação, o que configura o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional. É relatado que cada membro da equipe tem responsabilidades e atribuições individuais, as quais costumam serem discutidas em equipe para se optar pela melhor conduta/orientação a ser seguida de maneira compartilhada. Quanto ao caráter interdisciplinar, infere-se que há uma preocupação, mesmo que ainda incipiente e carente, de posturas, atitudes e comportamentos que levam a momentos interdisciplinares.

O trabalho desenvolvido de maneira interdisciplinar é uma recomendação para avançar na segurança do paciente e na qualidade da atenção à saúde. O respeito mútuo, a confiança, a responsabilidade, a empatia, a escuta ativa e a comunicação entre todos os membros da equipe são fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar com decisões compartilhadas. As instituições de saúde devem adotar processos e diretrizes para fomentar o trabalho interdisciplinar e de colaboração<sup>(97)</sup>, o que pode ser um determinante para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

A infraestrutura disponível e a qualidade do controle de infecção hospitalar são também alguns dos indicadores de qualidade que tornam o hospital um ambiente seguro para a criança em situação de hospitalização.

Em relação à infraestrutura, convém destacar que, para cuidar de crianças no hospital, é imprescindível haver adaptações e (re)adequações aos usuários infantis e seus acompanhantes. Essas adaptações incluem mobiliário adequado (camas e berços), dispositivos de proteção individual e coletiva (grades na cama e nas janelas), número suficiente de trabalhadores devidamente capacitados, insumos e materiais próprios para a criança (medicamentos com dose fracionada, dispositivos intravenosos e sondas de pequeno calibre, entre outros) e sistema de alojamento conjunto à presença contínua de um acompanhante/cuidador. Os participantes ilustram esse ponto:

Para o cuidado da saúde das crianças que necessitam de hospitalização, eu considero seguro às vezes, nem sempre. [...] Aqui no nosso hospital, nós temos crianças maiores que circulam pelos corredores, tem algumas barreiras aqui para eles ficarem mais protegidos, mas os maiores podem ter acesso às escadas, ao elevador. Eu acho que tudo isso pode ser um risco, né? Mas a gente tenta evitar [...]. (P2R3)

Aqui, neste hospital, eu acho seguro, né? Porque é bem equipado e cobrado a qualidade de trabalho. Então, aqui onde eu trabalho, acho bem seguro... Em outros [hospitais], eu já acho um pouco fraco. [...] Aqui na minha unidade é bem tranquilo. (P7R9)

Considero seguro, sim. Aqui na pediatria eles disponibilizam de bastante coisa, essas camas têm a grade, então não tem tanto risco, só quando a criança é maior [...]. Mas no geral eu não vejo nenhuma falha do hospital quanto a isso, [...] e nós estamos sempre junto das crianças, não deixamos elas sozinhas, nem pra ir ao banheiro, sempre tem um familiar junto e estamos sempre visualizando [...] o pessoal tá sempre atento no corredor, qualquer situação, o pessoal corre [...]. (P9R13)

Considero. Segurança do hospital? A gente tem cuidados com a segurança aqui, a criança tem que estar acompanhada, geralmente do familiar, tem uma técnica em cada sala, os berços e janelas têm grades, tomamos cuidados com as medicações, cuidado com a receita médica. É isso. (P19R26)

Os setores que atendem o público infanto-juvenil costumam ser diferenciados na maioria dos hospitais gerais, havendo uma preocupação com a infraestrutura, a qual procura amenizar o sofrimento e o temor da criança em relação ao serviço de saúde, e também transformar o ambiente o mais próximo da realidade infantil. Essas adaptações e (re)adequações devem levar em consideração, além de materiais e insumos necessários para o cuidado seguro, que a equipe de profissionais seja identificada com o mundo infantil para vivenciar e transformar a experiência da hospitalização em um momento significativo para aquela criança.

Uma pesquisa realizada em um hospital pediátrico de grande porte com 397 leitos na cidade de Boston (EUA) reafirmou a importância de adaptações nas unidades, atendendo à segurança do paciente e às peculiaridades da criança, sem limitar a sua socialização. Essas questões foram avaliadas pelos profissionais da saúde e também pelas crianças, por meio de entrevistas que discutiam principalmente sobre a opção entre quartos individuais ou coletivos. Na perspectiva dos profissionais, as vantagens dos quartos individuais seriam o melhor manejo sobre os isolamentos e medidas de controle de infecção, privacidade e dignidade para a criança e a família, confidencialidade, sendo um local propício à manutenção de padrões alimentares e de sono. Já as desvantagens seriam: falta de interação com as demais crianças, dificuldade para a equipe na observação e proteção da criança, sentimentos de isolamento e ansiedade da criança por ficar sozinha e aumento das demandas para a equipe de saúde. A investigação junto às crianças identificou algumas semelhanças nas vantagens dos quartos individuais – como privacidade, permanência do pai e da mãe, banheiro exclusivo, poder dormir em silêncio, além de ter autonomia para escolher os programas na televisão. Apesar disso, muitas crianças preferem dividir o quarto com outras e foram pontuados quatro aspectos: sempre ter alguém para conversar, a possibilidade de fazer novos amigos e brincar, mais acontecimentos e diversão, não se sentir solitário. O estudo destacou a necessidade de readequação nos quartos para garantir o controle de infecção, a privacidade e a dignidade da

criança hospitalizada, recomendando quartos individuais e o desenvolvimento de uma equipe de saúde preparada para essa configuração<sup>(98)</sup>.

O controle e a prevenção de infecções no ambiente hospitalar é um dos principais elementos para transformar um cenário hospitalar, com inúmeros riscos, em um local favorável para o cuidado e o restabelecimento da saúde da criança. As fragilidades próprias da criança ficam aguçadas quando ela fica doente e necessita de hospitalização. É dever dos profissionais da saúde, que vão prestar um cuidado, tomar as medidas necessárias e preconizadas para proteger a criança dos agentes infecciosos presentes no ambiente hospitalar, além de preservarem também a sua própria saúde.

Os profissionais pesquisados referem que o hospital tem medidas de controle epidemiológico e utiliza equipamentos/dispositivos para evitar a disseminação da infecção entre os pacientes. Outra questão importante, bem característica da área da criança, é a grande circulação de pessoas nos setores pediátricos. Essa movimentação de pessoas amplia a chance de disseminação de agentes infecciosos no ambiente hospitalar se não houver medidas para prevenção. A higienização das mãos é a principal medida adotada e comprovadamente eficaz para reduzir as taxas de contaminação e infecção hospitalar. Os depoimentos contextualizam essa preocupação:

O hospital nos fornece todas as condições para trabalhar, né? Quando a gente tem isolamento, nós temos todos os cuidados com o paciente, usando avental, luvas e máscara fornecidos pelo hospital. (P1R1)

O hospital não é seguro, né? Eu acho que por vários aspectos, por ser um ambiente com pessoas doentes e tem o risco de contato, enfim... que é permanente. Tem uma circulação muito grande... Na pediatria tem os familiares, pais... Então são pessoas que vêm de fora, com suas características, com suas doenças e suas problemáticas sociais, eu acho que isso é um risco também. (P8R10)

Sim, eu considero seguro, apesar de ter algumas falhas, eu acho que tem todo um... Aqui no hospital tem todo um cuidado com infecção, lavagem de mãos, toda uma campanha para isso, cuidados com isolamento. (P15R20)

A higienização das mãos e as demais ações para prevenção da infecção hospitalar são obrigações tanto para os profissionais da saúde como para as acompanhantes/cuidadoras da criança. Salienta-se que a vigilância dessas medidas poderia ser compartilhada entre o profissional e a acompanhante, com o objetivo de evitar infecções cruzadas e exposições provocadas pelo contato direto com os agentes infecciosos. Além disso, o contexto dos acompanhantes/cuidadores pode influenciar a recuperação por questões relacionadas às vulnerabilidades sociais, as quais podem ser os fatores desencadeadores da hospitalização da criança.

Uma pesquisa sobre o conhecimento apreendido pelo familiar/acompanhante acerca da precaução de contato e sua contribuição no controle das infecções hospitalares numa enfermaria pediátrica foi realizada no Rio de Janeiro. Constatou-se que os familiares são orientados pelos profissionais da saúde, mas não sabem a importância dessas medidas, demonstrando que apenas tentam reproduzir aquilo que a equipe lhes determinou<sup>(99)</sup>. A prevenção da IRAS está estagnada e as novas evidências deveriam ser exploradas para direcionar a adoção de práticas seguras relacionadas às infecções hospitalares no contexto da atenção à saúde da criança<sup>(100)</sup>.

Os hospitais-escola vinculados a universidades são considerados mais seguros por haver uma capacitação permanente dos trabalhadores envolvidos no cuidado à criança e também por estarem preparando e formando novos profissionais. Uma das participantes reforçou esse fato:

Pensando que é um hospital universitário, acho que isso favorece ser um ambiente mais seguro [...]. Acho que tem uma boa estrutura e o fato de ter professores favorece também. Então, constantemente está tendo esta atualização no cuidado, na atenção com a capacitação dos profissionais. [...]. Por ser um hospital-escola, é um ambiente que está ensinando e gerando novos profissionais, eu acho que favorece ser um ambiente mais favorável para formar profissionais que saiam daqui mais preparados para oferecer segurança para os pacientes [...]. (P14R18-19)

A aproximação das instâncias educacionais com o setor saúde pode produzir mudanças paradigmáticas por envolverem a formação de novos agentes potencialmente transformadores da sociedade. O desenvolvimento de uma cultura para a segurança do paciente é um exemplo dessas transformações imprescindíveis para a área da saúde. Presume-se que os hospitais-escola e os hospitais universitários assumam o compromisso de formar profissionais sob a perspectiva da segurança do paciente. Frente a isso, o professor atinge um papel de destaque, pois ele deverá ensinar o aprendiz a cuidar do usuário de maneira segura nas circunstâncias de cuidado presentes no cotidiano da hospitalização infantil, as quais podem culminar em eventos adversos.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente recomendou, em 2008, um guia contendo as diretrizes para mudanças curriculares a partir do referencial da segurança do paciente. A aprendizagem baseada em problemas e a simulação são estratégias recomendadas aos professores que ensinam e preparam os novos profissionais da saúde sob o prisma da segurança do paciente<sup>(101)</sup>. Os hospitais universitários têm um enfoque na qualidade da assistência, pois é essa dimensão que garante o custeio e o retorno financeiro, mediante receita mensal proveniente do Ministério da Saúde. Um estudo que avaliou essas instituições



mostrou que é necessário dobrar o número de estudantes de medicina e aumentar em 14% o número de médicos residentes para serem eficientes na dimensão do ensino<sup>(102)</sup>.

Apesar disso, há uma ambivalência relatada por alguns participantes da pesquisa quanto ao hospital ser um ambiente seguro para o cuidado em saúde. A instituição é considerada segura, porém apresenta alguns riscos diversificados que podem predispor a criança a eventos adversos. Quando a criança precisa de um tratamento de maior complexidade, considera-se consenso que o hospital pode oferecer a segurança necessária para evitar o agravamento de uma circunstância pelas características presentes nesse local (equipe multiprofissional, tecnologias avançadas, equipamentos e exames disponíveis, terapêuticas diversas, entre outros). Nessas situações, acredita-se que o hospital é o melhor local para o cuidado da criança. No entanto, quando a criança vem com acometimentos que necessitam de tratamentos menos complexos, do ponto de vista biomédico, o hospital pode ser um cenário de risco e até mesmo de agravamento da situação inicial. Uma participante resume bem essa problemática que é uma das responsáveis pela superlotação dos serviços terciários de alta complexidade. Outra participante comenta que existem certificações fornecidas a instituições de saúde que atestam a sua qualidade assistencial.

[...] eu consigo enxergar de duas formas, então: de um lado eu poderia dizer que sim, porque dependendo da situação, do momento, da saúde que o paciente está, o hospital vai ser o ambiente mais adequado, local de referência para atender a situação, podendo proporcionar as intervenções que ela precisa. Mas, por outro lado [...], a gente sabe dos diversos riscos no momento em que a criança está internada [...] Eu diria que é o ambiente ideal, dependendo do tipo da situação, porque a princípio a gente vai pensar que as crianças foram bem referendadas da rede pública, que seguiu a lógica, mas por outro lado, ele pode ser ou não, pois existem diversos tipos de hospitais, de estrutura [...]. (P6R8)

Eu considero o hospital um ambiente seguro, mas não totalmente. A gente tem passado por muitas coisas que acontecem, a gente sabe que a segurança depende de todos nós e, embora a gente tente manter seguro, tem muitas falhas não só na medicação, mas em todo o cuidado com as crianças aqui na unidade. Acho que agora que está sendo acreditado, o hospital tem visto muitas coisas que podem mudar. A gente vê muita coisa no jornal que acontece e tomamos como experiência... Acho que tem que mudar muita coisa [...]. (P11R14-15)

O processo de referência e contrarreferência adotado pelo SUS deveria ser um facilitador dessa concepção, na qual somente seriam encaminhadas a um hospital as crianças que não conseguiriam resolver sua situação de adoecimento na atenção básica. Mas esse não é um problema local ou mesmo de nossa região. É uma questão relacionada à saúde no Brasil.

A cultura da segurança do paciente é a de promover a troca de experiências entre profissionais, instituições e gestores sobre as circunstâncias de cuidado que possam culminar em eventos adversos. Desse modo, podem se traçar metas e estratégias para serem responsabilmente seguidas.

Outro fato a considerar diz respeito às certificações que estão sendo concedidas a instituições de saúde, as quais podem ser um estímulo à cultura da segurança do paciente. Criam-se protocolos para intervenções e condutas, minimizando a possibilidade de falhas no processo de cuidar, provocando, dessa maneira, mudanças sistêmicas nos serviços que alcançam essas certificações.

A acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. Essa certificação tem como principal vantagem a segurança do paciente e a qualidade da assistência, além de ser um instrumento de gerenciamento para melhorias contínuas. Na avaliação da assistência à saúde são verificadas as estruturas organizacionais, os processos de trabalho e os resultados alcançados. Os serviços de enfermagem são avaliados com destaque nas atribuições administrativas, enquanto a assistência e o ensino apresentam lacunas para uma mensuração exata da qualidade assistencial, conforme os indicadores propostos pelas agências de acreditação<sup>(103-104)</sup>.

Um participante explicou que o hospital é um ambiente seguro na medida em que o usuário e o acompanhante entendem que nesse cenário haverá ajuda e socorro para suas dificuldades.

[...] Então, nós procuramos passar exatamente isso. O paciente, quando chega ao hospital, ele está bastante fragilizado, fragilidade como um todo. Então, isso precisa ser entendido e fazer com que o paciente sinta que nós queremos ajudar, ou seja, poder sentir que o paciente está recebendo solidariedade no hospital. (P20R36)

Muitas vezes, quando os pais/responsáveis recorrem por auxílio no hospital, a criança já está bastante fragilizada e debilitada, e isso a coloca em situação de risco, principalmente para eventos adversos. Recomenda-se acolher a criança e o seu acompanhante/cuidador demonstrando que existe solidariedade no cenário hospitalar e que os profissionais estão preparados para assistir e cuidar, independentemente do motivo ou da causa que os levaram a buscar assistência.

Uma maior resolutividade na atenção primária à saúde diminuiria o número de hospitalizações. Esse princípio do SUS é um indicador indireto da qualidade da assistência. Atualmente, a baixa resolutividade na atenção primária resulta em superlotação dos hospitais que atendem o público infanto-juvenil<sup>(16)</sup>.

Ao resgatar o questionamento inicial sobre o hospital ser um cenário de segurança, a análise do material possibilita afirmar que é seguro parcialmente. A construção da segurança no hospital acontece por meio de uma infraestrutura adaptada às necessidades da criança e do acompanhante/cuidador, uma equipe multiprofissional de trabalhadores, o desenvolvimento de um trabalho na perspectiva interdisciplinar, um rigoroso controle de infecção e a conquista

de certificações relacionadas à qualidade assistencial. O hospital parece ser um ambiente seguro para aquela criança que precisa de cuidados em média e alta complexidade referendada pela atenção primária que esgotou suas possibilidades de atenção. Entretanto o hospital não parece ser seguro para as crianças que não tiverem problemas significativos de saúde por questões atreladas à exposição a inúmeros fatores de risco, como micro-organismos multirresistentes do ambiente hospitalar, contato com crianças portadoras de doenças infecto-contagiosas transmissíveis, exames e procedimentos altamente invasivos e com elevado grau de complexidade, entre outros.

## 5.6 OS EVENTOS ADVERSOS NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Os profissionais da saúde investigados, ao responderem às questões da entrevista, discutiram sobre eventos adversos possíveis e os já vivenciados na sua prática profissional. O julgamento do material empírico identificou 42 referências sobre o assunto durante a análise das informações. Todos os 23 profissionais da saúde selecionados para o estudo trouxeram exemplos de eventos adversos a partir de circunstâncias de cuidado presentes no cotidiano da atenção em saúde. Nessa categoria, foi distinguida uma subcategoria, denominada *Ações dos profissionais da saúde frente ao evento adverso*, que identificou 28 referências durante o processo analítico.

Os participantes apresentaram sua compreensão sobre o significado de evento adverso na prática do profissional da saúde. Alguns buscaram definir do ponto de vista conceitual, porém a maioria utilizou exemplos para ilustrar seu entendimento sobre o assunto. As circunstâncias de cuidado envolvendo medicamentos foram apontadas como as mais propensas à ocorrência de eventos adversos. Também foram citados os procedimentos invasivos, as limitações no controle de infecção e as características do público infantil como predeterminantes a eventos adversos, entre outros.

Em relação à concepção que cada profissional atribui aos eventos adversos do ponto de vista conceitual, eles associam-nos à falha na assistência ou ação terapêutica proposta pelo profissional da saúde, independentemente da categoria. Os depoimentos abaixo apresentam suas considerações:

Eu entendo que é aquilo que tem alguma consequência ruim para o paciente, digamos assim. Tem coisas acontecendo aí, mas que não trazem problemas para ninguém. Evento adverso sempre traz consequência para o paciente [...]. (P19R26)

Evento adverso para mim é uma situação em que ocorre uma falha, né? Ou porque não estava previsto [...]. E também as falhas humanas, digamos assim. [...] Eu entendo isso como evento adverso, sejam as reações, as intercorrências dos cuidados que a gente presta, causando um resultado que não é o esperado ou estas situações em que a gente acaba cometendo alguma falha. (P8R14)

Eventos adversos são todos os problemas que decorrem a partir de um ato médico, de um ato da enfermagem. Na parte médica, envolve muito mais os medicamentos [...]. Na parte da enfermagem, os eventos adversos provocados pelos procedimentos e na medicina também tem. Então, evento adverso é tudo aquilo que resulta de uma complicação que é prevista, que causa uma restrição a um procedimento ou qualquer incidente que possa ocorrer por causa daquilo [...]. (P16R23)

Os profissionais fazem uma relação de evento adverso com dano, falha, intercorrência, complicação e incidente decorrente de uma ação proposta por eles. As intervenções realizadas, tanto pela equipe médica como pela de enfermagem, podem apresentar complicações, ou seja, um resultado terapêutico diferente do pretendido pelo profissional. Os participantes da pesquisa comentaram que as falhas humanas estão interligadas aos eventos adversos, o que demonstra uma visão centrada no profissional.

A Organização Mundial da Saúde conceitua evento adverso como um incidente que resulta em danos para o paciente. Já o erro é uma falha na realização de uma ação como o planejado ou uma escolha incorreta<sup>(6-7)</sup>. O sistema deveria conhecer e reconhecer os seus erros, evitando que os mesmos se transformem em eventos adversos. O foco no processo é uma medida necessária para retirar a concepção individual do erro e potencializar a visão sistêmica e coletiva<sup>(2,51,68,76,93)</sup>.

O prenúncio de um evento adverso é uma atitude que deveria fazer parte do planejamento da atenção em saúde dos profissionais. Salienta-se que precauções sempre podem ser tomadas para evitar danos ao paciente, uma vez que o evento adverso pode ser controlado, ou seja, uma circunstância previsível. A atenção e a concentração de todos os profissionais da saúde ao recomendarem as intervenções aos pacientes são estratégias que podem prevenir uma falha no processo de cuidado. Ser criterioso, cauteloso e primoroso intensifica essa postura de proteção da criança hospitalizada.

Eventos adversos são aqueles nocivos que não deveriam acontecer, aliás, podem acontecer, podem ser previstos e oriundos da ação terapêutica. A gente conhece muitos eventos adversos nos tratamentos que a gente faz, né? Tratamentos terapêuticos. Alguns são previsíveis, outros não. [...] E o evento adverso é controlado [...]. Então, a gente tem que fazer um risco-benefício muito cuidadoso [...] A gente tem que ter muito cuidado, ser muito criterioso quando a gente determina alguma intervenção a algum paciente. Eu penso que a gente deve ter a maior atenção possível [...]. (P17R24)

A promoção da segurança da criança hospitalizada não pode se limitar a uma ação individual do profissional. Espera-se que cada um consiga se visualizar como parte de um processo/sistema que pode ocasionar eventos adversos. Uma diferenciação importante entre evidências e costumes/rotinas tem sido dificultosa para alguns profissionais. O fomento e o incentivo de uma cultura de segurança implicarão na aceleração da cultura organizacional, do trabalho colaborativo e participativo e da promoção da crença de que mudanças e melhoras são factíveis<sup>(1,93)</sup>. As equipes poderiam compartilhar as suas posturas individuais para impulsionar mudanças no processo de trabalho.

O depoimento abaixo descreve que os eventos adversos podem incluir componentes objetivos e subjetivos do cuidado em saúde, enfatizando que sempre haverá um prejuízo para o paciente:

[...] os eventos adversos são aqueles eventos que vão prejudicar de uma maneira menor ou maior o cuidado daquele paciente que busca o hospital. É um prejuízo. Evento adverso pode ser desde bem subjetivo até bem objetivo, pode ser até no tipo de acolhimento que quando não é bom pode ser um evento adverso ruim, podendo ser maior com um erro de uma técnica ou na administração de medicamento. (P20R27)

As características que envolvem a subjetividade dos eventos adversos são preocupações pontuais e pouco mencionadas pelos participantes. A maioria identifica somente os eventos adversos objetivos e busca concentrar suas intervenções apenas nessas questões. Entretanto relembra-se que o cuidado em saúde é permeado por aspectos subjetivos que têm comprovada importância na recuperação e no restabelecimento da saúde das pessoas. No contexto da hospitalização infantil, esses elementos ganham destaque e são fundamentais para o cuidado seguro em saúde. Entre as questões que envolvem a subjetividade do cuidado em saúde tem-se o acolhimento, que é uma tecnologia leve para atenção à saúde.

O uso de tecnologias leves e leve-duras na atenção à criança é uma recomendação para os profissionais que atuam nesse contexto, principalmente pela necessidade de compreensão das etapas do crescimento e desenvolvimento infantil (tecnologia leve-dura) e o emprego de estratégias criativas para se aproximar e interagir (tecnologias leves) com a criança, como a imaginação, a fantasia, a contação de histórias, a brincadeira, entre outras. A integralidade do cuidado direcionado à criança é um pressuposto, e as tecnologias são ferramentas que operam na atenção dispensada a ela<sup>(92,105)</sup>.

Como já visto anteriormente, a qualidade e o tipo de relações interpessoais entre o profissional da saúde e o usuário são alguns dos fatores que podem contribuir para a ocorrência de um evento adverso. Mesmo que uma equipe desenvolva um trabalho

interdisciplinar, ainda assim, as relações entre as pessoas são uma questão complexa e difícil; necessitam de um aprendizado e um exercício que exige desprendimento, humildade, colaboração, cooperação e outros quesitos importantes. A compreensão de que os eventos adversos apresentam vinculação com a convivência profissional-usuário reforça a ideia que todo o processo de cuidado depende também de aspectos subjetivos. A equipe de saúde precisa ser preparada para essa metodologia de trabalho, na qual a complementaridade poderia atingir a meta, que é prestar um cuidado seguro.

Eventos adversos são eventos que prejudicam o bom andamento da relação entre o profissional e a quem você presta assistência ou qualquer parte do processo, quando isso ocorre, não finaliza com sucesso [...] Isso são coisas que a gente vê, ou tem aqueles pacientes que precisam de tratamento especializado, tu nota que a equipe multidisciplinar não tem o treinamento que deveria ter. (P3R7)

A atuação interdisciplinar resgata as relações com base na comunicação autêntica, no respeito ao outro, no conhecimento e no acolhimento das diferenças. A cooperação e a troca entre as disciplinas podem sustentar a interação entre os profissionais, a articulação de saberes e fazeres, a horizontalidade nas relações e a participação nas tomadas de decisão, com base na construção de espaços para a elaboração e expressão de subjetividades<sup>(106)</sup>. O profissional que partilha concepções sobre a segurança da criança hospitalizada poderá ser uma referência para o trabalho interdisciplinar nas reflexões sobre as circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos.

A partir desse entendimento conceitual sobre os eventos adversos, foi possível afirmar que para os profissionais da saúde associa-os com o processo que abrange a medicação da criança hospitalizada.

Os erros de medicação podem acontecer em qualquer etapa do processo medicamentoso: prescrição, transcrição, dispensação, distribuição, preparo, administração e monitorização. Essas situações estão em evidência no Brasil por falta de políticas públicas e programas para regulamentar o uso dos fármacos disponíveis, a fragilidade dos órgãos competentes em identificar e monitorar as informações relacionadas às reações adversas dos medicamentos e a falta de incentivo das instituições para que os profissionais notifiquem as falhas desse processo<sup>(107)</sup>.

As falhas relacionadas ao preparo e à administração de medicamentos também foram os eventos adversos mais mencionados pelos profissionais e aqueles geradores de elevada preocupação. Nesse contexto, verifica-se que a equipe de enfermagem tem enorme responsabilidade na prevenção de erros, pois é ela a executora da etapa final. Os relatos explicam esses pontos:

Uma administração errada de uma medicação, uma dose errada para o paciente, reações da própria medicação que são esperadas e que são sabidas que podem acontecer, mas que pelo próprio tratamento a criança até precisa fazer. [...] na enfermagem, o que a gente pode fazer e que pode causar um evento adverso em geral, assim, é erro de medicação, erro de cálculo, de dose, de medicação administrada no paciente errado. (P2R6)

Por exemplo, numa prescrição, conferir se aquela dose está certa. Muitas vezes, o médico prescreve, mas a gente administra... Então, a gente sempre costuma conferir, às vezes a via está errada, e várias vezes a gente vai atrás, confere e vê que realmente a gente estava certo [...]. (P6R9)

[...] Tanto com uma dose errada, de uma via de administração errada, a velocidade de uma medicação, por exemplo, uma administração de medicação rápida pode dar uma depressão respiratória, as trocas de medicamentos entre pacientes que são muito parecidos [...]. (P23R31)

As circunstâncias que levam a um erro de medicação são diversas e estão interligadas, pois cada etapa é consequência da anterior. Uma dosagem de medicamento errada pode levar a um preparo equivocado, o que pode resultar na administração em horário ou via errada, por exemplo, demonstrando que tudo isso faz parte de um processo que é complexo e detalhado. Os participantes descrevem que acontecem erros de prescrição e de administração de fármacos. Porém sabe-se que no armazenamento e na dispensação também pode haver falhas que contribuem para o dano ao paciente.

Os pesquisados relataram que os erros na dosagem e na escolha dos medicamentos, na via de administração, no cálculo da dose/diluição, na troca de pacientes, na velocidade de infusão e na troca de fármacos entre os pacientes são situações a que estão expostas todas as pessoas quando em hospital.

Um estudo realizado com acadêmicos de enfermagem norte-americanos demonstrou que a simulação é a principal estratégia didático-pedagógica para o aprendizado e a reciclagem sobre o processo medicamentoso. A pesquisa identificou 22% de assertividade no preparo e na administração de medicamentos antes da intervenção que consistiu em uma atividade educativa por meio da simulação. Contudo, após a intervenção educativa, houve 96% de assertividade na mesma atividade. Os cinco certos, associados à simulação, demonstram ser fundamentais na prevenção de erros no preparo e na administração de fármacos<sup>(108)</sup>. Além dos clássicos cinco certos, a inclusão da Orientação Certa e da Documentação Certa intensifica os cuidados envolvendo o processo medicamentoso<sup>(69)</sup>.

A equipe de saúde destaca que todos os implicados com o processo que circunda os fármacos sabem dos riscos e das possíveis falhas que podem suceder. A avaliação e a leitura cuidadosa da prescrição medicamentosa por parte do responsável pelo preparo e pela administração são necessidades constantes no cotidiano do hospital, mas essas atividades

podem ser consideradas posturas interdisciplinares, nas quais toda a equipe de saúde se torna corresponsável pela criança hospitalizada.

Os participantes enfatizam que o profissional da saúde deve ter conhecimento científico para embasar sua prática e estar vigilante frente a todas as circunstâncias de cuidado que envolvam o processo farmacológico.

A redução da alta prevalência de eventos adversos ocasionados a partir do processo medicamentoso, a extensão dos prejuízos e a existência de soluções viáveis poderiam determinar uma redução de danos. Isso é um objetivo importante e urgente para a Organização Mundial da Saúde. As estratégias locais, que partem de cada instituição, são estimuladas e devem ser disseminadas para reduzir as taxas de eventos adversos ligados à medicação<sup>(76)</sup>. A inserção de inovações tecnológicas, como bombas de infusão inteligente, doses unitárias, leitores de código de barras, entre outras, colabora para a redução de erros de medicação<sup>(107)</sup>.

Em relação ao tratamento quimioterápico, as circunstâncias de cuidado ampliam consideravelmente a chance de ocorrência de eventos adversos, pois nessa terapêutica são utilizadas várias drogas com inúmeros efeitos adversos. Dessa forma, os profissionais que trabalham em unidade de oncologia pediátrica precisam ainda intensificar a atenção e os cuidados com a criança sob esse tratamento.

É, a gente já teve erros assim de medicação, por exemplo, o quimioterápico que foi dado precisava de uma medicação pra evitar efeito adverso da própria medicação e esta medicação foi esquecida de dar e o paciente teve um efeito adverso muito mais forte do que o previsto. Isso foi por esquecimento, por um erro de prescrição. (P22R30)

A exacerbação das reações adversas do tratamento quimioterápico costuma ser previsível e evitável pelos profissionais da saúde. A equipe de enfermagem tem imensa responsabilidade nessas circunstâncias, pois divide responsabilidades com a equipe médica, relacionadas às intervenções junto à criança hospitalizada.

As reações adversas ao tratamento medicamentoso são os efeitos prejudiciais ou indesejados causados após a administração de uma dose de fármaco normalmente utilizado em qualquer indivíduo para a profilaxia, o diagnóstico ou o tratamento de uma enfermidade<sup>(9)</sup>. Por outro lado, evento adverso está vinculado a danos causados pelas intervenções propostas na atenção à saúde<sup>(6-7)</sup>. Esses conceitos são comumente empregados como complementares pelos profissionais da saúde, porém reforça-se que são distintos e imbricados ao mesmo tempo.

A equipe de enfermagem conhece os efeitos causados pelo tratamento quimioterápico à criança hospitalizada, e em função desse conhecimento tem condições de desenvolver



atitudes pró-ativas, prevenindo o aparecimento de reações adversas por problemas relacionados à administração errada dos medicamentos.

A concentração, a cautela e a precaução são elementos que colaboram na prevenção de circunstâncias de cuidado envolvendo medicamentos. O profissional da saúde responsável pelo preparo e pela administração dos fármacos deve ter cuidado durante o exercício das suas atividades e conhecimento científico para antever possíveis falhas no processo medicamentoso antes de finalizar a administração das drogas prescritas. Caso aconteçam equívocos na administração de fármacos, o profissional da saúde deve estar preparado para identificar a falha e tão logo comunicar o fato à chefia responsável para reverter o efeito da medicação oferecida. Os depoimentos ilustram isso:

Acho que a falta de atenção dos profissionais de preparar uma medicação, não ter atenção na hora que tá fazendo, não olhar o rótulo, não conferir a prescrição, ver o que realmente está administrando [...]. (P14R20)

[...] Que tu chegue correndo e diga que errou, que fez aquilo ali errado, tem que se preocupar com a criança e perguntar o que se pode fazer rápido pra reverter aquilo. (P23R4)

A distração e/ou a fadiga do profissional da saúde são circunstâncias que podem levar ao erro no processo da medicação. Sabe-se que os fármacos utilizados na criança aumentam a predisposição a erros, por apresentarem concentrações e diluições muito diferentes, se comparadas ao adulto. Além disso, o metabolismo infantil também se processa de maneira acelerada.

Outros aspectos estão atrelados à raridade de dosagens padronizadas, à necessidade de vários cálculos e às complicadas diluições e reconstituições dos medicamentos. Ainda assim, a maior parte dos erros acontece após a verificação dos cinco certos pelo profissional<sup>(108)</sup>.

Quanto ao uso racional de antimicrobianos, essa é uma das metas da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Um participante informou que na instituição pesquisada existe um uso excessivo de antibioticoterapia, aspecto que pode predispor a um evento adverso. A resistência bacteriana tem sido o principal evento associado a essa conduta, o que provocará uma maior permanência da criança no hospital.

O uso criterioso de antibiótico é fundamental. [...] a gente usa muito antibiótico, excessivamente. As crianças vêm com antibiótico, quando entram aqui eu suspendo ou mando usar por tempo bem mais curto, mínimo tempo preconizado possível e procuro usar sempre de uma boa terapia, a maioria usa dois antibióticos e eu procuro tentar usar sempre só um antibiótico, quando possível. (P17R36)

A escolha da terapia antimicrobiana tem apresentado divergências entre os profissionais da saúde, fato que tornou o uso desse medicamento indiscriminado e pouco criterioso. Isso vai requerer mudança de conduta nas intervenções da equipe médica.

O terceiro desafio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi combater a resistência antimicrobiana. Muitas doenças infectocontagiosas não podem mais ser tratadas com fármacos simples, e a resistência vem sendo uma ameaça crescente para o tratamento e o controle dessas enfermidades. Isso tem acarretado um aumento de doenças sem tratamento, o que pode levar ao aparecimento de pandemias mundiais. Por isso, a Organização Mundial da Saúde recomenda o uso racional de medicamentos e a criação de regulamentos para evitar o uso indevido de medicamentos antimicrobianos<sup>(2)</sup>.

O registro certo é um item que deve fazer parte do processo medicamentoso. É dever do profissional que preparou o medicamento fazer o registro de todas as etapas imediatamente após ter concluído a administração. Um participante demonstra preocupação com relação à checagem antecipada:

Recentemente até, mas aí não foi um erro talvez intencional, fazer uma prescrição e a técnica [de enfermagem] tá checando as coisas que ela não fez ainda. [...] e se ela acabar não fazendo o que ela previu, ninguém tem bola de cristal pra prever. (P14R34)

O registro antecipado e a checagem dos fármacos que ainda não foram administrados no paciente é uma circunstância de cuidado com enorme risco de desencadear eventos adversos. O trabalho em saúde é dinâmico e mutável por causa da própria condição do paciente, que pode alternar instabilidades e desencadear mudanças de condutas e intervenções. No contexto da criança hospitalizada, essa realidade é cotidianamente observada, pois a criança apresenta labilidade fisiológica e emocional maior quando comparada ao paciente adulto. Assim, é dever do profissional registrar e checar os cuidados envolvendo medicações somente após a execução desses.

O local de armazenagem e acondicionamento dos medicamentos também deveria ser objeto de preocupação e zelo dos profissionais da saúde. Muitos medicamentos apresentam semelhanças estéticas, e isso pode ser fator de incerteza e imprecisão. Percebe-se que existe uma mobilização para haver mudanças em rótulos e frascos dos fármacos para impedir a troca de medicamentos. Os participantes destacaram que a instituição está tomando providências para suprimir esse tipo de erro.

Nós já tivemos duas situações de usarem manitol no lugar do soro glicosado. Ficava um do lado do outro, então vamos tirar o manitol daqui já que é uma medicação eventual na internação, se a gente precisar vai na UTI ou tem tempo de buscar no almoxarifado, o preparo das medicações, o momento que a pessoa vai preparar. (P8R39)

Alguns profissionais da saúde utilizam estratégias individuais para minimizar a chance de ocorrência de uma falha nas suas intervenções. Foi comentado que a prescrição eletrônica aumenta a chance de erros, pois o profissional revisa menos as suas condutas.

A revisão e a conferência são estratégias simples e viáveis para prevenção de eventos adversos envolvendo prescrição de medicamentos, porém é uma conduta que necessita de adesão de todos os profissionais da saúde. Os participantes destacam essa questão abaixo:

[...] Se tem alguma coisa errada, a farmácia nos avisa, quando dá alguma coisa errada a gente tenta... Tem que observar, se alguma medicação foi administrada errada, fico observando pra ver se vai ter algum efeito, se tem como reverter. Acontece também de pedirem exames do paciente errado [...]. (P19R37)

Porque falhas acontecem, principalmente com a questão do computador, ao apertar um botão e era isso, a gente não lê de novo a prescrição como antigamente quando era manuscrito, a gente tinha que escrever cada item. Então, era automático tu conseguir saber se estava escrevendo alguma coisa errada, a prescrição eletrônica é uma coisa que favorece um pouco os erros [...]. (P22R40)

Independentemente da categoria profissional, salienta-se que a conferência e a revisão, previamente a uma intervenção, podem proteger a criança hospitalizada de um evento adverso.

O prontuário do paciente é uma fonte de informações essenciais para a prevenção de eventos adversos. Além dos registros de condutas e intervenções realizadas ou propostas, serve para comunicar, alertar e precaver a equipe de alguma circunstância de cuidado que possa evoluir para um erro.

A prescrição eletrônica foi um avanço e é um mecanismo de proteção para o paciente, minimizando a chance de falhas na interpretação por problemas caligráficos ou de ilegibilidade. Entretanto essa metodologia deveria ser vista como facilitadora para o profissional da saúde e mais um recurso disponível para qualificar sua prática, no sentido de agregar um componente aos demais que já estão validados. A revisão e a conferência já eram pressupostos básicos da prescrição manual, e com a introdução do modelo eletrônico poderia haver mais tempo para revisão, conferência e certificação de seu conteúdo.

A prescrição eletrônica é mais estruturada, legível e muitas informações podem ser fornecidas ao prescritor durante a sua elaboração. As correções podem ser realizadas eletronicamente, evitando rasuras. Assim, a prescrição eletrônica amplia a segurança do processo medicamentoso<sup>(107)</sup>.

Com a implantação da prescrição eletrônica é importante relatar que o processo de prescrição dos medicamentos se torna mais ágil e veloz, havendo redução do tempo de trabalho do médico nessa atividade. Espera-se que com esse avanço o profissional possa dedicar maior tempo na avaliação do paciente a beira do leito, bem como dispor de tempo para escuta, diálogo e interação com a criança e família.

A realização de procedimentos invasivos e o uso de materiais médicos também foram mencionados como promotores de eventos adversos pelos profissionais da saúde. A realização de procedimentos e cuidados diretos com a criança hospitalizada pode resultar em eventos adversos se houver alguma falha na execução da intervenção. Os participantes exemplificaram algumas circunstâncias nas quais aconteceram eventos adversos.

[...] A gente presencia erros médicos também. Num procedimento, por exemplo, colocação de cateter central, intracath, que não muito raro acontece um pneumotórax, enfim. Isso a gente vai ver depois com o que vai acontecer com a criança, depressão respiratória, queda de saturação, a gente tem que estar atento a isso, porque é um procedimento de risco e atuar no acompanhamento de avaliação e após. (P2R32)

[...] Como o caso que aconteceu aqui, colegas que instalaram dieta em cateter duplo lúmen. Tanto é que eles mudaram os equipos, onde os bicos não adaptam na cânula. Uma vez aconteceu de botarem um trackcare na traqueostomia e após dieta. [...]. (P5R8)

A gente recebe cânula própria [...] mas são embalagens parecidas que é arriscado a ter problema. [...] Muitas vezes, a gente bota em uma sonda uma cânula pra fechar, muitas vezes um cateter tem a mesma cânula. Isto pode causar o risco de usar a medicação errada. Já aconteceu uma vez de administrar a dieta, tentar administrar a dieta pelo cateter. (P11R1)

Acho que quando a gente faz uma punção ou faz uma intervenção, né? Às vezes se corta com uma agulha ou até expõe o paciente a um risco, acho que são estas coisas, quando saem um pouco do controle. A gente tenta fazer o possível, mas acaba saindo... coisas inesperadas. (P21R28)

Conforme os profissionais, a instalação e o manuseio de um cateter venoso central, os cuidados com cânulas e adaptadores em cateteres venosos/arteriais ou em sondas, o manuseio de traqueostomia e sistema de aspiração fechado, a realização da punção venosa/arterial, a passagem de sonda naso/orogástrica e cateterismo vesical, a realização de punção lombar, a aplicação de medicação via parenteral, entre outros, foram procedimentos invasivos considerados potencialmente perigosos para a ocorrência de eventos adversos na hospitalização da criança.

A execução de procedimentos invasivos exige prudência e habilidade, além do conhecimento, e a mesma deve ser efetuada posteriormente a um planejamento e avaliação da criança e diálogo com o acompanhante/cuidador para minimizar a chance de falhas durante as intervenções. Percebe-se que os erros podem acometer qualquer profissional da equipe de saúde e isso também pode acontecer com os trabalhadores de outras categorias e, da mesma forma, resultar em eventos adversos.

As intervenções relacionadas à medicação, aos procedimentos de enfermagem e ao manuseio de equipamentos estão diretamente relacionadas a eventos adversos no público infantil<sup>(1)</sup>. Um estudo retrospectivo descritivo, realizado na região centro-sul de São Paulo,

identificou 1.219 eventos adversos em 826 boletins de notificação de eventos adversos, no período entre janeiro de 2004 e junho de 2006. Dos resultados, 31,9% estavam ligados a equipamentos, 11,3% envolviam medicamentos e 9,7% tinham relação com o cuidado com cateteres<sup>(110)</sup>.

As quedas ao solo, outra circunstância julgada como um evento adverso comum na hospitalização infantil, podem ser classificadas como acidentes. Os profissionais relatam que as grades da cama, quando abaixadas requerem uma vigilância permanente, já que a criança pode ser imprevisível e surpreender por questões próprias do seu crescimento e desenvolvimento. Os profissionais alertam sobre as quedas do berço/cama como um evento adverso grave, que pode trazer sequelas permanentes para a criança.

Evento adverso são aquelas coisas que podem provocar dano pra criança [...] grade baixa é um evento adverso [...] a gente tem muita responsabilidade. Tem muitas mães que acham que as crianças mexem, deixam a grade baixa e o funcionário tem que estar sempre cobrando pra levantar [...]. (P11R17)

Erro é a gente fazer uma medicação sem conferir a dose, o horário, a criança, não conferir nem confirmar estes dados, administrar a medicação sem esta confirmação. Tem que ter cuidado com as grades do berço, tem que levantar, a criança pode cair e provocar problemas na cabeça. Tem que controlar isso pra não acontecer. (P12R18)

A prevenção de quedas da cama/berço é um elemento importante para a segurança da criança hospitalizada e pode ser um cuidado compartilhado com a família que a acompanha. A criança, quando hospitalizada, adentra em um mundo novo, no qual tudo desperta a sua atenção e curiosidade. Nesse momento, é fundamental os profissionais e a família estarem zelando pela preservação da sua integridade.

As quedas são frequentes na hospitalização infantil, e as suas consequências podem ser permanentes e irreversíveis. O acompanhante/cuidador fica fragilizado com a internação do filho, e isso costuma reduzir sua capacidade de proteger constantemente a criança e/ou seguir todas as orientações prestadas pelo profissional sobre a prevenção de quedas. Contudo, é dever do profissional da saúde evitar que as quedas ocorram, devendo haver vigilância constante e capacidade de antever o comportamento da criança que está ativa e brincando na cama/berço.

Um estudo descritivo realizado no Paraná encontrou uma incidência de 25,3 quedas por 1.000 crianças menores de 15 anos. As quedas ocorreram principalmente de berço/cama em menores de dois anos de idade, sendo mais predominante no sexo masculino a partir de um ano de idade. As regiões mais afetadas foram a cabeça e o pescoço (55,2%) e traumatismos superficiais (46,4%). A supervisão direta é a estratégia mais eficaz na prevenção das quedas ao solo<sup>(111)</sup>. O número de quedas dos pacientes internados é um

indicador de qualidade assistencial para o cuidado seguro, além disso, a criação de programas multidisciplinares para prevenção das quedas é tática importante para a segurança do paciente<sup>(44,112)</sup>.

Sabe-se que as características próprias do crescimento e desenvolvimento infantil podem predispor a criança a eventos adversos na hospitalização. Os profissionais da saúde que atuam nesse tipo de cuidado devem reconhecer as particularidades de cada faixa etária para garantir a segurança do paciente. Os participantes do estudo comentaram que a supervisão constante é necessária em todas as circunstâncias que envolvem a criança, pois a mesma quase sempre tem capacidade suficiente para surpreender um adulto. Dependendo de sua fase de desenvolvimento, ela pode não ter desenvolvido ainda a noção de perigo e risco que representam algumas situações. Um participante referiu que essa vigilância é reforçada em crianças vulneráveis por questões sociais, principalmente pelo risco de sofrer algum tipo de violência na internação.

Então, ela [criança] tem que ser supervisionada, tem ambientes de risco, escadas, altura, o adulto tem que estar atento supervisionando, porque ela tá correndo risco o tempo inteiro e desafiando as coisas. Isso pode acontecer dentro de um hospital. (P2R33)

Às vezes assim, a gente tem muito problema social, então são crianças difíceis de segurar no quarto. Eles fogem, correm no corredor, esse tipo de paciente a gente tem que estar sempre atento, porque ele pode vir a cair. Quedas... Tem que estar sempre cuidando, porque a mãe pode levar ele para um cantinho e bater. (P9R16)

A criança com doença crônica pode desenvolver-se mais rapidamente em relação a outras por causa das características próprias da doença. Uma investigação qualitativa exploratória-descritiva evidenciou que a criança em fase escolar se esforça para compreender a doença e também para poder colaborar com o seu tratamento. A escuta ativa das crianças com doença crônica pode subsidiar o planejamento de cuidados singulares e adaptados às necessidades de cada paciente<sup>(113)</sup>.

As restrições nas medidas de controle de infecção podem ser circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos que também apareceram na opinião dos profissionais da saúde, trazendo inúmeras repercussões para a criança, que vão desde o aumento no tempo de internação até a sua morte, em casos mais severos. Os profissionais da saúde têm enorme responsabilidade frente à infecção hospitalar, devendo garantir que adequadas medidas de bloqueio epidemiológico sejam instaladas e o uso dos equipamentos de proteção individual seja efetivo.

É um risco de infecção pela imunidade do paciente. Então, eu acho que não lavar as mãos é o fim da picada, não usar máscara quando está resfriado ou quando estiver com qualquer coisa, eles não podem ter contato com nada [...] se afastar do ambiente hospitalar se precisar, porque

tem momentos que precisamos nos afastar, principalmente o pessoal da enfermagem. (P15R21)

Outro aspecto abordado foi em relação ao adoecimento dos profissionais, pois eles podem transmitir doenças infectocontagiosas para a criança hospitalizada, a qual normalmente apresenta diminuição de sua imunidade quando internada. O profissional da saúde necessita ser afastado do ambiente hospitalar quando não apresenta condições para exercer suas atividades, pois deve primeiramente recuperar sua condição saudável para poder cuidar da saúde dos seus pacientes.

Entre as medidas necessárias para promover e manter a segurança está a correta orientação de familiares e acompanhantes sobre as medidas de bloqueio epidemiológico, em especial a higienização das mãos. Essa é uma ação importante da equipe para garantir a adesão de todos os envolvidos e minimizar a transmissão de micro-organismos às crianças. Contudo essas medidas também são válidas para os profissionais, pois eles podem ter contato diariamente com todos os pacientes<sup>(99-100)</sup>. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente apresenta como primeiro desafio global a afirmativa *O cuidado limpo, é um cuidado seguro*, demonstrando toda a sua preocupação com esse assunto<sup>(2)</sup>.

Quanto ao número de profissionais, sabe-se que uma quantidade inadequada para desenvolver o cuidado pode ser também um fator de risco para a ocorrência de eventos adversos. Os participantes confirmaram que a instituição pesquisada possui um quantitativo de profissionais suficiente para desempenhar as atividades conforme o preconizado. No entanto somente isso não garante a segurança do paciente, pois as falhas podem acontecer por outras questões.

[...] Na própria organização da equipe de enfermagem, por exemplo, se alguém comunicar que não vem e vai faltar gente para a equipe, isso vai ocasionar um transtorno, vai resultar numa má prática, numa má assistência naquele dia [...]. Tem situações mesmo do cuidado, assim, do paciente ser chamado errado para um exame, né? [...] (P6R10)

A sobrecarga de trabalho frente às inúmeras demandas assistenciais eleva a possibilidade de ocorrerem eventos adversos, além de reduzir a qualidade do cuidado. Quando um profissional está sobrecarregado, com excesso de atividades, ele precisa priorizar algumas intervenções. Classificando outras como de menor importância ou desnecessárias, pode promover circunstâncias favoráveis a eventos adversos. Por exemplo, a não conferência da identificação do paciente que foi chamado para realizar um exame pode acarretar na realização de um exame desnecessário em um paciente e atrasar ou suspender o mesmo exame em outro.

A proporção inadequada no número de profissionais e a falta de trabalho em equipe são limitações para o sucesso das estratégias que discutem a segurança do paciente. Além disso, a pressão assistencial, o tempo, a falta de incentivos e motivação são fatores de risco para a ocorrência de eventos adversos<sup>(68,93)</sup>.

Como já visto, o processo de comunicação entre profissionais da saúde-criança-acompanhante/cuidador está cercado de possibilidades de eventos adversos. Os profissionais identificam que a comunicação entre eles é frágil e vulnerável a falhas. Além disso, a comunicação entre o profissional da saúde e a família da criança hospitalizada é repleta de equívocos e limitações. Essa também foi relatada entre as acompanhantes/cuidadoras.

Quanto à presença de acompanhante e o processo de comunicação, apareceu um depoimento no qual a imprecisão e a incoerência na conduta de um profissional poderiam ter levado a um evento adverso, caso a acompanhante/cuidadora não interferisse previamente. Outra participante relembra que é necessária uma adequada postura ética dos profissionais da saúde quando discutem o caso da criança na frente dela e da família.

[...] o cirurgião dá uma conduta e a enfermeira ia executar o combinado com o cirurgião e a mãe começou a questionar a gente [...] não está fechando, vamos esperar, daí a gente intercedeu, falou com outro médico da equipe, até tu chegar no que você acredita que é bom para o paciente, para a família [...] a gente vê que pode causar algum dano para o paciente. (P6R11)

Dos profissionais, acho que os principais erros são os tipos de comentários na frente de familiares, até da criança mesmo... Tu esquece que, às vezes, na pediatria, isso acaba entrando em outros assuntos, outros comentários, até do próprio paciente a gente vê. (P7R12)

[...] uma conversa com um pai ou uma mãe também pode ocasionar um efeito pra criança, uma reação do pai em relação ao cuidado com a criança, tipo de agressão já aconteceu, o pai estava com uma impressão diferente do que foi exposto, ficou irritado e agrediu a criança, uma fuga [...]. (P18R25)

A comunicação frágil e deficitária entre o profissional da saúde e a família da criança pode provocar vários eventos adversos, principalmente relacionados à interpretação e ao entendimento da família sobre o que está ou vai acontecer com a criança naquele momento. Os profissionais participantes da pesquisa percebem que o processo de comunicação precisa estar adaptado ao contexto da família e da criança, pois ambos são protagonistas na hospitalização e estão buscando assistência e ajuda. Entretanto a comunicação entre os profissionais da saúde ainda se apresenta inadequada e improdutiva.

Várias investigações apontam que a fragilidade ou a imprecisão no diálogo entre profissional-cuidador-criança talvez predisponha a eventos adversos, pois a família pode ficar



receosa de interpelar o profissional, e as dúvidas remanescentes são fatores de risco para falhas no cuidado<sup>(21-24,68,85-87)</sup>.

Uma informação pouco esclarecedora para a família pode ter consequências danosas para a criança, pois os pais ou responsáveis podem perder a credibilidade nos profissionais, exigir substituição de equipe, ficar amedrontados e temerosos diante de todas as intervenções, entre outras situações que prejudicarão a relação entre profissional-família-criança.

A limitada estrutura para a permanência conjunta e as condições para haver um acompanhante/cuidador não foram mencionadas pelos participantes do estudo como circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos, assim como a criança estar desacompanhada por um cuidador-leigo ou familiar. No entanto, considera-se essencial haver um (re)planejamento das instituições de saúde para áreas físicas e serviços básicos para o acompanhante-cuidador poder satisfazer as suas necessidades básicas de sono/repouso, higiene e alimentação. Na instituição pesquisada, existe uma casa de apoio disponível para as mulheres-cuidadoras provenientes do interior do Estado, porém esse espaço não foi comentado pelos participantes.

Um estudo realizado em Toronto (Canadá) descreveu os fatores que afetam o sono dos pais de crianças criticamente enfermas e os determinantes para melhorar o seu sono. Foram destacados que a condição de saúde da criança, estar próximo da cabeceira da criança, pensamentos e sentimentos negativos, mudanças nos hábitos usuais do acompanhante, ter que cuidar de si e da família, o ambiente hospitalar e a disponibilidade de locais para dormir são questões que interferem diretamente no sono e no descanso dos pais da criança hospitalizada. A interrupção do sono pode ter consequências negativas para o acompanhante, que não poderá desenvolver plenamente a sua finalidade<sup>(114)</sup>.

A partir do conhecimento, da identificação e da discussão sobre os eventos adversos na ótica dos profissionais da saúde, foram evidenciadas as condutas e os encaminhamentos adotados na instituição pesquisada.

### **Ações dos profissionais da saúde frente ao evento adverso**

As ações dos profissionais da saúde, a partir do momento em que é identificado o evento adverso, vêm sofrendo transformações subsidiadas pelas iniciativas direcionadas à segurança do paciente, propostas pela Organização Mundial da Saúde. A principal mudança

está atrelada a uma questão cultural que é a punição do profissional envolvido na circunstância de cuidado promotora do evento adverso. Percebe-se que a instituição pesquisada vem passando por esse processo, sendo a punição substituída por diálogo, apoio, respaldo e notificação do evento adverso.

Um estudo de revisão realizada em 96 hospitais da Alemanha – que buscou identificar a cultura da segurança e seus indicadores diretos e indiretos – concluiu que existem poucos estudos sobre a temática, principalmente porque os erros são considerados um evento isolado, e a compreensão processual e sistêmica ainda não faz parte da realidade desses serviços de saúde. Nessa investigação, em apenas sete hospitais foram encontradas questões relacionadas à cultura da segurança do paciente. Pela dificuldade de mensuração da cultura da segurança, ela carrega um elemento de incerteza em que as pessoas não querem se expor e preferem permanecer invisíveis frente às falhas<sup>(115)</sup>.

A cultura da punição reflete claramente a invisibilidade adquirida pelos eventos adversos. A falta de comunicação e de notificação do evento adverso, a dificuldade de aceitar o erro humano, a incompreensão da população pelo erro e a notificação de eventos adversos podem significar conflitos com outros profissionais. Essas evidências caracterizam as condutas da maioria dos trabalhadores, quando se deparam com um incidente no seu serviço<sup>(93)</sup>. Os erros relacionados à comunicação escrita, principalmente à notificação de um evento adverso, são descritos por vários estudos, os quais destacam a cultura punitiva adotada nas instituições como principal justificativa para a ocultação<sup>(1,9,68,93,96,109)</sup>.

A maioria dos profissionais da saúde da instituição pesquisada relatou que comunica o evento adverso à equipe de saúde e, concomitantemente, intervém para amenizar as repercussões de um erro, de modo a não prejudicar a criança hospitalizada. Os relatos abaixo contextualizam essa conduta:

Eu comuniquei o plantão que não tinha tanta experiência, mas a gente conseguiu conduzir a situação e foi tomada medidas... A medicação era via oral, então foi realizado lavado gástrico, ligado pro CIT, foi feito carvão ativado depois, a criança ficou curada, mas ela poderia ter tido ataque cardíaco, porém foram tomadas medidas imediatas. (P2R2)

Eu, graças a Deus, nunca tive nenhum erro. Mas eu tive uma colega que era bem próxima e acho que é a pior coisa que tem. Me coloquei no lugar dela... Mas acho que ela fez o correto, que foi ter percebido o que ela fez. Não teve medo, comunicou a enfermeira, comunicou o médico e deu pra arrumar uma conduta rápida e reverter. [...] a gente tem que dar apoio, dizer que fez o correto [...]. (P5R5)

Já vi também pessoas errarem e daí eu chamei a pessoa, conversei com ela, aí ela foi e comunicou à enfermeira... Eu acho que dão [instituição] bastante apoio nestas situações, porque tu errou e assumiu o teu erro em tempo de consertar [...]. (P13R16)

Constatou-se que a conduta dos profissionais, independentemente de estar ativa ou passivamente envolvido com uma falha, é a mesma: comunicar o erro. Uma questão que está associada a isso pode ser o fato de tratar-se de criança e representar um ser em desenvolvimento, frágil, inexperiente e com muitas perspectivas futuras de vida. Todos os participantes demonstraram o entendimento de que é necessário comunicar o evento adverso em tempo, para que seja possível minimizá-lo e corrigi-lo por medidas intervencionistas. Compartilhar a experiência do erro serve de aprendizado e demonstra a corresponsabilidade de toda a equipe de saúde em prol do paciente.

Os participantes entendem que a instituição está conduzindo adequadamente as situações a partir da mudança da cultura da punição para uma cultura de comunicação do evento adverso.

Um estudo descritivo e exploratório realizado em um hospital especializado no tratamento de câncer infanto-juvenil em São Paulo – a partir das fichas de notificação de eventos adversos envolvendo o processo medicamentoso – avaliou 71 fichas e encontrou 110 erros de medicação. Nesse estudo, somente 47,9% dos erros foram comunicados à equipe, sendo a omissão da dose o evento adverso mais relatado. Outro dado relevante foi que em 95,8% das notificações a família e/ou paciente não foram informados<sup>(116)</sup>. O médico em relações pouco consistentes omite sua falha, e o paciente visualiza essa conduta como fracasso do profissional, fragilizando a relação médico-paciente e podendo culminar em situações jurídicas<sup>(117)</sup>. O desenvolvimento de sistemas de notificação é uma medida importante para a implementação de uma cultura de segurança do paciente<sup>(68)</sup>.

Os profissionais da saúde salientaram que, a partir da identificação do evento adverso e da comunicação à equipe de saúde, é necessária uma intervenção para cessar as circunstâncias de cuidado que evoluíram a um evento adverso.

É frequente também que os colegas da gente fazem coisas erradas, é importante corrigir porque na sequência tem um problema para o paciente, por isso temos de resolver na hora. (P16R20)

Eu estou vendo? Eu interfiro. Como eu sou a titular da equipe, eu bloqueio. E eu tenho consciência que um evento adverso pode acontecer e é um evento adverso onde o risco/benefício não me interessa, que vai ser mais prejudicial ao paciente tem que ter intervenção, eu suspendo [medicação], eu canso de suspender. (P17R21)

Aqui na minha prática, sendo residente da pediatria, se eu cometesse ou visse alguém cometer um evento adverso, minha primeira ação seria comunicar ao meu chefe [...] aí deixaria a cargo dele de decidir e realizar os encaminhamentos. Se for alguma coisa que eu possa agir naquele momento, que eu tivesse presenciando, eu iria naquele momento para evitar que acontecesse [...]. (P18R22)

A interrupção de uma circunstância de cuidado geradora de um evento adverso talvez seja a principal ação do profissional para preservar a integridade da criança hospitalizada.

A partir do desenvolvimento de uma cultura de segurança em que se estimula a notificação do evento adverso, os profissionais da saúde começam a adquirir confiança nas chefias e nas lideranças para conversar sobre as circunstâncias de cuidado que o ocasionaram. Essa postura traz benefícios a todos os envolvidos no contexto da hospitalização infantil, porque o profissional se sente respaldado para comunicar qualquer fato que possa prejudicar o paciente. Assim, a família terá maior confiança na equipe, e a criança estará mais segura.

A comunicação do erro é um dever ético das profissões que envolvem o ser humano. Assumir o erro com responsabilidade supõe condições éticas nas relações entre as pessoas arroladas, pois o reconhecimento e a comunicação da falha representam a autonomia do profissional para agir de forma responsável e prudente. Porém, quando o erro é omitido, atesta-se que a cultura punitiva ainda é vigente<sup>(109)</sup>.

Os profissionais da saúde que vivenciaram eventos adversos são orientados por meio do diálogo pelo seu responsável imediato. A enfermeira e o médico assistente têm sido os profissionais de referência para a comunicação do evento adverso e a orientação dos envolvidos.

A primeira coisa é comunicar a equipe assistente, o médico responsável, do evento, do que aconteceu. Depois ver como a criança está e o que vai ser feito. Na sequência, depois de ter visto a situação da criança e conversado com as pessoas envolvidas com o intuito de estar resgatando, mostrar: o que aconteceu?, o que houve?, por que aconteceu?, não deveria ter acontecido?, como é que a gente vai fazer para que isso não aconteça de novo? (P8R9)

Bom, primeiro um alerta, né? A gente primeiro tem que alertar o que pode acontecer, eu tento ver coisas que a gente pode fazer pra mudar, mudar de lugar, mudar a forma de fazer, mas a orientação acho que é o básico e mostrar para o funcionário como é perigoso aquilo, que se a gente tivesse aquela situação com um filho, como ficaríamos preocupados. (P11R13)

Eu já errei e comuniquei a minha enfermeira, a responsável por mim, errei em tempo de consertar e poder ir lá tirar a medicação, comunicar o médico do que aconteceu [...]. (P13R16)

A orientação é uma medida essencial para os profissionais envolvidos em um evento adverso. Esse diálogo serve para elucidar a circunstância em que aconteceu, como ocorreu, o que poderia ter sido feito antes, quais as ações que devem ser tomadas para prevenir a recorrência e também para fins de notificação e registro, e desse modo servir para alertar toda a equipe de tais possibilidades na relação de cuidado com a criança hospitalizada.

Uma investigação de abordagem quantitativa desenvolvida em São José dos Campos/SP com 52 profissionais da enfermagem concluiu que, com a inexistência da notificação do erro, é improvável materializá-lo, sendo importante a conscientização de toda a

equipe de enfermagem de que não haverá punição quando as falhas acontecerem. O enfermeiro deveria aproveitar esses momentos para identificar as dificuldades da equipe e iniciar a orientação sobre a prevenção da recorrência<sup>(72)</sup>.

Um participante sintetizou a ação dos profissionais da saúde frente a um evento adverso em três pilares: o primeiro é assistir a criança/paciente, monitorando e avaliando-a após a ocorrência; o segundo é oferecer suporte ao profissional diretamente envolvido para demonstrar que o erro não é individual e personalizado; e o terceiro é compartilhar com a equipe de saúde e dividir as responsabilidades:

[...] Então, primeiro passo é o paciente, segundo é o funcionário e daí o terceiro passo é com a equipe, conversar, explicar que aconteceu isso com fulano, aconteceu isso com beltrano, vamos tentar ver o que está acontecendo, porque o erro nunca é sozinho, às vezes são duas, três pessoas que erram na sequência, né? (P23R28)

A avaliação de um evento adverso é complexa e deve envolver toda a equipe de saúde, pois o objetivo não é identificar um culpado, e sim refletir sobre o ocorrido, repensando estratégias de cuidado e prevenção coletivamente. O participante informa que a instituição pesquisada não adota a punição como medida, pois a falha é coletiva, por ser o trabalho em equipe. A criança hospitalizada é a protagonista, por isso a primeira ação é protegê-la e minimizar as consequências de um evento adverso.

A análise da causa-raiz é o processo interativo sistemático no qual os fatores que contribuíram para um incidente são identificados por meio da reconstrução da sequência de eventos e, repetidamente refletindo sobre os motivos, até que os aspectos subjacentes (fatores contribuintes ou risco) sejam elucidados<sup>(6-7)</sup>. Essa metodologia de avaliação e análise do erro sustenta a concepção sistêmica e processual, na qual a análise coletiva conduz ao sistema envolvido no evento adverso.

A resposta à questão que abordou sobre a comunicação do evento adverso para a família da criança hospitalizada gerou contradições. Alguns profissionais da saúde acreditam ser fundamental informar o acompanhante/cuidador de um evento adverso, mas outros relataram ocultar esse dado dos responsáveis pela criança, como é exemplificado nos depoimentos:

[...] eu atuo no mesmo momento, conversando com a pessoa, por exemplo, interrompendo uma medicação que está ocorrendo, chamando para o lado pra não alertar a família e não preocupar as pessoas, para que depois a gente possa retomar. Mas eu procuro falar na hora, se é cabível, desde que não exponha a equipe a uma situação constrangedora. Depois que já aconteceu eu comunico as chefias imediatas. (P16R19)

A gente, às vezes, comunica a família, o pessoal da enfermagem, mas depende da gravidade do erro. Se acontecer erro de medicação, a gente conversa com o pessoal da enfermagem, fala com os responsáveis pra falar com a pessoa que fez. Nós sempre tentamos conversar

diretamente com as pessoas envolvidas [...]. (P19R23)

A ocultação de erros e falhas é por si só um evento adverso. Salienta-se que a família e os acompanhantes/cuidadores têm o direito de receber todas as informações sobre a hospitalização da criança, por serem os seus responsáveis, além de serem coparticipantes desse processo. O acompanhante-cuidador tem condições de evitar um evento adverso se for pró-ativa a sua participação na hospitalização da criança, pois ele pode questionar uma intervenção, gerar dúvidas no profissional da saúde, observar minuciosidades na criança que colaboram para a sua recuperação e restabelecimento da situação de saúde. Contudo a questão do papel do acompanhante/cuidador ainda é permeada de conflitos, insegurança, e até mesmo desconhecimento do que e como deve ser realmente esse papel. Um paciente hospitalizado está sob a responsabilidade do prestador do serviço e, portanto, seus direitos e deveres estão assegurados.

Informar o paciente e a família é uma responsabilidade do profissional da saúde na ocorrência de um erro, pois a díade paciente-família tem o direito à verdade, e essa informação é fundamental para a confiança no trabalho da equipe<sup>(109)</sup>.

Um participante relembra que a punição era uma conduta comum em casos de erros no cuidado em saúde, e isso foi modificado para evitar a omissão e a ocultação sobre as falhas. Todavia, em casos de repetições constantes e aspectos individuais do profissional da saúde, seria necessária uma ação punitiva. Além disso, a participante comenta que a orientação e o diálogo com o profissional são elementos-chave para retomar as circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos e alertar sobre essas situações.

[...] Eu sei que a gente corre o risco das pessoas omitirem, eu pessoalmente na minha prática não consigo não resgatar, se eu acho que a pessoa tem situações pontuais de falhas eu acabo dando esta chamada se eu achar necessário, solicitando advertência, porque a gente precisa pontuar para uma futura atitude que tenhamos de tomar mais adiante. Eu procuro fazer dessa forma. (P8R11)

A repetição de um erro e a reincidência são sinais de alerta para as lideranças dos serviços de saúde que trabalham preocupados com a segurança do paciente. A punição ou até mesmo o afastamento do profissional da saúde podem ser condutas necessárias em alguns casos isolados, por envolverem questões éticas e comportamentais, mas não são mais recomendadas como encaminhamentos usuais.

É fundamental transpor a concepção individual e punitiva que abrange os eventos adversos na atenção à saúde. Espera-se que a notificação dos erros seja adotada como objetivo para mensuração das falhas e, ao mesmo tempo, seja subsídio para a qualidade e a excelência do cuidado<sup>(1,2,72,93,109,118)</sup>. Talvez seja necessário preparar as lideranças dos serviços de saúde

para uma cultura de segurança, na qual possam ser instrumentalizados para disseminar esse paradigma nas instituições de saúde.

Os eventos adversos na concepção dos profissionais da saúde foram definidos como falhas na assistência à saúde, do ponto de vista conceitual, e relacionados a questões objetivas de intervenções e condutas. O processo medicamentoso é a circunstância de cuidado mais promotora de eventos adversos, e a distração e a fadiga podem potencializar as falhas nesse ponto. Os procedimentos invasivos, o controle de infecção precário e maleável, a comunicação insatisfatória, as quedas do berço/cama, a sobrecarga de trabalho e o número insuficiente de trabalhadores são circunstâncias de cuidado preditoras de eventos adversos para os participantes. A notificação e a comunicação do evento adverso a um membro da equipe foram as principais condutas relatadas na ocorrência de um erro. A orientação e o diálogo foram mencionados como encaminhamentos após o atendimento da criança e a comunicação da equipe. A partir dessas circunstâncias de cuidado predisponentes a eventos adversos, os profissionais da saúde apresentaram estratégias para um cuidado seguro.

## 5.7 CUIDADO SEGURO: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Nessa categoria apresentam-se as estratégias utilizadas pelos profissionais no cotidiano para um cuidado seguro. O julgamento do material empírico identificou 51 referências sobre o assunto durante a análise das informações. Todos os 23 profissionais da saúde participantes do estudo enumeraram diversas estratégias direcionadas à segurança da criança hospitalizada.

As principais táticas são a revisão e a conferência de todas as possíveis intervenções que poderão vir a ser realizadas: prescrição médica, prescrição de enfermagem, preparo e administração de medicamentos, avaliação da criança, orientação da família/criança/equipe, procedimentos invasivos e exames, entre outros. Concomitante à revisão e à conferência, a habilidade da atenção apresentou dois significados distintos, mas complementares. O primeiro é vinculado à concentração do profissional da saúde, e o segundo, à cautela e à prudência na execução das intervenções.

Os participantes do estudo enfatizaram que a revisão e a conferência das intervenções são estratégias imprescindíveis para um cuidado seguro. O profissional da saúde necessita de

prudência antes de executar sua práxis, pois a criança apresenta individualidades e características próprias que requerem cautela para prevenir eventos adversos.

[...] Comigo e com todos os colegas enfermeiros e mesmo com os técnicos de enfermagem [...] existe uma cautela muito grande por parte da equipe da enfermagem e de certificar as coisas antes de fazer. (P6R8)

Geralmente a gente previne, né? Quando tenho de prescrever alguma coisa sempre recalculo várias vezes pra ver se não tem erro. Na hora de dar, calculo de novo e sempre reviso o medicamento pra ver a dose [...] por isso tem que revisar pra ver se é o paciente certo mesmo, conferir o prontuário. (P19R15)

Esse é um cuidado essencial [ter atenção] e eu reviso muito também, vou revisando. Os bebês chegam de um a um e, mesmo ele estando acompanhado, tu tem que chegar nele, olhar como ele está, ver o que está acontecendo ali, o que ele está recebendo, dando uma conferida em tudo no geral. Isso aí te traz mais segurança. (P9R32)

Os profissionais da saúde destacaram que a revisão e a conferência estão imbricadas como princípios para o cuidado seguro. Reforça-se que essas estratégias minimizam a ocorrência de falhas e são requisitos para a equipe de saúde que trabalha coletivamente em prol da segurança do paciente. Por ser uma postura da equipe, todos os profissionais devem estar aptos a conferir e revisar as intervenções que são planejadas ou realizadas por todas as categorias, para fortalecer a interdisciplinaridade e garantir o protagonismo da criança hospitalizada.

O trabalho interdisciplinar é uma possibilidade que garante revisão e conferências de todas as intervenções e condutas. A comunicação e a colaboração da equipe são vitais para a criança e para o desenvolvimento de uma cultura de segurança. Nenhuma disciplina consegue isoladamente oferecer assistência ao paciente. Por isso, os profissionais devem colaborar um com o outro, assumindo papéis complementares, trabalhando em cooperação e partilhando as responsabilidades na resolução de problemas e na tomada de decisão<sup>(97)</sup>.

A habilidade da atenção em seus distintos sentidos identificados (concentração e/ou cautela) é outro fundamento para o cuidado seguro. Os participantes mencionaram que a atenção, enquanto concentração, orienta o profissional a assistir uma criança de cada vez, de modo a somente iniciar outro atendimento após concluir todas as intervenções necessárias.

Acho que sempre tu ter atenção, ter paciência, não ter pressa de fazer as coisas. Se tá com aquele paciente e tem mais dois chorando, primeiro tu faz tudo o que tem que fazer nele e depois fazer dos outros. (P5R23)

[...] A gente tem que estar atento a essas crianças mais ativas, fazer um vínculo com a família e um comprometimento compartilhado das situações. Tem algumas situações da saúde que não precisa uma enfermidade que debilite a criança por algum motivo, então às vezes ela é muito mais ativa que outras crianças, nós temos que ter uma atenção redobrada. (P2R18)



Eu acredito que o conhecimento técnico, ele nos protege muitas vezes para ter condutas acertadas e, também, a questão do profissional ter segurança dos seus atos, de suas atividades, do seu dia a dia. Então, sempre tendo cautela, se certificando de que aquilo é melhor, de que é assim mesmo, ter a humildade de conferir com as outras pessoas, de conferir com os outros colegas [...]. (P6R24)

A cautela e a prudência dos profissionais da saúde representam atitudes pró-ativas para a segurança da criança no hospital, porque ele não pode assumir individualmente a responsabilidade de predeterminar todas as condutas e intervenções para o cuidado do paciente. Entretanto observa-se na prática que o profissional da saúde tem dificuldade em compartilhar responsabilidades e trabalhar de maneira multiprofissional.

A atenção dos profissionais da saúde deve direcionar-se à criança, ao acompanhante/cuidador, à família e também à equipe multiprofissional, visto que o objetivo do cuidado em saúde é coletivo e compartilhado por esses.

A atuação interdisciplinar da equipe deve se aproximar de uma prática de trabalho em integração, na qual as relações são produzidas pela interação entre os sujeitos e na articulação dos saberes e fazeres<sup>(106)</sup>. Existem recomendações para se minimizar a hierarquização das relações de trabalho em prol do fortalecimento da equipe e de seus membros, para que todos sejam imprescindíveis para o sucesso do cuidado seguro<sup>(68)</sup>.

As precauções envolvendo a grade da cama/berço e a participação da família no cuidado foram aspectos levantados por vários participantes do estudo. Os profissionais da saúde que trabalham no cuidado à criança e à família assimilam melhor algumas recomendações, pensando na segurança do paciente. O resguardo com a elevação contínua da grade da cama/berço, após o contato com a criança, é uma dessas recomendações que almeja prevenir quedas ao solo, além de ser uma das principais orientações compartilhadas com o acompanhante/cuidador. A valorização das informações que o acompanhante/cuidador relata ao profissional também foi um aspecto enfatizado pelos participantes.

[...] a questão de manter a grade no berço, de manter o acompanhante, eu acho que é o momento também que vem carregado de informações novas, mas que a gente utiliza. No decorrer da internação, a gente tem um vínculo mais próximo e a cada momento identificamos situações de perigo. [...] mostrar que é perigoso pro filho, às vezes eles não se dão por conta. (P2R48)

Os pais participam bastante do cuidado... Outra coisa, assim, que a gente conversa bastante com o funcionário [...] a gente valoriza muito, como já aconteceu... “que medicação é esta? Ah, é tal”, pra evitar que aconteça alguma coisa errada. (P11R14)

A mãe estar sempre presente nos cuidados que a gente vai fazer ou nas técnicas buscadas. Observar também as grades das camas erguidas, sempre que for preciso pedir ajuda do técnico para segurar a criança. [...] Aqueles pacientes que tem maior risco de se acidentarem, cair do berço, cair do carrinho... a gente tem um cuidado bem maior. (P1R16)

A elevação das grades da cama/berço e o uso de cinto de segurança nos carrinhos são medidas preventivas para evitar quedas, as quais podem ter consequências leves até danos graves, como traumatismo crânio-encefálico, por exemplo. Essa intercorrência costuma ser classificada nos serviços de saúde como acidental, porém é considerada um evento adverso por existirem estratégias de prevenção e proteção para a criança. O envolvimento e a participação da família na hospitalização da criança servem principalmente para amenizar a retirada dela do seu contexto de origem e da convivência com os pais e familiares.

O profissional é orientado a escutar o acompanhante/cuidador e estabelecer troca de informações sobre o estado de saúde da criança durante a internação. Outra questão é o compartilhamento de cuidados com a equipe de enfermagem, os quais podem gerar tensionamentos e insatisfações de ambas as partes. Recomenda-se que a equipe de enfermagem prepare, acompanhe e supervisione os cuidados básicos compartilhados com o acompanhante/cuidador, pois o principal papel dele é ser uma fonte de segurança e afeto para a criança.

Tem se percebido, na prática, que muitos dos serviços que atendem a criança impõem uma série de cuidados de competência da equipe de enfermagem para o acompanhante/cuidador, sendo uma atitude potencialmente perigosa, com possibilidade de promover eventos adversos.

As intervenções realizadas no hospital, muitas vezes, diferem daquelas do contexto domiciliar, podendo trazer insegurança para o acompanhante/cuidador, pois os cuidados com alimentação e higiene/conforto podem ser substituídos por sondas e drenos. A equipe de saúde deveria reorganizar a sua prática assistencial a partir de um cuidado negociado e partilhado para cada circunstância de maneira singular, promovendo a autonomia no acompanhante, mas respeitando suas demandas e atribuições. A equipe de saúde poderia resgatar sua dimensão cuidadora a partir de um novo olhar sobre a família da criança hospitalizada, sustentada no princípio da integralidade da atenção<sup>(22)</sup>.

A dupla-verificação e a revisão das intervenções por dois profissionais da saúde garantem um cuidado seguro na visão dos participantes do estudo. A menor chance de ocorrer uma falha quando mais de um profissional participa do planejamento de condutas e prescrições amplia a segurança da criança hospitalizada. Os depoimentos contextualizam essas opiniões:

Agora, cada dia tem uma situação nova e, por mais experiência que tu tenha na área, sempre vai surgir uma situação diferente [...]. A gente está sempre atualizando. No momento que eu não tenho segurança, sempre confiro com alguém... Se esta pessoa não sabe, a gente vai ver

com outro, até que alguém saiba e que possa nos dizer, isso é proteger o paciente também. (P6R25)

[...] a gente revisa todos os itens, nem que seja do paracetamol, pra gente poder ter certeza que não tá fazendo isso errado [...] normalmente peço pra algum colega fazer a revisão da dose porque, por mais que a gente tenha experiência, a gente não tá livre de estar cansado [...]. Acho que dois olhos sempre são melhores, pelo menos neste tipo de coisa, são coisas pequenas, são drogas que fazem muita diferença se a gente erra. [...] sempre ter alguém pra dividir a responsabilidade. (P22R45)

Os profissionais podem apresentar dúvidas e ter incertezas durante o planejamento do cuidado em saúde, porém essas desconfiças devem ser solucionadas antes de haver a intervenção na criança. Caso algum procedimento ou cuidado seja realizado com imprecisão, tem-se uma circunstância de cuidado que provavelmente causará um evento adverso. Os participantes reconhecem que o profissional da saúde pode compartilhar as responsabilidades com outro colega e essa possibilidade aumenta sua precisão e assertividade.

Independentemente da qualificação e do tempo de experiência no cuidado à criança, os profissionais da saúde deveriam sempre adotar a dupla-verificação como tática para um cuidado seguro.

A dupla-verificação foi o 13º passo incluído em um algoritmo para a prevenção de erros de medicação em pediatria. Essa estratégia sugere que a administração do medicamento seja verificada na prescrição médica após a finalização do procedimento, incluindo uma rubrica ao lado do horário. Adicionalmente, durante a passagem de plantão, o enfermeiro/equipe confere a documentação e os registros corretos do procedimento realizado<sup>(69)</sup>. Essa estratégia pode ser adotada para outras circunstâncias de cuidado, principalmente na realização de procedimentos e intervenções invasivas na criança hospitalizada.

A higienização das mãos, o uso dos equipamentos de proteção individual e o seguimento das medidas de bloqueio epidemiológico são orientações presentes na prática dos pesquisados, e foram consideradas ações para um cuidado seguro da criança hospitalizada:

No caso das enfermeiras que têm que instalar quimioterapia, a gente segue as normas exigidas que é usar avental, óculos, máscara e luvas no momento da instalação. (P1R1)

Eu vou voltar a falar da lavagem de mãos, por causa do risco de infecção, do uso de máscara quando necessária, eu acho que a conversa com a equipe e familiares é bem importante para não haver falhas na comunicação, para que uma coisa não seja mal-entendida e feita de forma errônea. (P15R37)

Ah, eu procuro lavar sempre as mãos antes e depois de examinar os pacientes, alguma coisa que eu uso, lavo o estetoscópio também, higienizar. O meu jaleco eu uso só aqui dentro do hospital, quando eu vou embora do hospital o coloco dentro de um plástico até chegar em casa pra lavar. (P21R43)

Evidentemente que coisas básicas podem ser implementadas, por exemplo, em relação a controle de infecção, a estratégia de lavagem de mãos, controle de lavagem de mão, tanto pelos médicos quanto pela equipe, um controlando o outro já é uma estratégia excelente [...] é usar estratégia que proteja ele [paciente]. (P20R50)

A higienização das mãos é considerada uma das principais estratégias para prevenir a proliferação de micro-organismos hospitalares, sendo uma responsabilidade do profissional da saúde seguir rigorosamente as diretrizes para esse cuidado. Todas as demais medidas vão complementar a higienização das mãos e tornar o cuidado à criança hospitalizada seguro e com menor possibilidade de eventos adversos.

O procedimento de higienização das mãos pode ser analisado sob duas perspectivas – ser um erro ou uma violação –, pois a baixa adesão dos profissionais a essa orientação tem forte relação com o descumprimento das regras, ou seja, a fuga e a negação às normas prescritas. Nesse contexto, seria importante repensar os processos e encontrar soluções criativas para prevenir esse desdobramento<sup>(81)</sup>. Reitera-se que o cuidado limpo é um cuidado seguro quando a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente propõe o primeiro desafio em prol da redução de eventos adversos na atenção à saúde<sup>(2)</sup>.

Quanto aos equipamentos de proteção individual, esses têm dupla função: proteger o profissional da saúde de uma possível contaminação, preservando a sua saúde, e também defender a criança do contato com o profissional, o qual pode ser hospedeiro indireto de vários micro-organismos do ambiente hospitalar. Apareceu em um depoimento a preocupação com o jaleco, o qual somente deveria ser utilizado durante o trabalho e exclusivamente no ambiente do hospital. Todavia a prática tem demonstrado que essa precaução não é seguida por muitos dos profissionais da saúde, e nem tem sido alvo de cuidado e alerta por parte dos gestores de instituições, chefias de serviços e de unidades de internação. É comum, na cidade onde ocorreu este estudo, encontrar profissionais da saúde com seus uniformes e jalecos com certa frequência em restaurantes, lugares públicos, nas ruas, entre outros. Pode-se inferir que isso pode aumentar ou mesmo criar situações de risco para infecções hospitalares.

O serviço de controle de infecção hospitalar costuma ser um órgão fiscalizador e orientador das ações direcionadas à prevenção da contaminação por micro-organismos presentes no ambiente hospitalar, porém nem sempre as recomendações desse órgão são respeitadas pelos profissionais da saúde. Na instituição pesquisada, esse serviço é atuante, o que foi percebido nas falas dos participantes que reconhecem a importância dessas diretrizes.

Os serviços de controle de infecção hospitalar devem desenvolver estratégias para o controle da infecção hospitalar, mantendo vigilância sobre a incidência e a gravidade dessas circunstâncias. Existem dois objetivos básicos para esse serviço: proteger o paciente, os

profissionais e os visitantes; e acompanhar esses objetivos de modo eficaz e eficiente para garantir o seu alcance. As principais atividades a serem efetuadas são treinamentos e orientações aos profissionais, elaboração de normas, rotinas e protocolos, formação de multiplicadores, pesquisas e monitoração<sup>(119)</sup>.

Outro dado importante que apareceu foi em relação à identificação correta do paciente, que é uma recomendação da Joint Commission International para a segurança do paciente. Os participantes citaram que a instituição está empenhada em qualificar a identificação da criança no hospital para evitar a ocorrência de eventos adversos. Essa identificação subsidia a atuação do profissional da saúde que adquire confiança na realização das suas atividades, quando pode conferir e revisar o nome do paciente, o leito, os registros, os rótulos, entre outros detalhes essenciais para um cuidado seguro.

Uma das coisas que a gente tem retomado aqui, que é importante identificar a criança de alguma maneira com pulseira, nome, leito, registro do hospital, porque vai ser estranho a criança aparecer sozinha lá embaixo, pode estar com uma roupa de casa e pode [...]. (P2R51)

Pergunto pra mãe o nome completo do filho pra conferir no rótulo. Logo que eu comecei a trabalhar fazia muito isso, hoje em dia eu olho de novo, confiro o nome, o leito do paciente [...]. Naquele momento aí tu tem que parar e concentrar um pouco no que tá fazendo [...]. (P23R47)

A correta identificação da criança é uma inquietação fundamental para o profissional da saúde que preza pela segurança do paciente. Diferentemente de outras áreas da atenção em saúde, o público infantil não permanece todo o tempo da internação acamado e restrito ao leito/quarto: as crianças vão explorar o ambiente, buscar novidades, estabelecer novas amizades e contatos com outros pacientes. Isso pode dificultar a identificação do paciente no momento de uma medicação, procedimento, exame ou avaliação, porque ela permanece pouco tempo no seu leito de origem, além da dinâmica de uma unidade de internação pediátrica, onde remanejamentos e troca de leitos entre os pacientes por questões de precauções com isolamento são frequentes e comuns no cotidiano. É importante destacar que o profissional, ao se preocupar com a identificação correta da criança, estará garantindo uma intervenção segura e individualizada.

A verificação da identificação do paciente deve ser realizada a partir de duas fontes distintas quando o profissional for executar um cuidado, tratamento ou conduta<sup>(91)</sup>. A identificação foi uma temática enfaticamente abordada em um estudo de validação de conteúdo, de um instrumento de avaliação do cuidado de enfermagem composto por indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na prevenção de eventos adversos, realizado em um hospital universitário no norte do Paraná. Após análise e parecer de peritos

na área, foram definidos 12 indicadores para a segurança do paciente e 49 itens de verificação. Destes, seis estão relacionados à identificação: identificação do leito do paciente, identificação do risco de queda do leito, identificação de acessos venosos periféricos, identificação de equipos para infusão venosa, identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão e identificação de sondas gástricas<sup>(120)</sup>. A importância da identificação extrapola as questões ligadas ao paciente; todas as intervenções e os aparatos para o cuidado também deveriam ser acertadamente identificados.

A comunicação satisfatória entre profissional da saúde-paciente-acompanhante/cuidador é uma estratégia básica para a segurança da criança hospitalizada. Os profissionais da saúde demonstram que o acompanhante/cuidador desempenha um papel fundamental na relação de cuidado que não se resume às questões afetivas da família. O acompanhante/cuidador observa, fiscaliza e compartilha o cuidado em saúde despendido à criança hospitalizada. A linguagem e a terminologia empregadas no processo de comunicação do profissional-criança-acompanhante/cuidador devem ser adaptadas e contextualizadas ao nível de entendimento dos usuários do serviço. Caso contrário, as circunstâncias de cuidado, englobando o processo de comunicação, vão promover eventos adversos. Os pesquisados comentaram sobre isso:

No meu cuidado eu procuro [...] inteirar eu, a equipe e a família, fazer uma boa interação entre paciente e família. Essa primeira relação médico-paciente/médico-família, eu considero assim uma das maiores proteções de segurança pra mim porque, a partir deste diálogo, estabelece o paciente e/ou família e com a equipe. Nós podemos discutir, no dia a dia, cada coisa que gerou alguma dúvida, cada coisa que ficou pendente ou não em relação àquele cuidado, daquele paciente. Então, para mim a estratégia começa naquela ação de médico-paciente. (P20R42)

Olha, eu acho que a primeira coisa pra gente poder ter segurança é ter bastante atenção na hora que a gente tá examinando o paciente, na hora que a gente tá prescrevendo, tem que ter uma comunicação assim com os colegas, conversar bastante, trocar ideias [...]. (P22R44)

Nós que trabalhamos com a pediatria sempre conversamos bastante com os familiares, sempre levamos muito em conta o que a mãe diz [...]. Quando as coisas não fecham, a gente sempre tenta fazer este link mesmo, entre as equipes, qual é a conduta que vai ser feita... porque muitas vezes as informações não fecham... tem uma equipe te dizendo uma coisa, a mãe te diz outra e, pela nossa experiência, a gente vai muito pelo o que a mãe diz, que geralmente sabe e é quem conduz o cuidado. (P6R9)

O processo de comunicação não se restringe à relação profissional-usuário; deveria existir um compartilhamento de ideias entre os profissionais da equipe para a troca de informações e opiniões sobre a criança e seu acompanhante/cuidador. Essa preocupação pode intensificar a segurança do paciente. Um sujeito da pesquisa reforça que a escuta é uma habilidade intrínseca ao processo de comunicação, no qual o profissional da saúde precisa oportunizar ao acompanhante/cuidador e à própria criança hospitalizada um espaço para uma

escuta ativa. Concorda-se com os sujeitos do estudo que o acompanhante/cuidador pode antever um evento adverso quando instiga o profissional sobre a necessidade de alguma intervenção que não havia sido acordada previamente ou comentada durante a avaliação diária da criança.

A comunicação foi classificada como um componente essencial da cultura da segurança do paciente. Em uma revisão sistemática da literatura realizada nos hospitais norte-americanos reafirmou-se que a linguagem clara e estruturada e a diversificação das técnicas de comunicação são fundamentais para uma cultura de segurança. A comunicação por transferência de responsabilidades é um método estruturado entre os prestadores de cuidado para garantir que a informação seja transferida de forma coesa e fidedigna entre turnos, departamentos e unidades<sup>(121)</sup>.

O profissional da saúde utiliza a observação como o principal método de avaliação da criança hospitalizada. A capacidade de observar as circunstâncias de cuidado pode ser aguçada e qualificada à medida que o profissional reconhece a importância de ser minimamente intervencionista. Com isso, agrega-se um olhar crítico sobre a prática e desenvolve-se a reflexão sobre as ações previamente à sua concretização. Os pesquisados exemplificam algumas circunstâncias de cuidado nas quais a observação e a visão crítica asseguram um cuidado seguro:

[...] Só porque ela não está prescrita tem um olhar crítico em cima daquilo, “será que a dose é realmente isso?”. [...] temos de ter crítica em cima do que a gente faz. Isso é uma coisa muito importante aqui [...] dos enfermeiros, dos técnicos de enfermagem, ter um olhar crítico, tem que olhar e raciocinar por que está fazendo aquilo. (P23R6/12)

A observação constante, você tem que estar observando o que tu vai fazer, o ambiente da criança, o ambiente da unidade [...] observando e tentando mudar o que não está certo... orientando, reportando a importância de olhar bem as coisas, de ler rótulos, de ver o que está administrando, de ver se as coisas estão fechadas [...]. (P11R33)

Eu tenho uma diretriz, eu sou minimamente invasiva e intervencionista, procuro dar alta o mais precoce possível, não embromo, não fico esperando um exame que vai levar uma semana, dez dias, que muitas vezes não são fundamentais num diagnóstico ou para a resolução de um caso, que são mais pra agradar o ego do profissional e o paciente fica esperando [...]. Eu procuro dar alta precoce [...] sou mais expectante do que intervencionista. (P17R39)

A capacidade reflexiva e crítica do profissional é um elemento importante para a segurança do paciente, pois com essas habilidades ele pode antecipar, replanejar, revisar ou reconferir uma intervenção possivelmente não segura.

A capacidade de observação deve ser ativa e constante na hospitalização infantil, pois a criança tem grande variabilidade no seu estado de saúde e as oscilações/modificações podem ser dificilmente identificadas. Um participante comenta que os profissionais são

impacientes e propõem excessivas intervenções, o que nem sempre representa objetividade. O profissional da saúde que desenvolve uma adequada capacidade de observação é resolutivo e seguro nas suas avaliações e proposições.

A atenção está associada à prudência e à responsabilidade no cuidar. A prudência, enquanto referencial da bioética, abrange os sentidos de sensatez, moderação, cautela e crítica, além de sabedoria prática, razoabilidade e bom senso<sup>(109)</sup>.

Outro participante reforça a crítica sobre a prática por meio da reflexão como estratégia para o cuidado seguro. O profissional da saúde deve ter consciência e certeza das ações que estão sendo realizadas com a criança hospitalizada. As intervenções e condutas planejadas não são absolutas e imutáveis; elas devem ser questionadas para instigar a revisão e a conferência pelos profissionais que as recomendaram. A capacidade de observação permanente facilita o aguçamento da visão crítica e afirma a segurança do paciente.

A passagem de plantão e os registros no prontuário foram considerados, pelos participantes da pesquisa, táticas para a segurança do paciente. No momento da passagem de plantão a equipe que acompanhou a criança hospitalizada se reúne com quem vai dar seguimento à assistência, havendo troca de informações, além da conferência dos registros e da checagem das condutas realizadas. Os profissionais da saúde, nesse momento, podem comunicar eventos adversos com o objetivo de notificar e alertar o outro profissional sobre o ocorrido, e também corrigir tais falhas. As passagens são ilustrativas dessa questão:

A situação da passagem de plantão, passar mais detalhe sobre aquela criança, sobre aquela família que tá acompanhando, se o familiar é preocupado, se ele está tomando os cuidados e outras tantas coisas que não me vêm em mente agora. (P2R19)

[...] na nossa sistemática de trabalho e na passagem do plantão que a gente faz dentro da enfermaria, fazendo aquela troca da equipe que está saindo junto com a equipe que está entrando [...] a gente sistematicamente sinaliza “o cálculo desta medicação que a gente não está habituada é esse e não é pelo X, mas pelo Y”. [...] A revisão do prontuário, a evolução diária do paciente, pelo menos uma vez por dia [...]. (P8R28-29)

Eu falo só do meu lado, eu vejo assim, que é importante revisar bem a prescrição. Às vezes passa plantão e as informações são perdidas, ninguém mais leu. Então, é importante voltar a ler o que está escrito na prescrição e não só passagem verbal. (P19R49)

Os registros no prontuário do paciente apresentam evidências para um cuidado seguro e podem colaborar para que, na passagem de plantão, possam ser certificados e confirmar as ações realizadas, de modo a guiar a prática do profissional que vai dar continuidade no cuidado à criança. Um participante enfatizou que apenas a passagem de plantão e a comunicação verbal não são suficientes para um cuidado seguro, sendo importante consultar



os registros do prontuário do paciente para confirmar as informações e as orientações compartilhadas no momento de troca da equipe.

Um estudo retrospectivo descritivo que avaliou, por meio da auditoria, a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos em unidades de um hospital universitário do município de São Paulo investigou 424 prontuários. Os resultados enfatizaram a insuficiência, a escassez e a incompletude nos registros. Na análise qualitativa, nenhum registro foi considerado ótimo, 91,3% foram considerados ruins ou regulares e 8,7% bons. As anotações de enfermagem estavam presentes em 99,5% dos prontuários, mas em apenas 2,4% foram considerados completos. Em relação à checagem da prescrição de enfermagem, em 70,7% estava presente e somente em 1% estava completa, em 4,5% estava ausente e em 24,8% esse item não pode ser verificado por não constar no prontuário. A prescrição médica estava checada em 98,1% dos prontuários; destes, apenas 1,7% estavam completas e 1,9% estavam ausentes do prontuário<sup>(122)</sup>.

O número adequado de profissionais da saúde, em relação ao número de pacientes e ao trabalho em equipe, foi apontado como estratégia para a segurança da criança hospitalizada. Os participantes destacaram as equipes médica e de enfermagem como os principais integrantes da equipe de saúde e os mais presentes, em termos quantitativos, na instituição pesquisada.

Porque sempre é importante passar pelo médico, pelo enfermeiro e depois pelo técnico, tem que ser uma equipe bem montada. (P15R10)

A questão é que aqui os funcionários são um número adequado pra quantidade de paciente, porque no caso da onco são pacientes bem complexos, são pacientes que usam drogas, medicações, não é só o antibiótico, tem muita medicação. [...] São três enfermeiras por turno, que facilita bastante também. E a parte médica, nós ficamos aqui o tempo todo [...]. (P22R5)

A sobrecarga de trabalho e um número reduzido de trabalhadores é uma circunstância de cuidado promotora de eventos adversos, conforme referido anteriormente pelos participantes do estudo. Entretanto a adequada divisão das atividades, conforme o grau de complexidade, a quantidade suficiente de profissionais para cada criança internada e o trabalho em equipe torna o cuidado em saúde seguro. O atendimento em equipe é uma tática para compartilhar responsabilidades e materializar a complementaridade dos cuidados para a criança hospitalizada.

Os serviços de saúde estão a cada dia deparando-se com novas circunstâncias e com o aumento de complexidades em relação aos tratamentos. A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada e colaborativa com uma abordagem multidisciplinar e multigeracional,

costurando classes, camadas e individualidades diversas em uma única organização. Os relacionamentos devem ser abertos, respeitosos, flexíveis e seguros<sup>(121)</sup>.

A atualização permanente dos profissionais da saúde e a busca por novos conhecimentos qualificam a assistência e subsidiam a realização de um cuidado seguro. As evidências científicas na área da criança estão em constante transformação, pela velocidade que acompanha o processo de produção do conhecimento. Os sujeitos da pesquisa comentaram que existe literatura disponível para ser consultada durante o planejamento das intervenções.

[...] a gente tem livros também pra consultar, nós temos certa segurança e experiência para dizer o que não está correto e pedir que seja refeito. Isso nunca foi problema. (P2R13)

[...] ter conhecimento do que está fazendo. Se tu não tens o conhecimento, tem que buscar por ele, buscar ajuda. Eu acho que o conhecimento, a atenção e a posição ética de assumir o que não sabe ou quando tu erra, acho que são mais importante para evitar estes erros. (P14R36)

O conhecimento científico foi considerado um elemento primordial para um cuidado seguro. Além da concentração e da cautela dos profissionais da saúde durante as suas atividades, as evidências científicas disponíveis podem possibilitar o aprimoramento de conhecimentos e o estudo de estratégias para garantir e promover a segurança da criança hospitalizada. As dúvidas e as incertezas do profissional podem ser promotoras de eventos adversos, porém elas serão amenizadas e resolvidas com o estudo, a busca pelo conhecimento e a qualificação profissional.

Os movimentos globais acerca da segurança do paciente têm motivado a realização de investigações científicas para a identificação e a compreensão dos eventos adversos, a análise das falhas sistêmicas e dos fatores causais, o desenvolvimento de estratégias para um cuidado seguro, entre outras temáticas visando a consolidar esse assunto e divulgar essa concepção<sup>(123)</sup>. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente é um desses, e estimula a realização de estudos que colaborem para a qualidade do cuidado seguro na atenção à saúde<sup>(2)</sup>.

Os profissionais da saúde podem adotar uma diversidade de estratégias para um cuidado seguro, porém a maioria não pode ser praticada individualmente. Faz-se necessário envolver a equipe de maneira interdisciplinar para firmar os compromissos e garantir sucesso na segurança do paciente.

## 5.8 POR UMA CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE: PROPOSTAS EDUCATIVAS

Nesta categoria foi possível identificar propostas para a implantação de uma cultura de segurança a partir de ações educativas. Foi a mais complexa e laboriosa a ser construída, porque se observou o predomínio de um modelo tradicional de atenção em saúde na instituição pesquisada. A apreciação do material empírico identificou 16 referências sobre o assunto durante a análise das informações. Dos 23 profissionais da saúde selecionados para o estudo, poucos comentaram sobre a necessidade de mudanças no modelo de atenção e a evolução para uma cultura de segurança do paciente. Nesta categoria, foi diferenciada uma subcategoria, denominada *Educação para a segurança do paciente*, que identificou 22 referências durante o processo analítico.

Criar uma cultura de segurança é um trabalho árduo e não acontece automaticamente. Existem três questões fundamentais para o desenvolvimento dessa perspectiva: Os profissionais notificam as falhas assistenciais? Existe uma cultura de prevenção da culpabilização individual? A segurança está referida no planejamento estratégico da instituição? Para essa ideia expandir, é necessário haver lideranças na instituição em prol da segurança do paciente<sup>(68)</sup>. A abordagem sistêmica do erro é a mais utilizada nas instituições que trabalham sob o prisma da segurança do paciente, de maneira que o enfoque do profissional da saúde faça parte de um sistema/processo ampliado. Essa visão processual do evento adverso considera a equipe, a instituição e os usuários/familiares corresponsáveis para redesenhar um sistema de gerenciamento de riscos<sup>(2,51-52,76,121)</sup>.

Os participantes do estudo destacaram o reconhecimento e a identificação dos erros como uma etapa importante para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nas unidades de internação pediátrica. Fazer do erro uma fonte de ensinamento e alerta foi uma concepção presente nas falas, além de ser importante notificar e não ocultar os erros, de acordo com os exemplos abaixo:

A gente tem a liberdade de conversar e detectar o próprio erro e corrigir [...] Mas são diferenças culturais em gente que tenta esconder o seu erro pra não se prejudicar. Nós nos policiamos bastante aqui [...] até o bom profissional erra. Não é porque tu errou que é um mau profissional, uma má pessoa. A gente diz que só erra quem trabalha, quem não trabalha não erra. (P23R2-3/15)

Claro que, dependendo do que aconteça, a gente resgata com toda a equipe, de uma forma geral, a situação. É compartilhando e mostrando para a equipe que uma situação pode acontecer. É a educação diária que a gente faz informalmente, estamos sempre trocando

informações, comunicando, registrando isso devidamente para evitar de as coisas acontecerem. (P8R4)

Não sei se é humildade a palavra certa [...] Se a gente faz alguma coisa errada ou se vê um outro colega fazendo algo errado, que as pessoas possam aceitar que há uma limitação e que isto pode acontecer, mas ao mesmo tempo serem capazes de retomar do erro que aconteceu, porque persistir no erro não leva a nada. (P16R12)

A capacidade de aceitar a possibilidade de um evento adverso se materializar é uma das primeiras atitudes a serem tomadas pelos profissionais da saúde que pretendem evoluir para uma cultura em prol da segurança da criança hospitalizada. Os participantes enfatizaram que admitir a falha é uma postura incentivada e estimulada na instituição pesquisada, principalmente para prevenir a ocultação e a negação da equipe diante de uma circunstância de cuidado produtora de um evento adverso.

A identificação do erro é a primeira etapa para a correção de um possível dano à criança no hospital. Assim, a notificação de um evento adverso subsidiará a equipe de saúde para uma mudança cultural, na qual a culpabilização individual se amplia para a análise coletiva e sistêmica do erro.

A comunicação do erro e a sua notificação são atitudes valorizadas e importantes para o desenvolvimento de uma cultura de segurança. À medida que os eventos adversos forem registrados, haverá maior chance de corrigir e evitar a sua recorrência<sup>(1-2,51,68,116-118)</sup>.

Um participante explicou que o erro é coletivo, não sendo portanto uma ação individual. Essa concepção demonstra que está havendo uma mudança cultural na instituição pesquisada, na qual a equipe de saúde se responsabiliza frente a um evento adverso.

Tem que ver que o erro não é só individual. Pode acontecer, a gente como equipe deveria tentar sentar e conversar mais sobre aquilo, o que tu acha que poderia ter sido diferente? [...] Eu errei ao não fazer isso, de fazer um exercício diferente. A gente só para pra pensar nisso quando acontecem casos, uma pessoa depois de um erro é muito triste, é um sofrimento. (P23R14)

A equipe de saúde deveria buscar essa corresponsabilidade entre os seus membros, pois o trabalho interdisciplinar propõe tal entendimento. A cultura da segurança do paciente objetiva uma transformação prática na compreensão do que é equipe de saúde e qual é o cerne da sua atividade. À medida que todos os profissionais da saúde aprimorem essa ideia de responsabilidade coletiva será possível avançar em direção a uma cultura de segurança do paciente.

Os programas de segurança do paciente são alicerçados nos quatro pilares (quatro Cs) da segurança: mudanças na *cultura*, *coletas* de dados por meio de sistema de relatórios de incidentes, *cálculo* de riscos para os pacientes e auditorias *clínicas*. Esses pilares estão

sustentados em três atividades essenciais: a engenharia dos fatores humanos, a comunicação eficaz e a educação da equipe para a segurança do paciente. A figura abaixo representa essa estratégia<sup>(124)</sup>:

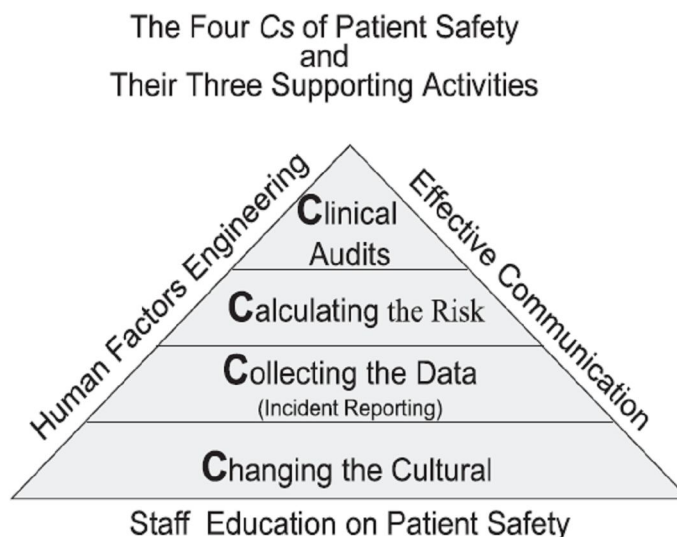


Figura 1 – Os quatro Cs da segurança do paciente

O trabalho em equipe é um pressuposto para a segurança do paciente. Os participantes realçam que a atenção e a união dos profissionais da saúde, todos com os mesmos interesses, reforçam a segurança do paciente. Por envolver questões culturais, a segurança do paciente não é uma problemática individual e nem de uma categoria profissional, mas de um processo que envolve uma transformação em nível institucional, com seus gestores e também com o sistema de saúde brasileiro.

Como a gente trabalha em equipe, todo mundo tem que estar atento. Como eu te falei, se não fechar bem, a grade pode cair e, muitas vezes, também pode estar com a grade levantada e tem crianças maiores que vão lá, se penduram, e quando tu vê caem. E é muito rápido, quando tu vê já estão no chão. (P5R9)

Acho que é uma questão de toda a equipe estar unida e, numa situação, toda a equipe deve avaliar e chegar num contexto, numa conclusão. Tu sempre podes melhorar, eu acho. Mas depende da equipe inteira, porque é uma unidade onde várias pessoas trabalham e são responsáveis por toda a segurança da unidade, do paciente. (P7R11)

A produção do conhecimento sobre a segurança do paciente pode ser um dos caminhos para divulgá-la e também introduzi-la nas instituições de saúde. As pesquisas e as evidências sobre o assunto podem despertar o interesse e a curiosidade de todos os envolvidos com a atenção em saúde. Os profissionais estão familiarizados com inovações na sua área de conhecimento, e isso é um aspecto favorável para que a segurança do paciente seja objeto de estudo, de modo que se possa compreender as características e as peculiaridades desse fenômeno. Os participantes compactuam com esse entendimento:

Eu acho que o teu trabalho, propriamente dito, já é uma questão que nos alertar, né? Sobre este tema, começar a ser discutido [...] porque de qualquer forma que tu se atualize estará protegendo o teu paciente. [...] tu pode olhar este assunto de diversas maneiras, e todas vão resultar no cuidado com o paciente. Eu acho que discutir este assunto, falar e expor pra toda a equipe multidisciplinar, o papel que compete a cada um nas medidas de proteção e segurança da criança [...]. (P6R10)

É uma coisa evolutiva e individual, mas que precisa ser dita. Então, eu acho treinamento, conversar com a pessoa, falar, insistir e as pessoas, mesmo se não identificaram o erro, poderem dizer “Tu viu isso?” e levar adiante. Tu tem que retomar e nunca deixar o erro se perpetuar, pois é a pior coisa que pode acontecer no trabalho da gente [...]. (P16R13)

O consumo de pesquisas pode ser uma importante alternativa para a divulgação desse conjunto de conhecimentos que versa sobre a segurança do paciente e, no caso desta pesquisa, da criança hospitalizada. Recomenda-se que os profissionais da saúde contagiem-se pela curiosidade e compartilhem com a equipe de saúde as questões que discutam sobre as circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos. Esse pode ser um segundo passo em prol de uma cultura de segurança do paciente.

A Organização Mundial da Saúde recomenda pesquisas nessa área que vem sendo tratada como prioritária, pelo número de prejuízos que traz à atenção em saúde<sup>(2)</sup>. As instituições de saúde e formadoras poderiam direcionar suas pesquisas para encontrar evidências sobre as falhas sistêmicas que põem em risco a assistência dos seus pacientes<sup>(51,115,121,123)</sup>.

Visualizam-se importantes processos sociais atrelados à dominação e ao poder dos profissionais da saúde, os quais podem ser vistos como associados ao impacto dos danos. Dar voz a pacientes e familiares que vivenciaram eventos adversos é uma medida importante para o desenvolvimento de progressos. Esse ponto é visto como essencial na geração de novos conhecimentos e modelos de boas práticas, as quais podem proteger outros pacientes e evitar a repetição dos erros no futuro<sup>(125)</sup>.

A cultura da segurança do paciente traz consigo diversas modificações conceituais e práticas para a área da saúde. Uma delas está ligada à transposição do modelo biomédico que valoriza o biológico, ao invés do ser humano. A criança hospitalizada, muitas vezes pode ser percebida como um mero objeto de intervenção para os profissionais da saúde, deve ser vista e tratada na sua dimensão singular de um ser em desenvolvimento. Os participantes do estudo compartilham que é necessária outra metodologia de atenção à saúde da criança hospitalizada, como nos relatos:

Eu vejo que a medicina está muito intervencionista, muito exame, pouca conversa, pouco exame físico, pouca clínica e muito exame laboratorial. Eu vou na contramão deste paradigma que é exame, medicação... Claro, tem coisas que tem que fazer exame, tem que fazer aqui, tem que ser agora, mas sempre que possível dar alta, tratar minimamente ou não tratar. (P17R6)

Não é só entregar o bebê pra mãe cuidar, eu acho que tem que chegar ali, olhar, visualizar tudo o que está acontecendo e como esta mãe está [...]. Às vezes eles [acompanhantes] estão meio impacientes, brabos com os bebês, tem que intervir também, a gente pede calma, pra dar uma volta, descansar [...]. Tem que tomar conta do familiar e do bebê como um todo. (P9R5)

A integralidade da atenção em saúde pode ser uma alternativa para viabilizar o desenvolvimento de uma cultura para a segurança. Os participantes do estudo explicam que o cuidado à criança hospitalizada deve incluir o acompanhante/cuidador como usuário do serviço. Além disso, é essencial a inclusão das tecnologias leves como o acolhimento, a escuta ativa, o toque, a ludicidade, a humanização, entre outros dispositivos para o cuidado do paciente. O profissional da saúde adepto da cultura da segurança deverá provocar também essa transposição de modelo técnico-assistencial, valorizando o ser humano em todas as suas dimensões – biológica, psicológica e sociocultural – e o contexto no qual esse usuário está inserido.

As práticas na atenção à criança hospitalizada deveriam ser pautadas nas tecnologias leves, na interação, no acolhimento, no vínculo, na responsabilização e no respeito à vida para repensar a organização do trabalho centrado no binômio criança/família. Essa perspectiva de trabalho colaboraria na construção da integralidade da atenção em saúde<sup>(22)</sup>, a qual pode impulsionar a transposição do modelo biomédico. Desse modo, haveria (re)orientação das políticas e ações programáticas adaptadas às demandas e às necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades do processo saúde-doença e nas diferentes dimensões do ser cuidado<sup>(92)</sup>.

A mudança do modelo de atenção com vista à integralidade é uma necessidade para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do usuário nos serviços de saúde. O campo da educação pode desenvolver estratégias para uma cultura de segurança.

### **Educação para a segurança do paciente**

Neste estudo, pode-se perceber também que parte dos profissionais ainda apresenta uma visão tradicional referente ao processo de ensino-aprendizagem, visto ser um grupo experiente e maduro, com tempo de formação superior a cinco anos, sendo que apenas três participantes têm tempo de formação inferior a esse período. Acredita-se que devido a isso, o treinamento em serviço e a educação continuada foram as estratégias mais mencionadas para

a implantação de uma cultura de segurança. Contudo, os pesquisados discutiram sobre a necessidade de mudanças na formação do profissional da saúde e a reformulação da estrutura curricular de cursos de graduação e programas de residência médica/multiprofissional.

Os participantes sugeriram os treinamentos em serviço por meio de palestras, cursos e aulas teóricas, como possibilidade educativa para apresentar a temática da segurança do paciente. Eles comentaram que o treinamento é uma estratégia de qualificação profissional e revisão de conteúdos, podendo ser também uma maneira de preparação do acompanhante/cuidador para compartilhar os cuidados com a equipe de saúde. Talvez essa concepção tradicional sobre o processo de ensino-aprendizagem obstaculize a formação dos profissionais da saúde, dada a necessidade de mudanças na formação e na atitude dos profissionais frente às demandas cotidianas. A experiência tem demonstrado que cursos e palestras não têm sido efetivos quando se pretende uma mudança de postura, hábitos ou mesmo comportamentos. Muitos outros fatores estão envolvidos, os quais ainda carecem de estudos, vivências, novas metodologias e, principalmente, conscientização dos envolvidos para essa transformação paradigmática nos processos de trabalho e na cultura de aprendizagens. As metodologias ativas são possibilidades que vão ao encontro dessas transformações.

Eu acho que treinamento. Segurança tem muito a ver com treinamento. Eu acho que, quanto mais treinado tu é, mais seguro tu fica e mais cientes dos teus atos. (P3R3)

Eu acho que deveriam ser feitas mais palestras sobre estes cuidados, tanto com a equipe quanto com os familiares também, que são muito desleixados, eles não cuidam [...]. Acho que precisa de mais palestras falando sobre isso, orientar mais, né? Acho bem interessante. (P12R7)

De tempo em tempo, acho que devia haver uma reciclagem, um *feedback* das técnicas de administração de medicação, nos cuidados da criança hospitalizada, acho que de tempo em tempo devia haver um treinamento. Quando tu trabalha muito tempo com gente na mesma função, nas mesmas coisas, fica uma coisa meio automatizada e aí, talvez, não preste muita atenção no que está fazendo [...]. (P13R8)

Evidencia-se nas falas dos profissionais a necessidade de mudanças na concepção pedagógica do fazer em saúde. Atualmente, as metodologias ativas do processo de ensino-aprendizagem têm se mostrado favoráveis e efetivas na formação dos profissionais da saúde. A educação permanente em saúde é uma estratégia que vem sendo implementada na instituição pesquisada, possibilitando, do ponto de vista teórico-prático, o redesenho dos fundamentos e das noções dos profissionais da saúde focados na cultura de segurança do paciente.



A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta essencial para as transformações do trabalho e de suas relações no setor, o qual poderia ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Para tal objetivo, é importante descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica no núcleo desse espaço (entre os trabalhadores, gestores, formadores e controle social). Esse projeto pretende tornar os trabalhadores mais participativos, respeitando os conhecimentos antecedentes e ampliando os espaços de aprendizagem para o próprio local de trabalho<sup>(126-127)</sup>.

As rodas de conversa já são frutos dessas transformações que vêm ocorrendo na instituição, com a introdução da EPS como metodologia de ensino para os profissionais da saúde. Os participantes expõem que compartilhar as experiências relacionadas ao erro de maneira coletiva pode ser produtivo para a expansão de uma cultura de segurança entre os profissionais da saúde.

É uma temática nova, como tu falou, é uma preocupação constante. Como é o momento de a gente conversar sobre este assunto, nós temos feito no hospital rodadas de conversas sobre algum assunto, ouvir o que cada um teria de sugestão. Uma coisa educativa seria promover palestras, mostrar a importância da segurança da criança. [...] conversando em grupos, trocando experiências [...]. (P2R2)

Eu vejo uma coisa que funciona bem aqui no hospital que são as rodadas de conversa. Eu acho que conversar com todo mundo, que cada um tem a sua experiência, de trazer o que tem de errado na unidade, o que tem errado no dia a dia, no hospital, eu acho que isso é uma ação importante. [...] cursos mostrando coisas erradas, diferentes e arrumando a unidade. (P11R6)

O profissional tem que reciclar, aprendeu uma coisinha a mais, vamos juntar a equipe e conversar quando acontece um erro. Por exemplo, mostrar que aconteceu isso, dividir as suas experiências, sentimentos, o que poderia ter sido feito diferente? [...] Mas eu acho que a gente deveria conversar mais [...]. (P23R21-22)

A educação permanente em saúde incentiva a diversificação de estratégias para compartilhar conhecimentos e experiências do mundo do trabalho. O profissional da saúde que discute e aceita a possibilidade da ocorrência de eventos adversos está progredindo para uma cultura de segurança do paciente. Sugere-se que a inclusão da temática segurança do paciente, por meio de rodas de conversa, provoque nos profissionais da saúde uma reflexão sobre as suas práticas e condutas, além de promover maior integração das equipes em prol da criança hospitalizada.

A política da educação permanente coloca em roda/rede diferentes atores, destinando a todos um espaço de protagonismo na condução das ações locais de saúde/formação<sup>(126)</sup>. Um estudo realizado no interior de São Paulo, que relatou a experiência da implantação da Política Nacional de EPS, comprovou que a roda de conversa proporciona aos participantes a possibilidade do encontro, no qual é possível verbalizar os problemas e os nós críticos

referentes aos processos de trabalho, possibilitando encontrar soluções e encaminhamentos de maneira coletiva<sup>(127)</sup>.

A estratégia da roda de conversa pode ser um meio de estimular os profissionais da saúde a conversar sobre os erros que emanam da sua atuação profissional, podendo ser o primeiro passo para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente.

A formação dos profissionais da saúde é outro ponto a ser discutido para a elaboração de uma cultura de segurança do paciente. Os participantes relataram que essa temática não é abordada em nenhum momento da formação do profissional, seja na graduação, seja no programa de residência médica/multiprofissional.

Acho que todo mundo, durante o seu curso... este assunto devia ser trabalhado, mas acho que não é trabalhado [...] continuar fazendo esse trabalho com todos os profissionais de enfermagem, equipe médica, mostrar através de erros que acontecem e que podem ser prevenidos. Então, acho que desde a graduação, o curso técnico, tem que ser trabalhado e continuado depois com quem já está na assistência e aprender com os erros [...]. (P14R9)

Eu acho que isso tem que ser desde antes, né? Desde a nossa formação como médicos, porque tu tem que ter lá já um cuidado com a segurança e cuidado com a proteção da criança e do adulto, e depois... Enfim, na residência também eu acho que temos de ter um pouco mais desses cuidados básicos [...]. (P15R10)

A formação dos profissionais na área da saúde vem passando por reformulações por meio das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação. Essas mudanças visam a readequar as propostas de ensino-aprendizagem às demandas e às necessidades do setor saúde, dos usuários e da sociedade. O referencial teórico-prático da segurança do paciente deve ser incluído nas grades curriculares, sendo objeto da formação dos profissionais da saúde. Porém talvez exista carência de docentes preparados para a problematização desse assunto com os futuros profissionais.

A estética pedagógica da EPS é inserir a experiência da problematização e da invenção de problemas na formação em saúde. Essa atraente proposta é condição para o desenvolvimento de uma inteligência de escutas, de práticas cuidadoras, de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários<sup>(126)</sup>.

A segurança do paciente poderia ser um tema transversal na atenção à saúde da criança. É necessário instrumentalizar os profissionais a explorar a dinâmica de sistemas, configurações, hábitos, padrões, processos e peculiaridades para poderem desenvolver capacidades analíticas e críticas sobre as suas práticas, caso contrário os modelos tradicionais de aprendizagem serão mantidos<sup>(128)</sup>. A Organização Mundial da Saúde lançou em 2008 um guia curricular para a segurança do paciente nas escolas médicas, com orientações e recomendações aos professores, além de sugestões de tópicos para a reformulação dos

currículos. Apesar de serem diretrizes voltadas à medicina, existem vários aspectos que poderiam ser aplicados nas outras profissões da saúde, como as questões ligadas à comunicação da equipe, as práticas baseadas em evidências, o trabalho em equipe, a bioética dos erros médicos, a assistência segura, entre outros<sup>(101)</sup>.

Uma participante criticou a formação dos trabalhadores da área da saúde, em especial a formação médica, enfatizando que hoje os profissionais centralizam a sua formação no conhecimento científico e afastam-se do paciente, que perde o protagonismo, sendo mero objeto de intervenção e experimentação. Esse participante comentou que a convivência e a aproximação com o usuário resultam em experiências significativas para a formação do profissional.

Isso devia passar por toda uma reformulação da formação. [...] Eles não são médicos, não são enfermeiros, são aprendizes mirins, então vêm com o viés da pesquisa. A pesquisa está impregnada de tecnologia. Eu digo pra eles “você não está se formando médico, mas pesquisador, técnico, médico é outra coisa!”. [...] Eu acho que o foco da formação tá pervertido. [...] O profissional não tem que ser um reservatório de informações, tem que ter informações básicas e tem que ter formação, que só se dá na medida em que o indivíduo vivencia situações do mundo real. Não adianta falar em evento adverso se ele não tá vivendo junto com o paciente [...]. (P17R12-13)

Os conhecimentos adquiridos pelos profissionais da saúde hoje se concentram em evidências científicas experimentalmente comprovadas, raramente testadas clinicamente, o que culmina em afastamento do paciente e da sua família. No contexto da criança hospitalizada, para muitos profissionais da saúde, todo processo terapêutico está voltado a exames e procedimentos avançados, com o mínimo de contato, por exemplo, entre paciente, acompanhante/cuidador e o médico assistente. Essa maneira de cuidar da criança é presenciada pelo estudante, o qual, por sua vez, a reproduz. A aprendizagem, nesse contexto, não apresenta circunstâncias significativas para o estudante, pois ele é treinado a produzir saúde, copiando um modelo preestabelecido. Essa concepção também é visível em outras profissões da saúde, não sendo exclusiva do médico.

As transformações na formação dos profissionais da saúde devem ser produzidas em conjunto. As interações entre os segmentos de formação, atenção, gestão e controle social em saúde deveriam valorizar as características locais e as capacidades instaladas, estimular o desenvolvimento das potencialidades de cada realidade, implementar a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade crítica, além de produzir sentidos, autoanálise e autogestão<sup>(126)</sup>.

A supervisão direta e permanente é um requisito essencial para o profissional da saúde em processo de aperfeiçoamento. Um participante destacou que muitos médicos residentes

não têm a orientação e o acompanhamento necessários para garantir um cuidado seguro. Essas limitações estão presentes em todas as profissões da área da saúde, de maneira que o estudante é exposto ao mundo do trabalho, sem a devida preparação para cumprir todas as exigências que lhe são requeridas.

Eu acho que a primeira coisa é a questão de a gente estar junto com o residente. [...] Eles [residentes] estão aprendendo e eu acho que eles não precisam aprender errando, temos de detectar os erros antes de eles acontecerem, porque afetam pacientes e precisamos preservar a vida. [...] Eu vejo muitos residentes muito soltos, e eles fazem, na verdade, coisa que a princípio são completamente erradas e poderiam ser reajustadas, mas eles aprendem errando. [...] (P22R19-20)

Aprender com os próprios erros não é uma estratégia compatível com o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. É fundamental introduzir a prevenção dos eventos adversos e o gerenciamento de risco na formação e na supervisão dos profissionais da saúde em programas de aperfeiçoamento. A preceptoria é uma atividade complexa e provida de incumbências para o profissional que assiste o estudante, porque ele servirá de modelo para o futuro profissional. Este, por sua vez, poderá seguir exatamente suas recomendações e estratégias de cuidado. Acredita-se que o preceptor dos programas de residência tem grande responsabilidade na formação e no aprimoramento de outros profissionais, com condições para contextualizar a cultura da segurança do paciente para o profissional aprendiz.

Uma pesquisa quali-quantitativa transversal, desenvolvida no Rio Grande do Sul, demonstrou um despreparo dos médicos dos serviços de saúde para realizar integração docente-assistencial na orientação dos acadêmicos de medicina do último ano. Houve um equilíbrio entre a satisfação (47,8%) e a insatisfação (50%) quanto à resolutividade e às orientações do médico-preceptor. Isso gerou insegurança nos futuros médicos, e 36,8% dos estudantes buscaram orientação a distância de professores vinculados à instituição de ensino<sup>(129)</sup>.

Os programas de qualidade e acreditação hospitalar estão sendo propulsores da cultura da segurança do paciente por preconizarem etapas para conferir destaque e excelência às instituições de saúde. Um participante fez menção a esses programas de certificação, informando que houve mudanças nos processos e na estrutura disponível para a instituição se adequar às normas exigidas por esses programas de qualidade assistencial.

Tem a questão da acreditação, que estamos organizando algumas coisas. Tem a questão da farmácia, que acompanha este processo. Tem a questão das coisas que a gente organiza grades na janela, os berços que compramos com grades mais altas. Então, a gente vai vendo situações e combinando, mas a gente não tem tido uma abordagem, pra estar falando de todos os riscos isoladamente. (P8R5)

Os programas de qualidade e acreditação hospitalar surgiram em 1924 com o intuito de implantar e executar um processo permanente de melhorias da atenção à saúde e o desenvolvimento de padrões mais elevados de qualidade. Atualmente, essas propostas de avaliação dos serviços de atenção à saúde têm assumido os pressupostos da segurança do paciente como principal diretriz norteadora no estabelecimento de critérios e indicadores de qualidade assistencial<sup>(103-104)</sup>.

Esses programas de certificação têm sido alvo de críticas pelas questões ideológicas indiretamente associadas à sua criação, pois são utilizados para padronizar e generalizar as condutas e as intervenções dos profissionais da saúde. Além disso, os selos de qualidade assistencial acarretam um aumento dos custos relacionados à atenção em saúde. Entretanto esses programas poderiam servir de modelo para as proposições sobre a cultura da segurança do paciente.

A segurança do paciente está começando uma longa jornada na instituição pesquisada para mobilizar transformações em todos os eixos, seja na atenção, seja no ensino ou na pesquisa. A identificação do erro e a sua comunicação são ações essenciais para evitar a culpabilização e desestimular a tradicional cultura da punição. A produção do conhecimento e o consumo de pesquisas são estratégias que podem subsidiar a efetivação de uma transformação para uma cultura de segurança do paciente. A transposição do modelo biomédico para a integralidade da atenção em saúde é um desafio a ser enfrentado, assim como a valorização das tecnologias leves para um cuidado seguro. A educação permanente em saúde pode ser a principal estratégia didático-pedagógica para a inserção do assunto na pauta cotidiana dos profissionais. Além disso, a segurança do paciente deveria ser um tema transversal na formação dos profissionais da saúde e estar disseminada em todos os contextos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa, algumas reflexões se fazem necessárias. Ao concluir o curso de doutorado, alcanço uma meta que tem um significado especial tanto em minha vida tanto pessoal como profissional. Transitar pelos caminhos da profissão na área da criança e do adolescente e adentrar no universo acadêmico pelo ensino e pela pesquisa me fazem acreditar que um mundo melhor é possível.

A segurança da criança hospitalizada é uma temática que vem despertando meu interesse enquanto enfermeiro, docente e pesquisador na atenção à saúde do público infantil. A preocupação de tornar a internação como um dos momentos no qual se pode e se deve garantir a possibilidade de contribuir de modo seguro com o mundo da criança e de sua família me fez perceber e me sentir de alguma forma gratificado.

O objeto de pesquisa foi se constituindo a partir de minhas vivências quando trabalhava como enfermeiro assistencial em hospital pediátrico, onde cotidianamente presenciava e enfrentava circunstâncias de cuidado que se apresentavam como práticas não seguras. Como docente universitário, no ensino do cuidado à criança, ao adolescente e à família, tem sido oportuno problematizar com os futuros profissionais estratégias para o cuidado seguro e o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente.

A realização deste estudo constituiu-se de vários desafios, pois a temática é difícil e complexa de ser abordada, seja para o pesquisador, seja para os participantes ou para a própria instituição. Sabe-se que os eventos adversos trazem à tona uma questão que costuma ser invisível e ocultada nas práticas de atenção à saúde, ou seja, o erro. Essa complexidade justificou-se por ser um assunto que envolve dilemas éticos, perfis e corporações profissionais, características institucionais e sistêmicas, usuários e familiares, além de indiretamente o modelo de atenção à saúde, a formação dos profissionais, os direitos do usuário, as implicações ético-jurídicas e a divulgação e distorção da mídia sensacionalista.

O primeiro desafio na realização da pesquisa foi a aprovação no comitê de ética em pesquisa, por se tratar de um tema novo e polêmico para a maioria dos profissionais da saúde. Algumas instituições sequer avaliam projetos de pesquisa sobre essa temática. O segundo foi adentrar em um contexto hospitalar e investigar profundamente circunstâncias de cuidado promotoras de eventos adversos a partir do diálogo com as acompanhantes/cuidadoras e com profissionais da saúde, lembrando situações não seguras, falhas, erros, sendo que muitos deles podem configurar situações denominadas de violência institucional. Outro desafio foi

permanecer passivo diante de alguns acontecimentos comentados pelos participantes, pois o tema me suscitou diversas sensações, entre elas, impotência, indignação, tristeza, esperança, perseverança e empatia.

Neste estudo, as circunstâncias de cuidado foram as ações realizadas por/para alguém no contexto de um serviço de saúde que caracterizam o atendimento e as intervenções realizadas pelos profissionais envolvidos. Essa concepção foi proposta e caracterizada na assistência à saúde para além de procedimentos e intervenções técnicas específicas no paciente, ampliando para as relações, as rotinas, o plano de desenvolvimento institucional, o planejamento estratégico, objetivando uma visão sistêmica e processual de todos os elementos que constituem a relação de cuidado. As circunstâncias de cuidado envolvem a ação propriamente dita (intervenção, procedimento, conduta), a equipe (profissionais), o paciente (criança-acompanhante-família), o contexto (processos de trabalho, corporações, regimentos/regras, cultura hospitalocêntrica) e o cenário (hospital, unidade de internação). Todas estas deveriam contribuir e influenciar o cuidado seguro na atenção à saúde, mas sabe-se que existem assincronias/desvios que materializam os erros nesse arcabouço sistêmico que constitui a segurança do paciente.

Cabe destacar que, num primeiro momento da elaboração do projeto de tese, pretendia-se utilizar o grupo focal como estratégia para a coleta das informações junto às acompanhantes/cuidadoras. Porém isso não se consolidou e foi necessário modificar a estratégia durante o período de coleta. A impossibilidade da mãe em deixar o filho sozinho para participar de encontros grupais demonstrou que essa técnica de coleta de dados é mais difícil na pesquisa qualitativa no contexto da hospitalização infantil. As participantes selecionadas justificaram que não poderiam deixar seus filhos sozinhos. Quando entrevistadas, foi possível perceber que, de alguma forma, estavam preocupadas ou temerosas de que pudesse ocorrer alguma falha ou transtorno ao seu filho no momento de ausência. Isso me levou a inferir que já havia indícios da preocupação com a questão da segurança na internação do filho.

A questão de pesquisa que orientou o estudo de *como e por que* as circunstâncias de cuidado predispoem a criança hospitalizada a eventos adversos – comprometendo sua segurança e proteção – revelou que as falhas em processos e sistemas que caracterizam as circunstâncias de cuidado elevam o risco de eventos adversos, porque existem vários dispositivos operando no contexto da atenção à saúde que as particularizam.

O desenvolvimento do estudo trouxe evidências sobre a necessidade da instituição de uma cultura de segurança do paciente nos serviços de atenção à saúde, em especial da criança

hospitalizada. Os objetivos foram alcançados à medida que a análise de dados foi revelando suas evidências e proposições.

Foram identificadas várias circunstâncias de cuidado que predisõem a criança hospitalizada a eventos adversos, tanto pelas acompanhantes/cuidadoras quanto pelos profissionais da saúde, nos cenários de atenção à saúde. Essas circunstâncias foram descritas e contextualizadas quando os participantes do estudo compartilhavam suas experiências exemplificando eventos adversos do seu cotidiano. Os capítulos que discutem os eventos adversos na percepção das acompanhantes/cuidadoras e dos profissionais da saúde explicam essas situações de cuidado.

A compreensão e a reflexão do material empírico oportunizaram analisar como as acompanhantes/cuidadoras e os profissionais da saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado. A fiscalização e a vigilância são as principais estratégias utilizadas pela acompanhante/cuidadora para identificar um evento adverso, enquanto a crítica sobre a prática, a revisão, a conferência e a comunicação entre a equipe subsidia os profissionais da saúde.

As estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para um cuidado seguro foram descritas e relatadas por todos os participantes e servem de orientação para a qualidade do cuidado em saúde sob a ótica da segurança do paciente.

O referencial teórico da segurança do paciente possibilitou a análise e a compreensão das circunstâncias de cuidado que culminam em eventos adversos a partir das informações advindas na apresentação e na discussão dos resultados. As diretrizes e as recomendações da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente serviram de subsídios para desvelar o fenômeno no contexto da hospitalização infantil.

O estudo teve 38 participantes, dos quais 15 eram acompanhantes/cuidadoras da criança hospitalizada e 23 eram profissionais da saúde. Em relação às primeiras, destaca-se que são mães com dificuldades socioeconômicas e que vivenciam desigualdades relacionadas à educação, ao acesso a serviços básicos e ao mercado de trabalho. Quanto às crianças, as suas peculiaridades possibilitam afirmar que serão usuários constantes dos serviços de saúde e com grande predisposição a problemas relacionados ao processo de crescimento e desenvolvimento conferido pela condição crônica da doença e por questões contextuais da família cuidadora. Entre os profissionais da saúde, é possível constatar que é um grupo experiente, maduro e qualificado para assistir a criança hospitalizada.

O processo de análise e interpretação dos dados evidenciou as sete categorias temáticas que foram desenvolvidas para confirmar e sustentar a tese deste estudo. As três



primeiras foram construídas a partir do material empírico coletado junto às acompanhantes/cuidadoras.

A primeira categoria, intitulada *os eventos adversos identificados nas circunstâncias de cuidado pela acompanhante da criança hospitalizada*, descreve as principais falhas identificadas pelas mães na hospitalização do seu filho. Verificou-se uma maior preocupação com o processo medicamentoso, o qual pode trazer sérias limitações para a recuperação da saúde e ainda agravar o seu estado de saúde. Além disso, foram considerados eventos adversos na percepção das acompanhantes/cuidadoras a comunicação frágil, a imprecisão nos diagnósticos médicos e na realização de procedimentos invasivos, a descompensação da criança na execução de procedimentos, o exame físico superficial, a contaminação da criança pelo profissional, o número insuficiente de trabalhadores, a identificação incorreta da criança, a realização de cuidados de competência dos profissionais pela acompanhante e a exaustão/cansaço da acompanhante/cuidadora.

Na segunda categoria, *o cuidado seguro na ótica da acompanhante da criança hospitalizada*, foram listadas as estratégias para um cuidado seguro. Observou-se que as tecnologias leves têm se destacado como elemento central no processo de trabalho em saúde, mas as tecnologias leve-duras e duras são complementares, fortalecendo a segurança do paciente. As intenções dos profissionais da saúde, aliadas a uma comunicação efetiva, são imprescindíveis para a qualidade do cuidado à criança hospitalizada. Da mesma forma, o atendimento individual, o acesso e o entendimento das informações sobre o estado de saúde da criança, as intervenções com qualidade e pontualidade, a rigorosa higienização de mãos e equipamentos, o trabalho em equipe com visão crítica e o bom senso permeiam um cuidado seguro na ótica das acompanhantes/cuidadoras.

Na terceira categoria, *o papel da acompanhante na segurança da criança hospitalizada*, delineiam-se as atribuições que deveriam ser direcionadas para a cuidadora leiga, destacando a fiscalização e a vigilância dos cuidados prestados como principal papel. O compartilhamento de cuidados básicos de higiene/conforto e alimentação com a supervisão e a orientação da equipe de enfermagem é uma realidade requerida pelas mães que buscam o envolvimento e a participação nos cuidados com o filho, mas isso não pode isentar ou substituir a equipe de enfermagem. A inclusão do homem/pai é uma necessidade para a mãe poder compartilhar o papel de cuidadora do filho hospitalizado. A capacidade de observar, oferecer proteção e amparo à criança e ser questionadora são atitudes pró-ativas das mães no processo de comunicação com os profissionais. A presença da acompanhante/cuidadora foi considerada um requisito para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente no

contexto da hospitalização infantil por todos esses papéis identificados.

A quarta categoria – *hospital: cenário de segurança para a criança?* – questiona sobre as necessidades de hospitalização e quais as indicações para que a criança seja encaminhada a esse cenário de cuidado. A presença de uma equipe multiprofissional e o trabalho interdisciplinar desenvolvido por esta são elementos que tornam o hospital um ambiente seguro para a atenção à saúde. A infraestrutura disponível e a qualidade do controle de infecção hospitalar colaboram para a segurança no cenário hospitalar.

A quinta categoria, *os eventos adversos na ótica dos profissionais da saúde*, descreve as principais circunstâncias que levam à ocorrência de erros no cuidado à saúde da criança hospitalizada. Os participantes inicialmente formulam uma concepção de evento adverso, conceituando-o como uma falha na assistência ou na ação terapêutica proposta pelo profissional. Os eventos adversos exemplificados podem ser subjetivos e objetivos, sendo os últimos os mais frequentemente relatados. O processo medicamentoso foi o mais evidente. Os erros de medicação foram confirmados pelos profissionais como aqueles geradores de elevada preocupação, da mesma forma que destacaram as acompanhantes/cuidadoras. O uso indiscriminado de antimicrobianos, a realização de procedimentos invasivos, o manuseio de materiais médico-hospitalares, as quedas ao solo, as características do crescimento e do desenvolvimento infantil, as restrições no controle de infecção hospitalar, a quantidade insuficiente de profissionais e a sobrecarga de trabalho, o processo de comunicação profissional-acompanhante-criança equivocado e deficitário e a exígua estrutura disponível para a presença da acompanhante foram concebidos como eventos adversos na ótica dos profissionais da saúde.

Ainda na quinta categoria, a subcategoria *ações dos profissionais da saúde frente ao evento adverso* aponta os encaminhamentos que são dados em caso de eventos adversos. A comunicação do erro para a equipe de saúde foi a principal conduta exposta. A cultura punitiva vem sendo abolida e substituída pelo diálogo e pela orientação do profissional, demonstrando que a noção de falha individual predomina ante a concepção processual e sistêmica. A interrupção do evento adverso e a intervenção imediata são condutas praticadas pelos profissionais para minimizar os prejuízos das falhas cometidas. A notificação e o registro dos erros conjuntamente com a análise coletiva da sua ocorrência poderiam ser estimulados para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente.

A penúltima categoria – *cuidado seguro: estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde* – apresenta as táticas empregadas pelos profissionais para um cuidado seguro. Destaca-se que a revisão e a conferência podem ser aplicadas a qualquer conduta do profissional. A

concentração e a cautela, somadas às anteriores, potencializam uma assistência segura.

A sétima e última categoria, *por uma cultura da segurança do paciente: propostas educativas*, foi a mais complexa e difícil, por se tratar das transformações e dos desafios para as organizações que almejam a segurança do paciente. O reconhecimento e a identificação dos erros foram considerados os primeiros passos para o desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente, além da possibilidade de ter o erro como uma fonte de ensinamentos. É essencial desconstruir a noção de que a falha é individual, ampliando o enfoque da equipe/coletividade como corresponsável pelo evento adverso. A transposição do modelo biomédico para a integralidade da atenção é vista como alternativa para o crescimento de uma cultura de segurança. Houve uma subcategoria, *educação para a segurança do paciente*, que problematizou as estratégias e as possibilidades para discutir-se a temática na formação e na capacitação dos profissionais. A educação permanente em saúde foi apontada como proposta pedagógico-metodológica para (re)orientar os trabalhadores na saúde. A temática da segurança do paciente nos currículos das profissões da saúde poderia ser discutida como um tema transversal na atenção à saúde. Os programas de certificação e qualidade podem colaborar na instituição de uma cultura de segurança do paciente a partir da implementação de diretrizes e protocolos necessários a esse processo. A produção do conhecimento e o consumo de pesquisas sobre a segurança do paciente subsidiarão a socialização e a expansão do assunto em todos os contextos da sociedade contemporânea.

Portanto, a tese em que esta investigação se ampara – de que as circunstâncias de cuidado predisõem a criança hospitalizada a eventos adversos nos cenários de atenção à saúde, o que interfere na segurança do paciente – é real, verdadeira, complexa e necessita de mais estudos e aprofundamentos.

A contextualização e a problematização da tese possibilitaram concluir que as circunstâncias de cuidado resultam de processos de cuidados não seguros, provenientes de falhas no planejamento, na colaboração, na execução, na avaliação e no monitoramento das intervenções que ultrapassam os limites dos profissionais envolvidos na atenção à saúde da criança e também do cuidado da família. Vai mais além, deve ser uma política que envolva o sistema de saúde, os gestores e os administradores, nas esferas pública e privada, que desejem implantar uma cultura de aprendizagem para a segurança do paciente.

## RECOMENDAÇÕES PARA ATENÇÃO, PESQUISA E ENSINO SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

Para os profissionais da saúde:

- Revisão e conferência sistemática de rotinas, protocolos, prescrição, administração de medicamentos, armazenamento, dispensação, diluições, procedimentos;
- Dupla-verificação nas ações/conduas;
- Preocupação com a saúde do trabalhador;
- Identificação correta do paciente;
- Higienização das mãos e medidas rigorosas de controle de infecção hospitalar;
- Participação da família com a supervisão da equipe;
- Registros completos no prontuário do paciente;
- Passagem de plantão coletiva;
- Criação de um sistema de notificação e registro dos eventos adversos;
- Desenvolvimento de propostas educativas por parte dos responsáveis pelos serviços que visem a discussões sobre: a importância da capacidade de atenção e observação, concentração, prudência, planejamento coletivo e participativo na execução de procedimentos e intervenções; a necessidade de uma comunicação satisfatória, do diálogo e da escuta da acompanhante/cuidadora; o incentivo à reflexão crítica sobre a prática; a vivência da interdisciplinaridade; e o estímulo à busca pelo conhecimento científico.

Essas estratégias almejam a prevenção de eventos adversos, a promoção de um cuidado seguro na hospitalização infantil e a efetivação de uma cultura de aprendizagem para a segurança do paciente.

Na esfera de pesquisa e produção do conhecimento:

- Desenvolvimento de estudos em outros serviços de saúde que atendem o público infanto-juvenil na cidade de Porto Alegre/RS;
- Realização de pesquisas que busquem dar voz a usuários, acompanhantes, familiares que vivenciaram circunstâncias de cuidado produtoras de eventos adversos;
- Identificação de indicadores qualitativos para a expansão de uma cultura de segurança;
- Realização de estudos com a temática da segurança junto aos docentes e estudantes na área

da saúde, tanto em nível de graduação como de pós-graduação;

- Divulgação do conhecimento com publicação em periódicos nacionais e internacionais;
- Participação da academia na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente.

Essas propostas de investigação vão ao encontro das recomendações da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que vem incentivando pesquisas para a compreensão dos processos atrelados à prevenção de eventos adversos.

Na área do ensino e da formação profissional:

- Incluir a segurança do paciente como temática transversal nas grades curriculares em todos os níveis (técnico e superior);
- Criar espaços para discussões e reflexões para docentes sobre o ensino da segurança do paciente;
- Realizar encontros pedagógicos que abordem as metodologias ativas, como a problematização e a aprendizagem significativa para o ensino da segurança do paciente;
- Desenvolver experiências com a utilização da educação permanente em saúde como estratégia para capacitação dos trabalhadores da saúde;
- Ampliar o uso da simulação de casos como estratégia pedagógica na formação profissional;
- Desenvolver cursos na modalidade a distância para promoção e debate da temática da segurança entre os profissionais da saúde e demais interessados.

Espera-se que a efetivação de uma cultura de segurança do paciente possa ser um caminho a partir dessas recomendações para as transformações na área da saúde em todas essas esferas, instituindo o cuidado seguro.

## REFERÊNCIAS

- 1 Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Safety and protection for hospitalized children: literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(3): 410-416.
- 2 World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2008.
- 3 Mark BA, Harless DW, Berman WF. Nurse staffing and adverse events in hospitalized children. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2007;8(2):83-92.
- 4 Meurer JR, Yang H, Guse CE, Scanlon MC, Layde PM. Medical injuries among hospitalized children. *Qual. Saf. Health Care*. 2006;15: 202-205.
- 5 Moreno MB, Klijn TP. Violencia hospitalar en pacientes. *Ciencia y enfermería*. 2003; 9(1): 9-14.
- 6 World Health Organization (WHO). A World Alliance for Safer Health Care. More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. January 2009. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2009.
- 7 Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Quality in Health Care*. 2009; 21(1): 18-26.
- 8 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. Washington/DC: National Academy Press; 2000.
- 9 Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(1): 95-99.
- 10 Pedreira MLG. Errar é humano: estratégias para a busca da segurança do paciente. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR, organizadores. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 01-18.
- 11 Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha J. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev. Bras Epidemiol*. 2005;8(4): 393-406.
- 12 Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. – 3ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2001.
- 13 Lima EC, Issi HB, Carvalho PRA. Um caminho para a prevenção dos maus-tratos institucionais. In: Luz AMH, Mancia JR, Motta MGC. As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem. Brasília: ABEn; 2004.

- 14 Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1): 7-14.
- 15 Minayo MCS, Lima CA. Filosofia e práxis da proteção integral: o feito e o por fazer sob o olhar da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. *Violência faz mal a saúde*. Brasília; 2006.
- 16 Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2): 268-177.
- 17 Berry JG, Bloom S, Foley S, Palfrey JS. Health inequity in children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics*. 2010; 126(S3): 111-119.
- 18 Peterson TH, Peterson T, Armon C, Todd J. Insurance-Associated disparities in hospitalization outcomes of Michigan children. *Pediatrics*. 2011;158(2): 313-318.
- 19 Gomes GC, Erdmann AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Rev.Gaúcha Enferm*. 2005;26(1): 20-30.
- 20 Algren C. Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In: Hockenberry MJ, Winkelstein W. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. p. 637-705.
- 21 Wegner W, Pedro ENR. Concepções de saúde sob a ótica de mulheres cuidadoras-leigas, acompanhantes de crianças hospitalizadas. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(1).
- 22 Pimenta EAG, Collet N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência a criança hospitalizada: concepções da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3): 622-629.
- 23 Quirino DDE, Collet N, Neves AFG. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaucha Enferm. Porto Alegre (RS)*. 2010;31(2): 300-306.
- 24 Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado a criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3): 551-559.
- 25 Wilson ME, Megel ME, Enenbach L, Carlson KL. The voices of children: stories about hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*. 2009; 18 March: 01-08.
- 26 Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. *Desenvolvimento Humano*. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 27 Gabatz RIB, Ritter NR. Crianças hospitalizadas com fibrose cística: percepções sobre as múltiplas hospitalizações. *Rev. Bras Enferm*. 2007;60(1): 37-41.
- 28 Coa TF, Pettengill MAM. Autonomia da criança hospitalizada frente aos procedimentos: crenças da enfermeira pediatra. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(4): 433-8.

- 29 Barreto MNCB, Kuramoto JB. A bioética e o erro humano. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR, organizadores. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 61-8.
- 30 Quintana AM, Arpini DM, Pereira CRR, Santos MS. A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Rev. Cienc. Cuid. Saúde.* 2007;6(4):414-23.
- 31 Moreira MCN, Macedo AD. O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociedade. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva.* 2009;14(2): 645-52.
- 32 Thomazine AM, Passos RS, Bay Júnior OG, Collet N, Oliveira BRG. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. *Rev. Cienc. Cuid. Saúde.* 2008;7(1): 145-52.
- 33 Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev Bras Enferm. Brasília.* 2010;63(1): 132-135.
- 34 Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (BR). Resolução 41, de 13 de outubro de 1995: direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Brasília (DF);1995.
- 35 Peterlini MAS, Pereira SR. Os erros humanos: abrangência e tipos. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR, organizadores. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 19-26.
- 36 Wannmacher L. Erros: evitar o evitável. Organização Pan-Americana da Saúde / Ministério da Saúde (BR). 2005;2(7): 1-6.
- 37 Miasso AI, Grou CR, Cassiani SH, Silva AE, Fakih FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2006;40(4): 524-532.
- 38 Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Adverse events and preventable adverse events in children. *Rev. Pediatrics.* 2005;115(1): 155-160.
- 39 Marck P, Cassiani SHB. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005;13(5): 750-753.
- 40 Melo LR, Pedreira ML. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. *Rev. Bras Enferm.* 2005;58(2): 180-185.
- 41 Araújo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2007;41(3): 419-25.
- 42 Wegner W, Silva T. Segurança e proteção da criança e família na unidade de tratamento intensivo pediátrico. In: Anais do III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal e XVI Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica. 2009 out 06-08; Florianópolis, Brasil. p. 298-300.



- 43 Shorthall R. Preventing adverse events. *Emergency Nurse*. 2007;15(3): 23-28.
- 44 Callagher B, Jette AM, Mahler E. Fall risk factors vary with groups. *Healthcare Risk Management*. 2008 Aug: 92-4.
- 45 American Academy Of Pediatrics. Principles of patient safety in pediatrics. *Pediatrics*. 2001;107(6): 1473-1475.
- 46 Redman RW. Practice environments: cognitive aspects of adverse events. *Research and theory for nursing practice: an International Journal*. 2007;21(1):10-12.
- 47 Ruitter HP. The safety paradox. *Rev. Creative Nursing*. 2006;3: 04-07.
- 48 Machado AF, Kusahara DM. A documentação da assistência de enfermagem e a segurança do paciente. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR, organizadores. *O erro humano e a segurança do paciente*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 195-201.
- 49 Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. *Rev. Paul Enf*. 2006;25(1): 18-23.
- 50 Harada MJCS. A prevenção do erro humano. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR, organizadores. *O erro humano e a segurança do paciente*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 27-42.
- 51 Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: na overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care*. 2010;19: 42-47.
- 52 Wachter, RM. Patient safety at 10 years: how far have we come? What's next. *OR Manager*. 2010;26(3).
- 53 Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005;14: 231-233.
- 54 Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008.
- 55 Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública* 2005;39 (3): 507-514.
- 56 Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.
- 57 Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10<sup>a</sup> ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.
- 58 Denzin NK, Lincoln YN. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 59 Gangeness JE. Revisiting case study as a nursing research desing. *Researcher*. 2006;13(4): 07-19.

- 60 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- 61 Lobiondo-Wood G, Harber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan; 2001.
- 62 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 15ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
- 63 Welsh E. Dealing with Nvivo in the qualitative data analysis process. *Qualitative Social Researcher*. 2002;3(2).
- 64 Wegner W. Concepções de saúde de mulheres cuidadoras-leigas: estratégias à sua promoção da saúde [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- 65 Teixeira AN, Becker F. Novas possibilidades de pesquisa qualitativa via sistema CAQDAS. *Sociologias*. 2001;3(5): 94-114.
- 66 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional em Saúde, Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, Resolução 196/96. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1996.
- 67 Ministério da Ciência e Tecnologia (BR). Legislação: lei de direitos autorais nº 9.610/1998. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1998.
- 68 Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010a.
- 69 Yamanaka TI, Pereira DG, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2): 190-196.
- 70 Roque KE, Melo ECP. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4): 607-619.
- 71 Souza MCP, Goulart MA, Rosado V, Reis AMM. Estudo de utilização de medicamentos parenterais em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário. *Revista Brasileira de ciências farmacêuticas*. 2008;44(4): 675-682.
- 72 Franco JN, Ribeiro G, D’Innocenzo M, Barros BPA. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6): 927-932.
- 73 Wegner W, Pedro ENR. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. *Rev Gaucha Enferm*. Porto Alegre (RS). 2010;31(2): 335-342.
- 74 Silva MAS, Collet N, Silva KL, Moura FM. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(3): 359-365.

75 Milanesi K, Collet N, Oliveira BRG, Vieira CL. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(6): 769-774.

76 World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Patient safety workshop: learning from error. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2010.

77 Silva CMC, Sabóia VM, Teixeira ER. O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. *Contexto Enferm.* Florianópolis. 2009;18(3): 458-465.

78 Luizari MRF, Ohara CVS, Horta ALM. Avaliando a aprendizagem do exame físico de enfermagem no contexto da semiologia pediátrica. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(1): 66-71.

79 Silva RMFL, Rezende NA. O ensino de semiologia médica sob a visão dos alunos: implicações para a reforma curricular. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2008;32(1): 32-39.

80 Ribeiro LAP, Dias CPF, Jesuino FA, Alcântara TQN, Figueiredo IC, Sá ACS, *et al.* Exame clínico pediátrico: aquisição de habilidades na disciplina pediátrica preventiva social, FAMEB-UFBa. *R. Ci. Med. Biol. Salvador.* 2007;6(1): 63-68.

81 Nascimento NB, Travassos CMR. O erro médico e a violação as normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2010;20(2): 625-651.

82 Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection.* 2009;73: 305-315.

83 Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009;21(3): 276-282.

84 Yamamoto DM, Oliveira BRG, Vieira CS, Collet N. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. *Contexto Enferm.* Florianópolis. 2009;18(2): 224-232.

85 Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(1): 84-90.

86 Bergan C, Bursztyn I, Santos COM, Tura LFR. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. *Rev Gaucha Enferm.* Porto Alegre(RS). 2009;30(4): 656-661.

87 Soares MF, Leventhal LC. A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. *Cienc Cuid Saúde.* 2008;7(3): 327-332.

88 Rossi CS, Rodrigues BMRD. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(5): 640-645.

89 Quirino DD, Collet Neusa. “Fácies” do trabalho de enfermagem na assistência a criança hospitalizada. *Rev Eletr Enferm.* 2009;11(3): 681-700.

- 90 Araujo YB, Collet N, Moura FM, Nóbrega RD. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. *Contexto Enferm. Florianópolis*. 2009;18(3): 498-505.
- 91 Joint Commission Resources (JCR). Meeting the Joint Commission's 2011 National Patient Safety Goals. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (The Joint Commission). Illinois (USA); 2010.
- 92 Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1): 48-56.
- 93 Ques AAM, Montoro CH, Gonzales MG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010;18(3): 42-49.
- 94 Pedreira MLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. *Acta Paul Enferm*. 2009;22:880-881.
- 95 Pinheiro R, Asensi FD. Desafios e estratégias de efetivação do direito a saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2010;20(1): 15-17.
- 96 Benson A. Creating a culture to support patient safety: the contribution of a multidisciplinary team development programme to collaborative working. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ)*. 2010;104: 10-17.
- 97 Smith JR, Cole FS. Patient safety: effective interdisciplinary teamwork through simulation and debriefing in the neonatal ICU. *Crit Care Nurs Clin N Am*. 2009;21: 163-179.
- 98 Morgan H. Single and shared accommodation for young patients in hospital. *Paediatric Nursing*. 2010;22(8): 20-24.
- 99 Rabelo AHS, Souza TV. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: contribuições para a enfermagem pediátrica. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2009;13(2): 271-278.
- 100 Sandora TJ. Prevention of healthcare-associated infections in children: new strategies and success stories. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2010;23: 300-305.
- 101 World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Who patient safety curriculum guide for medical schools. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2008.
- 102 Lobo MSC, Lins MPE, Silva ACM, Fiszman R. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. *Rev Saúde Publica*. 2010;44(4): 581-590.
- 103 Feldman LB, Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(4): 540-545.
- 104 Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2): 213-219.

- 105 Cardoso GB, Silva ALA. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias do cuidado. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro. 2010;18(3): 451-455.
- 106 Matos E, Pires DEP, Sousa GW. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. Brasília. 2010;63(5): 775-781.
- 107 Cassiani SHB, Gimenes FRE, Monzani AAS. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. *Rev Eletr Enferm*. 2009;11(2): 413-417.
- 108 Pauly-O'Neill S. Beyond the five rights: improving patient safety in pediatric medication administration through simulation. *Clinical Simulation in Nursing*. 2009;5: 181-186.
- 109 Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem a luz dos referenciais bioéticos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(3): 27-33.
- 110 Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2): 287-294.
- 111 Martins CBG, Andrade SM. Estudo descritivo de quedas entre menores de 15 anos no município de Londrina (PR, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(2): 3167-3173.
- 112 Milutinovic D, Martinov-Cvejin M, Simic S. Patients' falls and injuries during hospitalization as quality indicators of work in hospitals. *Med Pregl*. 2009;LXII(5-6): 249-257.
- 113 Nóbrega RD, Collet N, Gomes IP, Holanda ER, Araujo YB. Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. *Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 2010; 19(3): 425-433.
- 114 Stremler R, Dhukai Z, Wong L, Parshuram C. Factors influencing sleep for parents of critically ill hospitalized children: a qualitative analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011;27: 37-45.
- 115 Wischet W, Schusterschitz C. Quality management and safety culture in medicine – do standard quality reports provide insights into the human factor of patient safety? *GMS – German Medical Science*. 2009;7: 1-8.
- 116 Belela ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Revelação da ocorrência de erro em unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(3): 257-263.
- 117 Tavares FM. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Revista Brasileira de educação médica*. 2007;31(2): 180-185.
- 118 Bohomol E, Ramos LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Rev Bras Enferm*. Brasília. 2007;60(16): 32-36.

- 119 Turrini RNT. Programa de controle de infecção hospitalar: problemas na implementação em hospitais do município de São Paulo. *Acta Paul Enf. São Paulo*. 2004;17(3): 316-324.
- 120 Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2): 429-437.
- 121 Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(2): 156-165.
- 122 Setz VG, D.Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3): 313-317.
- 123 Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. *Rev Eletr Enferm*. 2010;12(3): 422.
- 124 Maamoun J. An introduction to patient safety. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. 2009;40: 123-133.
- 125 Ocloo JE. Harmed patients gaining voice: challenging dominant perspectives in the construction of medical harm and patient safety reforms. *Social Science & Medicine*. 2010;71: 510-516.
- 126 Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(4): 975-986.
- 127 Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir praticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(1): 48-51.
- 128 Morath JM, Hain PD, Deshpande JK, Gitlin JD, Churchwell KB. Patient safety as an academic discipline. *The Journal of Pediatrics*. 2009;155(3): 303-304.
- 129 Ruiz DG, Farenzena GJ, Haeffner LSB. Internato regional e formação medica: percepção da primeira turma pos-reforma curricular. *Revista Brasileira de Educação Medica*. 2010;34(1): 21-27.

## APÊNDICE A – Roteiro de pesquisa – acompanhantes

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

### Caracterização dos participantes:

Sexo	
Idade	
Tem companheiro(a)	
Procedência	
Ocupação	
Anos de Estudo	
Parentesco com a criança	
Renda Familiar (R\$)	

### **Questões norteadoras:**

- 01) Há quanto tempo você está cuidando de seu filho aqui no hospital? Conte-me como está sendo a hospitalização do seu filho?
- 02) Você considera o hospital um local seguro para o tratamento e cuidado do seu filho?
- 03) O que é bom e o que não é tão bom e lhe incomoda aqui em relação ao cuidado com o seu filho?
- 04) Já aconteceu alguma coisa que lhe incomodou durante hospitalização de seu filho? Caso não, se acontecesse qual seria a sua postura/atitude?
- 05) Quando você precisa se afastar de seu filho, o que costuma fazer? Qual o papel da(o) acompanhante da criança na hospitalização?
- 06) O que poderia ser feito aqui para que o cuidado a seu filho fosse como você desejasse? Como deveria ser encaminhado? O que lhe traria mais tranquilidade na hospitalização?
- 07) O que lhe traria tranquilidade em relação a sentir que seu filho está seguro e protegido num ambiente como esse?
- 08) Em uma palavra como você definiria proteção e segurança numa hospitalização?

**APÊNDICE B – Roteiro de pesquisa – profissionais**

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

Caracterização do(a) participante:

Profissão: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de Experiência: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação: \_\_\_\_\_

Setor de Atuação: \_\_\_\_\_

Questões Norteadoras:

- 1) Você considera o hospital um ambiente seguro para o cuidado em saúde? Por que?
- 2) Conte-me o que você compreende por eventos adversos na sua prática profissional?
- 3) Na sua prática profissional você sendo o autor ou tendo presenciado por um dos membros da equipe, a possibilidade de um evento adverso, qual a sua ação ou encaminhamento?
- 4) Que estratégias você utiliza no seu cotidiano para garantir a segurança e a proteção da criança hospitalizada?
- 5) Que ações educativas poderiam ser implementadas para a discussão sobre proteção e segurança da criança? Como poderiam ser encaminhadas?



## APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

### PROJETO DE PESQUISA: **Proteção e Segurança da Criança Hospitalizada: circunstâncias de cuidado**

A segurança do paciente é uma temática nova para área da saúde e é proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2002, a qual criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente com o objetivo principal de mobilizar esforços globais para a segurança do cuidado em saúde para todos os pacientes hospitalizados. Desta forma, a presente investigação se justifica a medida que se vivencia uma transformação mundial voltada para a segurança do paciente nos cenários de atenção em saúde.

Os objetivos do estudo são: observar e identificar nos cenários de cuidado as circunstâncias que predispõem a criança hospitalizada à eventos adversos; analisar como os usuários/familiares e profissionais da saúde reconhecem os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado; e analisar as circunstâncias de cuidado que culminam em eventos adversos sob a ótica da segurança e proteção da criança hospitalizada.

A participação na pesquisa se dará por meio de entrevistas e participação em grupos de discussão previamente agendados. O local para realização da entrevista ou grupo será reservado e garantirá a privacidade dos participantes. As informações serão gravadas em meio eletrônico e guardadas por cinco anos, após serão destruídas.

Todas as informações coletadas de identificação pessoal serão tratadas confidencialmente. Os resultados deste estudo serão usados para fins científicos, mas você não será identificado(a) por nome, sendo garantido seu anonimato em todos os momentos da coleta dos dados.

Os pesquisadores não irão interferir nas rotinas e dinâmicas de trabalho dos profissionais de saúde e nem no tratamento e cuidado da criança hospitalizada.

O estudo não prevê nenhum risco aos participantes e/ou responsáveis, poderá, no entanto, apresentar algum tipo de desconforto aos participantes pelos temas envolvidos. A participação é voluntária e livre.

Os principais benefícios que se pode obter estão relacionados à qualidade do cuidado em saúde oferecido aos usuários dos serviços, bem como a criação de medidas para garantir a segurança da criança hospitalizada apontando, portanto, indicadores qualitativos para a assistência.

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA  
20.105.12010  
ME 100085

Em caso de qualquer dúvida quanto à pesquisa ou sobre os seus direitos, você poderá contatar com a profª. Drª. Eva Neri Rubim Pedro, pesquisadora responsável, pelo telefone (51) 33085089, ou email [evapedro@enf.ufrgs.br](mailto:evapedro@enf.ufrgs.br), ou com o Profº. Ddo. Wiliam Wegner, pelo telefone (51) 9197 4735, ou email [wiliamwegner@yahoo.com.br](mailto:wiliamwegner@yahoo.com.br).

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação e esclareci minhas dúvidas. Sei em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. A Profª Drª. Eva Neri Rubim Pedro (Pesquisador Responsável) e o Profº. Ddo. Wiliam Wegner (Pesquisador Auxiliar) certificaram-me de que todos os dados de identificação pessoal desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento durante qualquer etapa da investigação. Assim, declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pelo \_\_\_\_\_ enquanto eu estava presente.

---

Participante

Pesquisador Responsável

Profª. Orientadora

Em caso de qualquer dúvida quanto às questões éticas poderei entrar em contato com o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone 3359 8304.

OBS: Este projeto segue as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos conforme Resolução 196/96 do CNS.

HCPA / GPPG  
 VERSÃO APROVADA  
 20.05.2020  
 ME 100085

**ANEXO A – Aprovação na COMPESQ**

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**CARTA DE APROVAÇÃO**

Projeto: Nº PG 57/09

Versão 12/2009

Pesquisadores: Wiliam Wegner e Eva Rubim Pedro

Título:.. PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA:  
CIRCUNTÂNCIAS DE CUIDADO.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 23 de DEZEMBRO de 2009.

  
\_\_\_\_\_  
Profª Dra Maria da Graça Crossetti  
Coordenadora da COMPESQ

**ANEXO B – Aprovação no HCPA****HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 100085      **Versão do Projeto:** 18/03/2010      **Versão do TCLE:** 18/03/2010

**Pesquisadores:**

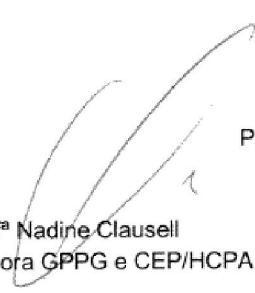
WILIAM WEGNER

EVA NERI RUBIM PEDRO

**Título:** PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: Circunstâncias de Cuidado

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 20 de maio de 2010.

  
Profª Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA