



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Luana Marques da Silva

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA/ACOMPANHANTE NA ASSISTÊNCIA SEGURA
AO PACIENTE PEDIÁTRICO**

Florianópolis

2019

Luana Marques da Silva

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA/ACOMPANHANTE NA ASSISTÊNCIA SEGURA
AO PACIENTE PEDIÁTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso I (NFR5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Kuerten Rocha.

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Izabel Jatobá de Souza

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Luana Marques

Participação da família/acompanhante na assistência segura ao paciente pediátrico / Luana Marques Silva ; orientador, Patrícia Kuerten Rocha, coorientador, Ana Izabel Jatobá de Souza, 2019.

90 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

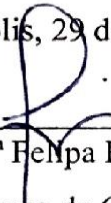
1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente . 3. Familiar/acompanhante. 4. Enfermagem Pediátrica. 5. Hospitalização. I. Kuerten Rocha, Patrícia . II. Jatobá de Souza, Ana Izabel. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Luana Marques da Silva

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA/ACOMPANHANTE NA ASSISTÊNCIA SEGURA
AO PACIENTE PEDIÁTRICO**

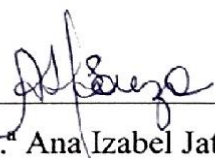
Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 29 de outubro de 2019

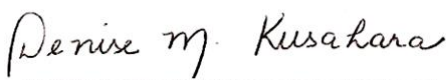


Prof.^a Dr.^a Felipa Rafaela Amadigi,
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

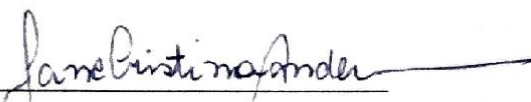
Banca Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Ana Izabel Jatobá de Souza
Co-orientadora e Presidente



Prof.^a Dr.^a Denise Miyuki Kusahara
Membro Efetivo



Prof.^a Dr.^a Jane Cristina Anders
Membro Efetivo

Dedicatória

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso, aos meus pais Elio e Mariléia, e minha irmã Layla, que estiveram ao meu lado durante esta caminhada me apoiando e tornando possível a realização deste sonho. Dedico este trabalho também a todos pais, familiares e acompanhantes de crianças que já precisaram de internação hospitalar por algum motivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** por me permitir realizar este sonho, dando amparo e força nesta caminhada. Apesar dos muitos momentos atormentadores, sempre me lembrei do verso bíblico: “*Não temas, porque eu sou contigo*” (Is 41:10a) e me mantive firme nesta jornada pois sabia que Tu estavas comigo, mesmo nos piores momentos. Toda honra e toda glória seja dada a ti Senhor!

Aos meus pais **Elio** e **Mariléia**, que apesar do medo de me deixarem sair de casa para vir em busca do meu sonho, sempre me incentivaram a lutar pelo mesmo. Muito obrigada por entenderem meus medos, minhas angústias, e mesmo assim não me deixarem desistir. Obrigada por mostrarem que apesar de tudo, vocês jamais me abandonariam nesta caminhada sozinha.

À minha irmã **Layla Marques**, que mesmo ainda criança se preocupava comigo. Obrigada por me ter como exemplo, sem dúvidas, você foi mais um dos motivos pelo quais eu não desisti do meu sonho. Parte desta vitória é tua, que sempre se orgulhou de mim. Foi por ti que me mantive firme todo esse tempo e é tu minha maior motivação de continuar lutando por meus sonhos!

Às minhas irmãs de coração que ganhei nesta caminhada, **Marília Ribeiro** e **Geovana Pflieger**. Obrigada por me acolherem e terem permitido participar da família de vocês que hoje são, também, minha família. Irmãs, vou levar vocês no coração sempre!

Aos amigos que foram essenciais nesta caminhada, **Aliny**, **Camila Simas**, **Larissa**, **Morgana**, **Nolly**, **Franciny**, **Sara**, **Lucas Bernardo**, **Maria Eduarda**, **Sandi**, **Ruan**, **Camila**, **Karina** e **Gustavo**. Às amigas que a moradia me deu, **Vanessa**, **Lurian**, **Jennifer** e **Gabriele**, que me acolheram de forma tão humana. Vocês me deram forças nesse último ano e tornaram a caminhada mais leve. Obrigada pelos momentos de alegria, os abraços, conselhos e todo carinho!

Às parceiras e amigas do último estágio da graduação, **Amanda**, **Jakeliny** e **Carolina**. Obrigada por enfrentarem comigo as dificuldades que surgiram ao longo do caminho. Foi muito mais tranquilo finalizar essa etapa sabendo que poderia contar com vocês. Vou lembrar pra sempre da nossa parceria!

À minha orientadora **Patrícia Kuerten Rocha**, por ser antes de tudo, minha amiga! Obrigada pelos puxões de orelha, pelos ensinamentos, pelas dicas e por todo conhecimento transmitido. E muito obrigada por confiar em mim, quando nem eu mesma confiava. Aprendi muito com isso, cresci como profissional e como pessoa.

À minha co-orientadora **Ana Izabel Jatobá de Souza**, por aceitar ser minha parceira e ouvir meus desabaços durante esta jornada. Obrigada também pelas oportunidades que me apresentou na vida pessoal.

A todos os **Colegas da Turma 14-2** que me acompanharam e ajudaram nos momentos mais difíceis da graduação e aos **Colegas da Turma 15-1** que me acolheram de braços abertos e com muito carinho quando cheguei na turma.

A todos os membros do **GEPESCA** pelos ensinamentos na área da pesquisa, pela troca de experiências e conhecimentos.

A toda à **Equipe da Unidade D e Unidade E do HIJG**, que me apoiaram e auxiliaram durante os meses de coleta de dados. Obrigada por se preocuparem comigo e por sanarem minhas dúvidas durante os dias de entrevistas.

À colega de curso **Hemilly Heidemann** que se mostrou disposta e super empenhada em me ajudar na coleta de dados. Obrigada por disponibilizar seu tempo para me ajudar em um momento tão importante desta jornada.

A todos os membros **Fundadores da LAENP**, Ana Fernanda, Camila, Nolly, Ramon e Talita; e também aos **demais membros da LAENP**. Obrigada por estarem comigo nestes últimos anos da graduação, por ouvirem meus desabaços e terem me ajudado a chegar ao fim. Juntos fizemos parte de um sonho que se tornou realidade!

À **Banca Examinadora** pelas contribuições e colaborações para que o trabalho ficasse o mais completo possível.

A todos os **Familiares/Acompanhantes** que aceitaram participar da minha pesquisa, agradeço a participação e disponibilidade.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: a segurança do paciente é caracterizada pela ausência de danos evitáveis e redução do risco de danos desnecessários durante a assistência em saúde. Na hospitalização infantil muitos fatores estão envolvidos na segurança do paciente pediátrico, em função das especificidades relacionadas ao estágio de desenvolvimento da criança, peso, idade, área corporal e condições clínicas. A assistência segura ao paciente pediátrico visa prevenir e/ou diminuir os erros, bem como analisar os fatores que levaram à ocorrência dos mesmos, a fim de implementar medidas de melhorias garantindo uma assistência segura. **Objetivo:** identificar como ocorre a participação do familiar/acompanhante na assistência segura durante a hospitalização da criança em Unidades de Internação Pediátrica. **Método:** estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, desenvolvido utilizando uma entrevista semiestruturada. A amostra foi intencional, não probabilística, composta por 91 familiares/acompanhantes que aceitaram participar da pesquisa e atenderam os critérios de inclusão. A coleta de dados ocorreu de março a maio de 2019, tendo como local um Hospital Pediátrico do Estado de Santa Catarina, Brasil. O estudo seguiu os princípios éticos da Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e do local do estudo. Para análise, os dados foram codificados e organizados em planilha no programa Microsoft Office Excel® e, realizada análise estatística descritiva. **Resultados:** participaram do estudo 91 familiares/acompanhantes, em sua maioria eram representados pelas mães e a média de idade foi de 31 anos. A média de idade das crianças internadas foi de dois anos, sendo 57 do sexo masculino, com diagnósticos predominante de problemas respiratórios. Os resultados foram divididos em três tópicos, sendo apresentados dados relacionado à comunicação eficaz, terapia medicamentosa e procedimentos corretos. Destes se destaca, quanto à comunicação, 60,4% dos familiares/acompanhantes não participaram nas tomadas de decisão com a equipe; em relação a existência de problemas de comunicação entre o familiar/acompanhante com a equipe de saúde 86 participantes responderam que não possuíam. Relacionado à medicação, 85 familiares/acompanhantes acham importante acompanhar a administração de medicamento e acreditam que estar presente neste momento é importante; 69 questionam os profissionais quanto aos medicamentos administrados. Quanto aos procedimentos corretos, 75,8% dos familiares/acompanhantes questionam os profissionais sobre o procedimento a ser realizado; a maioria dos participantes, ou seja, 81 não manipulam os equipos de soro e 10 manipulam. **Considerações finais:** os resultados mostram que os familiares/acompanhantes vem participando na assistência de maneira geral, porém há necessidade de maior participação em momentos específicos com o propósito de serem barreiras de segurança e participarem de forma ativa nas tomadas de decisão no intuito de haver uma assistência segura à criança. **Palavras-chave:** Segurança do Paciente. Familiar/acompanhante. Pediatria. Enfermagem. Enfermagem Pediátrica. Hospitalização.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Representação do Modelo do Queijo Suíço, de Wachter (2013).....	20
--	----

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 01

- Tabela 1-** Caracterização das crianças de acordo com unidade de internação, idade, sexo, tempo de internação, internações anteriores, hospital que já internou anteriormente. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.....49
- Tabela 2-** Motivo de internação da criança agrupados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).....50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
EA	Evento Adverso
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
ICPS	International Classification for Patient Safety
IOM	Institute of Medicine
JCI	Joint Commission International
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
LILACS	Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NUSEP	Núcleo de Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SOBRASP	Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIP	Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos
UIP	Unidade de Internação Pediátrica
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO GERAL	17
3. REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	18
3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO	24
3.3 PRESENÇA DE FAMILIARES/ACOMPANHANTES DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO	30
4. METODOLOGIA	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 LOCAL DE ESTUDO	34
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	35
4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO	35
4.5 COLETA DOS DADOS	42
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	43
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
5. RESULTADOS	44
5.1 MANUSCRITO 1 - ASSISTÊNCIA SEGURA POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE NA HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	75
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	75
APÊNDICE B -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81
ANEXOS	83
ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEPUFSC	83
ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do CEP-HIJG	86

1. INTRODUÇÃO

A assistência em saúde se caracteriza como uma ação de grande complexidade que necessita de conhecimento técnico científico, competências e habilidades para ser desenvolvida e, ainda assim, pode resultar em erro. Os erros muitas vezes ocorrem pois a assistência é realizada sob pressão e estresse visto que envolve convívio humano, uso de alta tecnologia e tomada de decisão (SIMAN, 2016).

Apesar do crescimento considerável de pesquisas e iniciativas na área de saúde realizadas desde as últimas décadas, os erros e eventos adversos continuam crescendo globalmente e provocando enorme peso econômico e social. A experiência internacional tem apontado que os esforços devem se concentrar no provimento de um ambiente de trabalho mais seguro com intuito de reduzir ou amenizar os erros e seus impactos (DIMOVA; STOYANOVA; DOYKOV, 2018). A segurança do paciente é, então, o primeiro objetivo comum à toda equipe de saúde que presta cuidados e, deve ser uma prioridade nas condutas realizadas em um hospital (PARK; KIM, 2019).

Assim, segurança do paciente é caracterizada pela ausência de danos evitáveis e redução do risco de danos desnecessários durante o processo de assistência em saúde. Neste processo cada ação possui certo grau de insegurança intrínseco, portanto é necessário garantir melhorias sustentáveis e significativas por meio de políticas claras, capacidade de liderança organizacional, com dados que impulsionem melhorias de segurança, profissionais de saúde qualificados e envolvimento ativo de pacientes e seus familiares sob seus cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Estimativas mostram que em países de alta renda, um em cada 10 pacientes tem algum prejuízo durante o atendimento hospitalar. Estudo entre frequência e evitabilidade de eventos adversos em 26 países de baixa e média renda demonstrou uma taxa de eventos adversos de cerca de 8%, dos quais 83% poderiam ter sido evitados e 30% acarretaram em mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Para facilitar o desenvolvimento da política e prática de segurança do paciente criou-se, em 2004, a *World Alliance for Patient Safety*, uma Aliança Internacional que aborda a segurança do paciente como uma questão de importância global. Esta tem como objetivo promover o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências, elaboração de normas para a prestação de assistência mais segura aos pacientes, criar classificações globais para erros e apoiar a partilha de conhecimentos sobre segurança do paciente. Ainda, defende uma melhor compreensão das razões para a assistência insegura e identifica medidas preventivas mais eficazes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A *World Health Organization* (WHO) recomenda como uma das iniciativas para garantir a segurança do paciente, o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilidade do próprio paciente e acompanhante no processo de tratamento, recuperação e cura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Visando diminuir o número de erros e incidentes a *World Health Organization* (WHO) criou o programa Pacientes para a Segurança do Paciente (PFPS) que tem como objetivo agrupar a voz do paciente, da família e da comunidade em todos os níveis de atenção através do engajamento e do empoderamento. Os objetivos visam assegurar que os pacientes tomem posse de seus cuidados; conduzir as vozes dos pacientes e da família à frente dos cuidados de saúde; e estabelecer parcerias entre pacientes, famílias e comunidades com profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Ainda em âmbito internacional, desde 2002, a *Joint Commission* auxilia os pacientes a se engajarem em seus próprios cuidados distribuindo materiais educativos por meio do programa *SpeakUp*. O objetivo do programa é auxiliar os pacientes e seus familiares a se tornarem ativos em seus cuidados. Atualmente, em maio de 2018 a Comissão Conjunta da *Joint Commission* reformulou o programa, baseada em pesquisa de mercado nacional realizada em 2017 através do feedback de pacientes e seus familiares sobre o programa (THE JOINT COMMISSION, 2018a).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013 com o objetivo de contribuir para a qualificação da assistência em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional. Dentre os objetivos específicos há o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente e produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Estudo realizado na Dinamarca com participação de pacientes oncológicos, mostrou que a segurança não era um item que ganhava atenção especial dos pacientes e não era objeto de discussão entre profissionais de saúde e pacientes. No entanto, profissionais e pacientes asseguraram que o envolvimento do mesmo na assistência é importante, pois aumenta a segurança da assistência prestada. Destacou-se como limitação para o paciente participar do envolvimento no cuidado o conhecimento limitado sobre conceitos de segurança do paciente, desconhecimento de técnicas específicas de envolvimento do paciente na sua segurança, entre outras (MARTIN; NAVNE; LIPCZAK, 2013).

Pacientes e familiares possuem um papel importante na seguridade da assistência em saúde, atuando como contribuintes, identificadores e moderadores dos erros. As crianças

possuem um risco aumentado de sofrerem danos, no entanto possuem um importante fator de proteção que são suas famílias. As famílias estando informadas e empoderadas podem ser protetoras de seus filhos e ajudarem a evitar que os erros aconteçam e prejudiquem a criança, atuando assim como rede de segurança contra erros (REES et al., 2018).

Diante dos inúmeros riscos de erros que as crianças estão expostas é importante garantir o direito de atenção e assistência segura às mesmas e seus familiares enquanto hospitalizadas, principalmente pelo fato de que muitos fatores podem levar ao surgimento de eventos adversos, prejudicando a recuperação da saúde (PERES et al., 2018).

A partir disto, verifica-se que a assistência pediátrica merece atenção especial, pois a população mundial é constituída em 26% por crianças e a incapacidade das mesmas em fornecer informações de saúde e comunicarem queixas, bem como as diferenças anatômicas e fisiológicas próprias da idade, as características físicas e de desenvolvimento, as variações na dosagem de medicação baseada no peso e nas necessidades de equipamento baseado em tamanho são fatores que aumentam os desafios que podem levar a ocorrência de erros (PERLROTH; BRANCO, 2017).

Estudo que analisou 100 prontuários de pacientes pediátricos com alta hospitalar, mostrou que 20 deles sofreram eventos adversos, destes 10 pacientes tiveram um evento adverso e quatro pacientes tiveram dois ou três eventos adversos durante o período de internação. Os pacientes que comportaram eventos adversos tiveram tempo médio de internação significativamente maior no hospital e maior taxa de mortalidade. Dos 20 eventos adversos, 9 (45%) não eram evitáveis e 11 (55%) eram evitáveis (STROUPE et al., 2018).

Ainda, em outro estudo que analisou erros de cuidados em saúde envolvendo crianças relatados pelos pais, mostrou que 34 pais (8,9%) referiram 37 problemas de segurança durante a internação da criança. No geral, 57% dos erros referidos pelos pais também foram reconhecidos na revisão do prontuário e 43% não foram registrados no prontuário. Dos erros cometidos, 30,4% foram considerados prejudiciais e estavam relacionados ao diagnóstico, medicação, procedimentos, entre outros cuidados (KHAN et al., 2016).

Portanto, a internação de uma criança gera sentimentos de ansiedade tanto para a mesma, como para os familiares/acompanhantes e profissionais de saúde. A partir disto, a família vivencia períodos de insegurança relacionado ao quadro clínico da criança, o que torna necessário a promoção de condições saudáveis de desenvolvimento para a mesma. E, tais condições podem ser alcançadas com a presença da família durante o processo da hospitalização, sendo esta um facilitador para a assistência, gerando a necessidade de

interação entre a tríade, ou seja, criança, família e equipe de saúde (AZEVEDO; JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

Portanto, o acompanhante da criança é compreendido como a pessoa que permanece com a mesma no momento da hospitalização. Este pode ser alguém significativo à criança, não necessariamente possuindo grau de parentesco, mas que transmita segurança e confiança à mesma (RODRIGUES, 2016).

No Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, por meio da Lei Nº 8.069 que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, considerando criança a pessoa até 12 anos incompletos ampliou e consolidou o direito à assistência à saúde da criança e do adolescente. Além disso, os pais adquiriram o direito de permanecer com seus filhos durante todo o processo da hospitalização, direito este assegurado no Capítulo I, Art. 12 que diz: “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990, p. 04).

A presença e a participação dos familiares/acompanhantes na assistência às crianças hospitalizadas permitem aproximação com os profissionais de saúde, e isto se acentua quando existe uma comunicação adequada e segura, havendo a partir disto, redução da ansiedade dos familiares e maior envolvimento destes na assistência, o que favorece adesão ao tratamento, enfrentamento da doença e autonomia. Assim, a presença dos mesmos é dita como fonte de proteção e segurança para a criança (MELO et al., 2014).

Devido ao envolvimento emocional e cuidados físicos que os familiares/acompanhantes têm com a criança, acredita-se ser mais fácil a compreensão das orientações prestadas para que estes realizem as medidas de segurança. Portanto, é importante ressaltar que todos os acompanhantes, sejam pais ou outros familiares, devem ser orientados, para assim, ficarem cientes das medidas de proteção para segurança do paciente pediátrico durante a internação hospitalar (BANDEIRA et al., 2017).

Apesar da proposta da presença dos familiares/acompanhantes durante o período de internação ser uma estratégia importante, os mesmos não têm explícito qual seu papel nesse processo e o que deles é esperado nas unidades pediátricas. Esta falta de compreensão dos papéis que devem ser assumidos dificulta o atendimento seguro e a recuperação da criança (MARTINS; AZEVEDO; AFONSO, 2018).

Portanto, esta pesquisa visa responder: como ocorre a participação do familiar/acompanhante na assistência segura durante a hospitalização da criança em Unidades de Internação Pediátrica?

2. OBJETIVO GERAL

Identificar como ocorre a participação do familiar/acompanhante na assistência segura durante a hospitalização da criança em Unidades de Internação Pediátrica.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Esta pesquisa foi realizada por meio de uma revisão narrativa da literatura, em que se buscou artigos científicos nas bases de dados: *Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)*, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, *Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, tendo os seguintes Descritores em Ciências da Saúde e palavras-chave: segurança do paciente, familiar/acompanhante, pediatria, Enfermagem, Enfermagem Pediátrica e hospitalização. Buscou-se também Resoluções, Normativas, Políticas e Leis sobre a temática.

A revisão foi realizada no período de janeiro a agosto de 2019, com intuito de aprofundar os conhecimentos na temática a ser pesquisada e obter informações sobre os estudos que vem sendo realizados sobre a mesma.

Cabe destacar, que a revisão narrativa é um o tipo de revisão tradicional e exploratória, onde não existe a definição de critérios explícitos e a seleção dos artigos é realizada de forma aleatória, sem seguir uma sistemática. O autor pode incluir documentos de acordo com seu viés, o que lhe permite esgotar as fontes de informação (FERENHOF; FERNANDES, 2016).

Para facilitar a leitura e entendimento, a revisão foi distribuída em três tópicos: Segurança do Paciente; Segurança do Paciente Pediátrico; e, Presença de familiares/acompanhantes durante a hospitalização.

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

No século IV a.C., Hipócrates considerado o Pai da Medicina, num contexto de saúde rudimentar comparado com o elevado nível de tecnociência atual, escreveu: “Nunca cause dano a ninguém”, mais tarde traduzido como “*Primum non nocere*” ou “Primeiro não causar dano” (LIMA JUNIOR; GERHARDT, 2017, p. 01). Nesta frase escrita há 2 mil anos é possível perceber que há uma preocupação milenar com a segurança do paciente, e que a assistência é passível de erros.

Abordando o tema, em 1863, Florence Nightingale, precursora da Enfermagem, focou em suas publicações sobre o não causar danos durante a assistência em saúde. E, em seu livro *Notes on Hospitals* há refletido sobre a importância disto quando coloca: “pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes” (PASSOS et al., 2016, p. 02).

Após participar da Guerra da Crimeia (1854-1856) analisando os dados de mortalidade das tropas britânicas, Florence também propôs mudanças na higiene dos pacientes e ambiente, e na organização dos hospitais. Estas mudanças resultaram em significativa redução no

número de óbitos dos pacientes internados. Deste modo, Florence a partir dos fatos observados classificou algumas medidas como primordiais na assistência em saúde, buscando ações e estabelecendo indicadores que ajudaram a reduzir a morbimortalidade (ANVISA, 2013).

Quase um século à frente, em 1910, Ernest Codman, cirurgião de um Hospital nos Estados Unidos da América (EUA), argumentava que, para alcançar melhores resultados na assistência aos pacientes, era necessário melhorar as condições dos hospitais. Propôs então o primeiro método de monitoramento da efetividade dos resultados da assistência. A partir de seus estudos influenciou o Colégio Americano de Cirurgiões, que em 1917 criou o primeiro elenco de padrões hospitalares (ANVISA, 2013).

O estabelecimento dos padrões hospitalares resultou na criação do Programa de Padronização Hospitalar (PPH), em 1924, onde estão definidos um conjunto de cinco padrões para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Um dos padrões referia-se ao prontuário do paciente, que deveria conter os dados de identificação, queixa, história pessoal e familiar, história da doença atual, exames clínicos, tratamento e evolução clínica, diagnóstico final e condição de alta (PINTO, 2015). A partir disto, verifica-se que já havia uma preocupação com o tema, mesmo não sendo declaradamente utilizado o termo segurança do paciente na época.

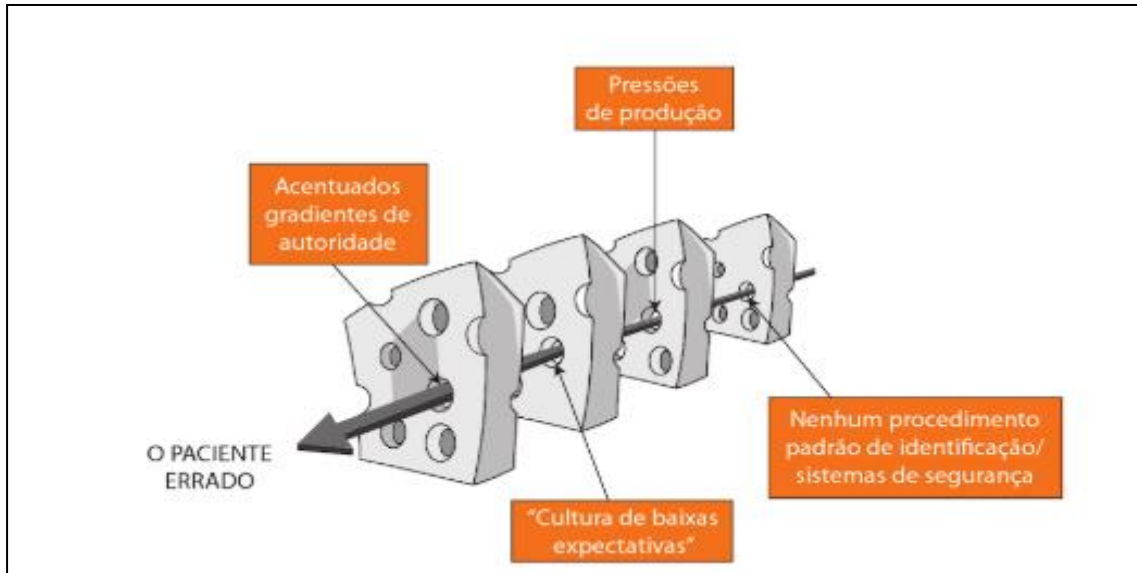
Em 1951, foi criada em âmbito internacional a *Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO), que tem como objetivo melhorar a assistência em saúde. Com colaboração de partes interessadas, avalia organizações de assistência em saúde e inspira-os a destacar-se no fornecimento de assistência segura e eficaz da mais alta qualidade e valor (THE JOINT COMMISSION, 2018a).

James Reason, psicólogo britânico, fez o primeiro relatório sobre segurança do paciente denominado *Human Error*, em 1990, onde mostra que o erro pode ser decorrente de falhas de sistema e por isso deve ser abordado integralmente. A partir de inúmeras investigações sobre acidentes cria o “Modelo do Queijo Suíço” (Figura 1) onde enfatiza que em organizações complexas um erro ativo (na ponta) é o resultado de uma sequência alinhada de erros latentes. Um erro na ponta raramente causa danos, porém vários erros latentes podem ter um resultado devastador (WACHTER, 2013).

Reason (2000), em seu estudo destaca a necessidade de concentrar menos esforços no objetivo de tentar aperfeiçoar o comportamento humano e mais no objetivo de diminuir os erros latentes (buraco no queijo suíço), e criar várias camadas de proteção para diminuir a probabilidade de que os buracos se alinhem e permitam a passagem de um erro. Enfatiza

então, que a análise dos erros precisa se concentrar em suas “raízes”, ou seja, em todas as condições subjacentes que tornaram o erro possível (REASON, 2000).

Figura 1 – Representação do Modelo do Queijo Suíço, Wachter (2013).



Fonte: Compreendendo a Segurança do Paciente. Robert M. Wachter (2013)

Este estudo de Reason tornou-se notório quando o *Institute of Medicine* (IOM) publica o livro *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é Humano: construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), em 1999. A partir da publicação do livro revelou-se uma alta taxa de mortalidade nos hospitais dos EUA, esta estava entre 44 mil e 98 mil mortes por ano ocorridas de erros na assistência à saúde, o que tornou isto um problema de saúde pública e, motivou o início de um movimento mundial de segurança do paciente (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Em 2002, a 55ª Assembleia Mundial da Saúde adotou a Resolução WHA 55.18, solicitava aos Estados Membros prestar maior atenção ao problema de segurança do paciente e fortalecer sistemas baseados em evidências necessários para melhorar a segurança do paciente e a qualidade da assistência de saúde. Depois disso, a 57ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2004, apoiou a criação da *World Alliance for Patient Safety*, uma Aliança Internacional para facilitar o desenvolvimento da política e prática de segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A *World Alliance for Patient Safety* aborda a segurança do paciente como uma questão de importância global. A Aliança é responsável pelas seguintes atividades: avaliar e compreender os problemas de assistência insegura; desenvolver normas e estabelecer padrões para reduzir danos; melhorar o acesso ao conhecimento, utilizar e avaliar o impacto;

promover a inovação e sustentar o compromisso e fortalecimento da capacidade de Segurança do Paciente em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Segundo a *World Health Organization* (WHO) segurança do paciente é definida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado a assistência em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). A segurança é uma dimensão de qualidade crítica e decisiva para os pacientes. O desenvolvimento contemporâneo na área de segurança do paciente permitiu um novo olhar sobre a assistência em saúde, influenciado por disciplinas de outros campos de conhecimento que passaram a estudar o erro humano, os acidentes e sua prevenção. Portanto, a segurança do paciente representa uma importante contribuição para melhoria da assistência em saúde (ANVISA, 2013).

Pelo fato do tema segurança do paciente ser uma área de estudos relativamente nova, a *World Alliance for Patient Safety* definiu, harmonizou e agrupou conceitos de segurança do paciente em uma classificação internacional através da *International Classification for Patient Safety* (ICPS) que tem como objetivo permitir a categorização da informação sobre segurança do paciente utilizando conceitos com terminologia própria baseados numa ontologia de domínio explícita, contendo 48 conceitos-chave (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Segundo a ICPS erro é uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a ação errada (erro de ação) ou por falha em realizar a ação certa (erro de omissão). O incidente é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente com danos (evento adverso). Portanto, um evento adverso é um incidente que resulta em danos para o paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Devido aos fatos e consequências decorrentes de erros humanos a *Joint Commission International* (JCI) lançou em 2011 o *International Patient Safety Goals* (IPSG) (Objetivos Internacionais para Segurança do Paciente), contendo seis metas. São elas: identificar corretamente os pacientes; melhorar a comunicação eficaz; melhorar a segurança de medicamentos de alto risco; garantir a segurança da cirurgia; reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde; e, reduzir o risco de danos ao paciente resultante de quedas. Estas metas precisam ser seguidas pelas instituições que são acreditadas pela JCI e se comprometem com a mesma (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2019).

Em âmbito nacional, em 2002, criou-se a Rede Sentinela que possui iniciativas específicas no campo da segurança do paciente, onde as instituições trabalham com

gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias de saúde. Tem como objetivo o fortalecimento das ações de vigilância sanitária buscando desenvolver qualidade e aprimoramento de práticas seguras nos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Em novembro de 2005 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) em Concepción, no Chile, a partir de reuniões organizadas pelo Programa de Enfermagem da Unidade de Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. Nessas reuniões foram avaliadas as prioridades na criação de estratégias de Segurança do Paciente em Enfermagem. Foram discutidas as necessidades de estudos que fortaleçam a assistência de enfermagem, gestão, investigação, informação e educação inicial na área da Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP, 2013).

A REBRAENSP foi formalmente constituída em 2008, em São Paulo, com a finalidade de contribuir para a promoção e proteção da saúde humana, melhoria contínua da qualidade dos serviços e promoção de acesso universal e equitativo da assistência em saúde no Brasil. Tem como objetivos: compartilhar informações e conhecimentos relacionados à área de Enfermagem e Segurança do Paciente; promover a articulação entre membros; compartilhar metodologias e recursos tecnológicos relacionados à Enfermagem e segurança do paciente; e, promover o acesso equitativo e universal às fontes de informação técnico-científicas de enfermagem e segurança do paciente (REBRAENSP, 2013).

Já em 2010, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) em discussões com os membros do Polo São Paulo da REBRAENSP criou os 10 passos para a Segurança do Paciente, no intuito de considerar os principais pontos que teriam impacto direto na prática assistencial de Enfermagem, podendo ser implementados em vários cenários da assistência (COREN-SP, 2010).

Os 10 passos foram: identificação do paciente; cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; cateteres e sondas com conexões corretas; cirurgia segura; administração segura de sangue e hemocomponentes; paciente comprometido com sua própria segurança; comunicação efetiva; prevenção de queda; prevenção de ulcera por pressão e; segurança na utilização de tecnologia (COREN-SP, 2010).

E, em 2013, dando prioridade à segurança do paciente o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013 com o objetivo de contribuir para a qualificação da assistência em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional. Dentre os objetivos específicos há a promoção e apoio a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em

diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; e, produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre segurança do paciente, dentre outros (BRASIL, 2013).

Atualmente, em dezembro de 2017, foi instituída a Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP). A mesma tem como finalidades: agrupar os profissionais de saúde do país que atuam na área da qualidade do cuidado e segurança do paciente; colaborar para o fortalecimento da qualidade do cuidado e da segurança do paciente como política pública de saúde e como direito humano básico; contribuir para o agrupamento de profissionais e gestores em saúde, os interessados e a população em geral, sobre a qualidade do cuidado e segurança do paciente; colaborar para que os incidentes e eventos adversos em saúde sejam abordados de forma sistêmica, interdisciplinar e não punitiva; colaborar para o estabelecimento de uma maior transparência e concertação entre as instituições de saúde, profissionais de saúde, sociedade civil e órgãos de controle de defesa da cidadania e do judiciário no que diz respeito à segurança do paciente e; contribuir para a maior participação e conhecimento da população sobre qualidade do cuidado e segurança do paciente (FIOCRUZ, 2017).

Apesar das estratégias existentes sobre segurança do paciente, erros ainda acontecem e o paciente está exposto a situações de risco. Uma das estratégias que tem sido estimulada pela WHO é a participação do próprio paciente nas ações de cuidado. Para tal fim, criou em 2005 o programa Pacientes para a Segurança do Paciente, que busca envolver o paciente nos seus próprios cuidados e, assim, colaborar com a equipe para garantir uma assistência segura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Na assistência o paciente é o único que pode avaliar sua caminhada e transmitir para a equipe de saúde um feedback sobre a qualidade e a segurança dos cuidados recebidos. Portanto, a percepção dos pacientes é primordial para avaliar a segurança ofertada a ele. Pelo fato da maioria das ações de segurança do paciente serem iniciadas a partir do ponto de vista dos profissionais, algumas vezes podem não ser adaptadas às necessidades dos pacientes (VAN MELLE et al., 2019).

Cabe destacar que a assistência em saúde está cada vez mais complexa e com demandas ascendentes, aumenta a possibilidade da ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Diante dos avanços tecnológicos, dos diversos sistemas e processos organizacionais que envolvem o contexto da prestação de assistência em saúde no âmbito global, observa-se que a

partir da última década houve um aumento do interesse por parte de pesquisadores e profissionais de saúde em abordagens voltadas à melhoria da qualidade da assistência e da segurança do paciente (SOUSA; MENDES, 2014).

3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Existe uma complexidade no que envolve a assistência à saúde em unidades pediátricas, onde os profissionais vivenciam fatores adicionais que podem interferir na segurança à criança, como a existência de diferentes estágios de desenvolvimento e a dependência para o autocuidado (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Os principais fatores de risco à segurança do paciente pediátrico englobam diversas questões como a falibilidade humana, problemas presentes no sistema de saúde, dispositivos e equipamentos inadequados para a assistência, comunicação ineficaz entre a equipe, dimensionamento inapropriado de pessoal, alta carga de trabalho e conhecimento limitado e desatualizado sobre segurança do paciente (SOUZA et al., 2014).

Os eventos adversos em crianças são mais graves do que em adultos devido à imaturidade funcional que as tornam mais vulneráveis aos danos e pela sobrecarga de trabalho atribuída à equipe de enfermagem de pediatria, levando-a a concentrar grande número de pacientes com diferentes patologias (LIMA; RIBEIRO, 2017).

Estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital universitário, contabilizou 159 internações no ano de 2014, com 115 notificações de incidentes de segurança do paciente, indicando uma taxa de incidência de 0,72 incidente por paciente internado. Destes incidentes notificados, todos ocorreram em pacientes diferentes, sendo que 87% das notificações foram relacionadas à falha durante a assistência à saúde; 5,2% ocorreram por falha no sistema de documentação; 4,3% em falha nas atividades administrativas; 2,6% em falha na administração de dietas e 0,9% foram falhas relacionadas a queimaduras (BICA et al., 2017).

Assim, com o intuito de reduzir os erros e ampliar as práticas seguras, as instituições de saúde estão instalando ações que primem pela qualidade assistencial difundindo uma cultura de segurança aos pacientes, profissionais e com o ambiente. Estas mudanças estão focalizadas nas seis metas internacionais de segurança do paciente, preconizadas pela WHO (BERNAL et al., 2018).

As seis metas internacionais de segurança do paciente, como referenciadas, são: identificar corretamente os pacientes; melhorar a comunicação eficaz; melhorar a segurança de medicamentos de alto risco; garantir a segurança da cirurgia; reduzir o risco de infecções

relacionadas à assistência à saúde e; reduzir o risco de danos ao paciente resultante de quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2019).

A primeira meta (identificar corretamente os pacientes) visa reduzir os riscos de eventos adversos; erros de medicação, sangue e hemoderivados; erros relacionados à transfusão; erros em investigações laboratoriais; procedimentos invasivos em paciente errados e a entrega da criança errada para a família por erro na identificação do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A identificação do paciente é uma ação importante e tem como objetivo central garantir que a assistência planejada seja realizada para o paciente correto. Portanto, a identificação correta do paciente reduz os erros e eventos adversos que podem ser catastróficos à saúde (GIRARDI et al., 2018).

A identificação do paciente inicia no momento do cadastro deste no sistema de atendimento, e quando realizada de maneira errônea há a possibilidade de alguns dados serem registrados de forma equivocada ou não registrados. O processo de identificação por meio da conferência dos dados da pulseira, do cadastro e das informações confirmadas pelo paciente e seus familiares/acompanhantes é visto como uma etapa importante na interação entre paciente, familiares/acompanhantes e equipe de saúde. Porém, os erros podem persistir caso os pacientes estejam sem pulseira ou com pulseira sem informação confiável de identificação (BERNAL et al., 2018).

O uso de pulseira de identificação desde o nascimento e durante toda a internação, a não separação da criança e seu familiar e a obrigação de um registro de saúde para todas as crianças, faz com que ocorra uma melhora na identificação correta do paciente. Porém, ainda existem fragilidades, como troca de bebês no ambiente hospitalar, troca de medicamentos e procedimentos realizados em pacientes errados (SILVA et al., 2019).

Outro fator importante quanto a identificação segura, é que as crianças, dependendo do período do desenvolvimento, possuem inabilidades no processo de comunicação, o que contribui para que sua identificação seja inadequada e tornando-a incapaz de chamar a atenção para possíveis riscos. Diante disto, a WHO estabelece algumas estratégias para promover a segurança na identificação do paciente pediátrico, como a responsabilidade dos profissionais na confirmação da identificação do paciente antes da assistência e a utilização de pelo menos três identificadores (nome completo, data de nascimento e nome da mãe). Além da pulseira de identificação, prontuário com informações legíveis e corretas e participação ativa da criança e do familiar/acompanhante no momento de confirmação da identificação são essenciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Ainda, especificamente sobre a identificação de pacientes, a OMS aconselha as instituições de saúde a desenvolverem e executarem programas e protocolos com ênfase na responsabilidade dos trabalhadores de saúde para a identificação correta do paciente, padronizando o uso de pulseiras de identificação. Promove também a incorporação de educação continuada dos profissionais de saúde na conferência no processo de identificação dos pacientes e a participação ativa dos familiares/acompanhantes e usuários neste processo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A segunda meta (melhorar a comunicação eficaz) versa sobre desenvolver uma abordagem que melhore a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, estabelecendo uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). A comunicação pode ser definida como um processo de troca de informações, feito de maneira complexa, interativa e bidirecional. Para tanto, a comunicação eficaz ocorre quando há trocas, compreensão e entendimento por parte dos participantes (SILVA, 2017).

A comunicação entre profissionais e pacientes/responsáveis é outro fator importante para a promoção da segurança do paciente, pois a inexistência da mesma é considerada um fator contribuinte para a maioria dos incidentes. Uma apropriada comunicação entre profissionais e pacientes/responsáveis traz resultados relevantes e efetivos que evitam a ocorrência de eventos adversos (WEGNER et al., 2017).

Assim, a comunicação realizada por meio das linguagens verbal e não verbal, entre os profissionais e família é abordada como um instrumento que permite a recuperação mais rápida do paciente e promove a humanização das relações pelo compartilhamento de informações, validação das mensagens e interação (SANTOS et al., 2017).

Nas unidades pediátricas a comunicação deve ser em tríade, com participação dos profissionais de saúde, familiar/acompanhante e criança, sempre que possível. Destaca-se que neste contexto é importante a utilização de uma comunicação com abordagem biopsicossocial, incluindo a discussão de dúvidas, aspectos afetivos-emocionais e vivência psicossocial de dificuldades relacionadas ao tratamento (KHOLSDORF; C. JUNIOR, 2016).

A terceira meta (melhorar a segurança de medicamentos de alto risco) visa desenvolver e implementar estratégias e mecanismos que promovam a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos no processo de utilização de medicamentos potencialmente perigosos, que possuem risco aumentado de provocar danos significativos nos pacientes quando ocorre falha na utilização dos mesmos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

As crianças são especialmente vulneráveis aos danos na terapia medicamentosa, devido a deficiência de medicações padronizadas para a pediatria. Estudo apontou que as causas dos erros são a inexistência de drogas com apresentação voltada para a população pediátrica e as interações medicamentosas derivadas do aprazamento inseguro dos fármacos (WINCK; FIGUEREDO, 2017).

Outro estudo realizado em um hospital pediátrico apontou que de 327 observações realizadas, apenas em 0,3% os profissionais se apresentaram para as crianças e/ou familiar/acompanhante antes do procedimento; em 10,3% explicaram o procedimento para a criança e/ou familiar/acompanhante; e, em 18,3% a criança foi acalmada. Ressaltando-se no último item que o fato de que a criança agitada pode contribuir para a realização inadequada do procedimento, visto que ao explicar o que será realizado a criança torna-se mais colaborativa e menos ansiosa (SOUZA et al., 2018).

A terapia medicamentosa consiste no processo de administração de medicamentos, constituído pelas seguintes etapas: prescrição, separação, distribuição, preparação e administração do medicamento com acompanhamento da ação e monitorização do paciente para controle de possíveis reações medicamentosas (WINCK; FIGUEREDO, 2017).

A fase de prescrição em pediatria deve considerar os aspectos específicos dos pacientes pediátricos, os tipos de formulações e dose comercialmente disponíveis e as dificuldades na administração de medicamentos. Portanto, deve-se detalhar na prescrição a forma de administração do medicamento (via de administração, horários, dose e possíveis efeitos adversos) além de explicar o efeito do medicamento (SILVA et al., 2017).

O preparo da medicação demanda necessidade de interpretação da prescrição e abrange uma grande quantidade de informações exclusivas sobre preparo e descarte de resíduos. Essa etapa acontece no posto de enfermagem e é formada por subetapas que vão desde adquirir o medicamento, até preencher etiquetas, organizar os materiais, preparar os medicamentos, organizar o local onde ficam os medicamentos e descartar os resíduos (COSTA et al., 2018).

A etapa de administração do medicamento compreende o deslocamento do profissional até o paciente, a higienização das mãos à beira do leito, a identificação do paciente, a administração do medicamento e o descarte do resíduo. É nesta etapa que há um contato direto com o paciente, atendendo-se as necessidades dele e da família quanto ao tratamento medicamentoso (COSTA et al., 2018)

Após a administração do medicamento deve-se realizar o monitoramento do paciente em relação às reações adversas, explicando ao paciente a indicação do medicamento e as

possíveis reações adversas que este pode causar, orientando-o ou a família a comunicar a equipe de enfermagem caso perceba qualquer uma destas alterações após ter utilizado a medicação (COREN-SP, 2017).

O processo de enfermagem na administração de medicamentos deve ser de qualidade, garantindo que a criança seja assistida com atenção e que as particularidades do procedimento relacionado ao público pediátrico, seja respeitado. Para que um processo de enfermagem de qualidade, relacionado à medicamentos, seja alcançado, é necessário embasamento científico, para que as técnicas sejam executadas de maneira correta, os profissionais sejam treinados e comprometidos com um procedimento de excelência (SILVA et al., 2017).

Estudo sobre a percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em Unidades de Internação Pediátrica (UIPs), mostrou que muitos deles identificaram questões relacionadas a administração de medicações como sendo importante para segurança do paciente e destacaram a importância de serem envolvidos nesse momento. Expuseram que na maioria das vezes são informados sobre a medicação que está sendo administrada à criança e observaram o uso de etiquetas de identificação das medicações como uma maneira segura de realizar esse procedimento (PERES et al., 2018).

A quarta meta (garantir a segurança da cirurgia) visa aprimorar a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo assegurando a inclusão do paciente na marcação do local da intervenção, garantindo que cirurgias e procedimentos invasivos sejam realizados no local de intervenção correto e os procedimentos corretos sejam executados no paciente correto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Apesar dos avanços tecnológicos existirem em grande escala, os mesmos não tornam a prática isenta de erros. Os erros cometidos pelos profissionais de saúde podem ser atribuídos a uma atitude incorreta, negligência, excesso de confiança e práticas não baseadas em evidências, que levam às complicações. Além disso, as crianças em particular, podem possuir nomes semelhantes e são incapazes de comunicar seus próprios nomes e de fazer reclamações (OAK et al., 2015).

A participação dos familiares de crianças facilita a realização de procedimentos seguros, onde estes podem atuar conjuntamente com os profissionais realizando dupla checagem. Além disso, familiares informados podem ser agentes promotores da segurança da criança; trabalho colaborativo entre equipe, paciente e família reduz a ansiedade da criança e favorece a satisfação de ambos (WEGNER et al., 2017).

A quinta meta (reduzir o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde) tem como foco promover a prevenção e controle das infecções em todas as unidades de saúde, por

meio de um programa efetivo, com enfoque na importância da prática da higienização das mãos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

As infecções relacionadas à assistência à saúde são definidas como qualquer processo infeccioso adquirido em ambiente hospitalar, diagnosticado durante a internação ou após a alta quando os sintomas tenham correlação com a internação. Este tipo de infecção resulta, além de custos financeiros para o paciente e o serviço público, em prejuízos que geram danos sociais e psicológicos inestimáveis (MEDRADO; CORREA, 2017).

Estima-se que cinco a 10% dos pacientes admitidos em hospitais adquirem uma ou mais infecções (REIS et al., 2016). Deste modo a higiene correta das mãos é uma medida primária preventiva essencial que deve ser realizada por profissionais de saúde, pacientes e todos aqueles que frequentam hospitais, a fim de reduzir o risco de infecções (MEDRADO; CORREA, 2017).

A higienização das mãos é o um ato simples, porém de grande importância na prevenção e no controle das infecções hospitalares. No entanto, a não realização da higienização das mãos pelos profissionais da saúde é um problema mundial. Este procedimento é de grande importância na prevenção de infecções hospitalares, pois a pele tem capacidade para abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para outra, por contato direto ou indireto. Portanto, a lavagem das mãos deve ser um hábito entre os profissionais de saúde, porém estudo observacional realizado em diferentes realidades, como Unidades de Terapia Intensiva e unidades de internação, evidenciam que esta prática ainda tem sido baixa entre os profissionais de saúde variando entre 29 a 74% (MEDRADO; CORREA, 2017).

Em crianças, as infecções hospitalares são mais frequentes que em adultos, estando na maioria das vezes relacionadas com sua clínica, como exemplo: trauma, queimaduras, desnutrição, neoplasias e infecções crônicas. Além desses, a atuação invasiva da equipe médica, a ação de germes multirresistentes, a hospitalização prolongada são fatores agressivos ao sistema imune, predispondo-o à ocorrência de infecção (MEDRADO; CORREA, 2017).

Estudo realizado com os familiares de crianças internadas em UIPs mostrou que eles recebem orientações sobre a forma correta de higienização das mãos e os motivos da realização desta ação. No entanto, os mesmos expõem dificuldades em repassar as informações para quem visita a criança por medo de constranger as pessoas (PERES et al., 2018).

A educação aos familiares quanto a importância da higienização das mãos, ressaltando os momentos em que deve ser realizada, a maneira correta de realizar e os aspectos

importantes sobre os produtos utilizados, facilitam a adesão dos mesmos à esta prática e ajudam a controlar os índices de infecção hospitalar (PERES et al., 2018).

A sexta e última meta (reduzir o risco de danos ao paciente resultante de quedas) tem como foco elaborar, implementar e avaliar ações preventivas que visem reduzir as lesões causadas pelas quedas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). As crianças, principalmente as com menor idade, encontram-se em fase de maturação dos sistemas orgânicos e estão adquirindo habilidades locomotoras e manuais. Portanto são mais vulneráveis as condições do meio, tornando-se susceptíveis à acidentes (GHISI et al., 2018).

A própria hospitalização é fator colaborador para o aumento do risco de quedas, o que pode contribuir para o aumento do período de permanência hospitalar e aumentar os custos assistenciais. A intervenção para prevenção de quedas requer uma avaliação individual de cada paciente, o envolvimento de diferentes profissionais de saúde, familiares e do próprio paciente (REIS et al., 2016).

Em pediatria o risco de quedas é maior devido às limitações que a criança possui relacionadas a idade. Lactentes e pré-escolares não têm noção de risco e podem estar sujeitos a acidentes devido à própria fase de exploração, próprio do seu desenvolvimento. Desta forma, a vigilância contínua, o uso de grades, a sinalização de pisos molhados devem ser ações prioritárias em unidades de internação pediátrica (REIS et al., 2016).

De acordo com todas as evidências apresentadas sobre o risco aos quais as crianças estão expostas durante o período de internação, torna-se relevante buscar estratégias e medidas que diminuam a exposição das mesmas. Para tal, a implementação das metas de segurança do paciente é um importante contribuinte na redução dos EAs ocorridos durante a internação hospitalar pediátrica.

3.3 PRESENÇA DE FAMILIARES/ACOMPANHANTES DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Durante a hospitalização a criança torna-se mais dependente e passa a ter dificuldades para realizar atividades que antes eram habituais. O familiar/acompanhante, por ser a pessoa que mais conhece a criança e acompanha o quadro clínico, pode ser visto como um intérprete da criança, cooperando com os profissionais na condução da terapêutica.

As crianças internadas ficam ansiosas com sua situação, principalmente pela falta de informação sobre a internação e o motivo da mesma, sentindo-se, assim isoladas e solitárias devido as experiências traumáticas que podem ocorrer na hospitalização. Na maioria das vezes as crianças não entendem os motivos do tratamento e exames, as restrições que lhe são passadas, o que as deixam com medo dos procedimentos. A perda do convívio familiar reduz

ainda mais as chances de a criança receber conforto e, faz com que ela se sinta ainda mais vulnerável (FARIAS et al., 2017).

Há um sentimento de impotência na criança internada, pelo fato de se sentir ameaçada com as situações que acontecem no hospital, como o fato de ser retirado seu direito de escolha, ter que permanecer no ambiente hospitalar, a falta de controle sobre a dor, a reclusão e as restrições. Assim, é indispensável oferecer à criança todas as informações necessárias para que entenda seu diagnóstico, diminuindo a sua ansiedade (FARIAS et al., 2017).

A equipe de enfermagem defende a importância da presença do familiar/acompanhante junto à criança hospitalizada, pois favorece o estabelecimento de um clima agradável e auxilia na realização da assistência ao paciente. O familiar é considerado uma extensão da equipe de enfermagem, pelo fato de impulsionar os cuidados que são recomendados pelos enfermeiros, facilitando assim a adesão da criança. De maneira geral, a presença do familiar/acompanhante é positiva e a colaboração criada entre a equipe e a família permite a construção de vínculos e auxilia no processo de recuperação da criança (AZEVEDO; JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

Com o passar do tempo de internação, os familiares da criança vão se adequando à rotina hospitalar. Quanto mais tempo o familiar/acompanhante fica no hospital, mais rápido cria estratégias com o foco de proteger a criança e, reconhece o direito de obter informações sobre seus filhos (VIEIRA et al., 2017).

Durante a hospitalização a criança vivencia muitas sensações e sentimentos, causados pela separação da família somado ao sofrimento físico determinado pela doença. Os familiares também vivenciam situações de crise provocadas pela desorganização, privação, medo, culpa, ansiedade, problemas financeiros e sociais (MOREIRA et al., 2017). Assim, a presença da família junto à criança hospitalizada também é uma forma efetiva de minimizar os traumas psicológicos que a hospitalização pode causar a esta atuando como fonte de segurança para ela (LEMOS et al., 2017).

Para diminuir as consequências psicológicas causadas na criança durante a internação pediátrica, em 1959, na Inglaterra um médico elaborou o Relatório Platt, a partir de um estudo, onde recomendou a permanência dos familiares durante a hospitalização infantil, em tempo integral (LEMOS et al., 2017).

No Brasil, os familiares foram inseridos de forma efetiva na assistência à criança hospitalizada em 1990 com a criação do ECA através da Lei Nº 8.069, com o direito assegurado no Capítulo I, Art. 12, que discorre sobre a permanência dos pais com seus filhos durante todo o processo da hospitalização (BRASIL, 1990).

Com a implantação dessa prática de acompanhamento familiar da criança hospitalizada, criou-se a necessidade de a Enfermagem incluir a família no processo de assistência à criança, assumindo um olhar amplo pautado nas relações interpessoais e na parceria entre equipe, criança e seu familiar/acompanhante (LEMOS et al., 2017).

A inclusão da família no processo de assistência à criança se dá através da participação em procedimentos simples que não exigem conhecimento e habilidades profissionais específicas, sendo então uma medida de segurança para a equipe e um fator para a sustentação dos laços familiares (ANTÃO et al., 2018).

A participação da família na hospitalização infantil também recebe destaque, porque a população pediátrica possui risco de danos três vezes maior do que adultos na mesma situação, e uma assistência segura ao paciente pediátrico visa identificar os eventos adversos, analisar quais fatores levaram os mesmos a acontecer e implementar medidas de melhoria a fim de diminuí-los (MACEDO et al., 2016).

Durante a internação hospitalar da criança existe, geralmente, a necessidade de um acompanhante da família, pois é no familiar que ela busca apoio e proteção. Portanto, a família também cuida, a partir de seus referenciais e conhecimento. Assim, o cuidado à criança passa a ser compartilhado entre a equipe de enfermagem e o familiar que acompanha a criança (CHAGAS et al., 2017).

Na maioria das vezes, quem acompanha a criança durante a internação é a mãe. Porém, na impossibilidade desta acompanhar a criança, é indispensável que outros membros da família, como pais, avós, primos e tios, possam participar ativamente na assistência à criança internada em ambiente hospitalar (ANDRADE; MACIEL, 2016).

A pessoa que fica com a criança durante a hospitalização é o acompanhante, que geralmente é alguém com significado para a criança, podendo ser um familiar ou uma pessoa que transmita segurança sem vínculo parental. O familiar/acompanhante é responsável pela observação do comportamento dos profissionais de saúde e possui a capacidade de identificar eventos adversos, manter convívio com os demais acompanhantes e ter conhecimento das características próprias da criança hospitalizada (RODRIGUES, 2016).

De modo geral, o acompanhante é leigo em relação à assistência em saúde, o que torna necessário que a equipe de saúde prepare minimamente este, informando-lhe sobre as normas e rotinas hospitalares. A função educativa da equipe é primordial para promover a comunicação e deve considerar as limitações do acompanhante (MACEDO et al., 2016).

As informações e explicações a estes deve abranger os conhecimentos necessários que serão realizados durante a assistência no hospital e aqueles necessários após a alta da criança.

Deve-se incluir na educação em saúde para os familiares/acompanhantes e paciente: uso seguro de medicamentos e equipamentos de saúde, interações medicamentosas e alimentares, orientação nutricional, gerenciamento da dor, técnicas de reabilitação e prevenção de infecção (PERES et al., 2018).

Algumas pesquisas consideram o acompanhante como uma extensão da equipe, tornando-se parceiros na busca pela recuperação da criança. Quando cientes sobre a assistência segura oferecida à criança, o familiar/acompanhante pode identificar erros antes mesmo de acontecerem (RODRIGUES et al., 2018).

Estudo sobre os benefícios da participação dos familiares/acompanhantes na hospitalização da criança, mostrou que a presença destes traz repercussões na dinâmica hospitalar e que os mesmos vivenciam uma realidade nova e diferente do seu cotidiano. (RODRIGUES, 2016).

Para tanto, os profissionais de saúde devem usar diversas estratégias para envolver e estimular a participação ativa de pacientes e de familiares/acompanhantes na assistência em saúde. Uma estratégia é informar aos pacientes e familiares/acompanhantes que eles têm o direito e o dever de estarem cientes da assistência que estão recebendo, para poderem participar das decisões. O profissional de saúde deve ainda incentivar que estes façam questionamentos. Deve-se também encorajar os pacientes e familiares/acompanhantes a relatarem as preocupações com a segurança do paciente, podendo assim serem vistos como parceiros importantes (MACEDO et al., 2016).

Convidar pacientes e seus familiares/acompanhantes a tornarem-se parceiros críticos e ativos na busca por melhores práticas dos profissionais de saúde ou para atuarem como participantes em todo o processo assistencial, buscando garantir a execução das melhores práticas baseadas em evidências científicas, é uma estratégia útil e esperançosa para a promoção da saúde e segurança do paciente (RODRIGUES et al., 2018).

Assim, os familiares/acompanhantes podem ser colaboradores na prática assistencial segura prestada à criança durante a internação. Diante disto, é importante descobrir como os mesmos se percebem durante esta participação e quais seus conhecimentos sobre segurança do paciente. A partir de então, implementar estratégias para que participem da assistência a fim de aumentar a segurança do paciente e diminuir a quantidade de eventos adversos durante a internação da criança.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa sobre a participação da família/acompanhantes na assistência segura ao paciente pediátrico.

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade, que considera que a realidade pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, com a utilização de procedimentos estruturados e instrumentos formais para coleta de dados. A coleta de dados é feita mediante condições de controle e a análise dos dados numéricos através de procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2018).

Além disso, estudos descritivos têm como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis. A pesquisa exploratória busca proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, e possui o objetivo de aprimorar ideias ou descobrir intuições (POLIT; BECK, 2018).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em duas Unidades de Internação de um Hospital Pediátrico do Estado de Santa Catarina, Brasil. Atualmente este Hospital é considerado um dos oito melhores hospitais pediátricos de ensino da América Latina. Conta com 126 leitos de internação, ambulatórios especializados, Hospital Dia, Oncologia, Hospital Dia Cirúrgico; e, possui 840 funcionários (SANTA CATARINA, 2019a).

As Unidades de Internação são destinadas à acomodação do paciente internado, proporcionando facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários, sendo unidade de internação de Ortopedia, Berçário, Unidade B, Unidade C, Unidade D, Unidade E, Queimados, Isolamento e Oncologia (SANTA CATARINA, 2019a).

O presente estudo foi desenvolvido em duas Unidades de clínica geral concomitantemente. Uma das Unidades possui as seguintes especialidades: nefrologia, pneumologia, cardiologia e nutrologia; totalizando 16 leitos. A outra Unidade possui a especialidade de neurologia e atende pacientes de clínica médica, totalizando 16 leitos (SANTA CATARINA, 2019a).

Cabe destacar, que o estudo foi desenvolvido somente nestas duas Unidades devido as condições clínicas das crianças serem mais semelhantes, ou seja, pacientes clínicos, que envolvem a prática de vários procedimentos.

O Hospital articula ações voltadas para a segurança do paciente pediátrico através do

Núcleo de Segurança do Paciente (NUSEP). O NUSEP tem como objetivo promover ações para prevenir o acontecimento de incidentes e/ou eventos adversos que possam acarretar em prejuízos/danos aos pacientes pediátricos (SANTA CATARINA, 2019b).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi intencional, não probabilística, composta por todos familiares/acompanhantes de crianças hospitalizadas em duas unidades clínicas pediátricas, de um Hospital Pediátrico do Estado de Santa Catarina, Brasil, que aceitaram participar da pesquisa durante o período da coleta de dados.

Foram convidados a participar do estudo 92 familiares/acompanhantes, havendo recusa de um deles, totalizando portanto uma amostra de 91 familiares/acompanhantes que participaram do estudo e responderam o questionário por completo.

Adotou-se como critérios de inclusão: familiares/acompanhantes de criança com idade entre zero dias e 10 anos, cabe destacar que esta faixa etária se dá devido as crianças estarem mais dependentes dos pais ou acompanhantes nestas idades; familiar/acompanhante de crianças com mais de três dias de internação, devido o conhecimento das rotinas e cuidados dispensados à criança na unidade de internação; familiares/acompanhantes de crianças com no máximo três internações.

Quanto aos critérios de exclusão: familiar/acompanhante que já tenha respondido o questionário previamente; e, familiar/acompanhante que responda o instrumento com igual ou menos da metade das questões.

4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Variável é uma característica da população ou amostra do estudo, que pode ser medida, contada ou categorizada (FÁVERO; BELFIORE, 2017).

As variáveis do estudo foram definidas a partir da pergunta norteadora e do objetivo do estudo, e foram descritas no intuito de facilitar o entendimento dos seus significados.

As variáveis do estudo estão divididas em oito blocos: variáveis de caracterização da criança; variáveis de caracterização do familiar/acompanhante; variáveis de identificação do paciente; variáveis de comunicação; variáveis de terapia medicamentosa; variáveis de procedimentos corretos; variáveis de higienização das mãos; e, variáveis de risco de quedas.

Variáveis de caracterização da criança

1. Número do Formulário: refere-se ao número da entrevista, que será realizada em ordem crescente.
2. Data: número do dia, mês e ano em que os dados foram coletados.

3. Unidade de Internação: unidade de internação do hospital na qual a criança está internada, e em que será desenvolvido o estudo, caracterizada por D ou E.
4. Idade da criança hospitalizada: anos e meses desde o nascimento.
5. Sexo da criança hospitalizada: diferenciado entre masculino e feminino.
6. Motivo da internação: diagnóstico que levou a criança a ser internada.
7. Tempo de internação em dias: número de dias que a criança está internada.
8. Internações anteriores: refere-se à possibilidade de a criança ter sido previamente internada, caracterizada por não e sim.
9. Unidade Prévia de Internação: unidade hospitalar do HIJG em que a criança foi previamente internada, caracterizada em: B; C; D; E; Outra.
10. Hospital de Prévia Internação: hospital em que a criança foi previamente internada, caracterizada em Hospital Universitário; Hospital Regional de São José; Outro.

Variáveis de categorização do familiar/acompanhante

1. Sexo: sexo do familiar/acompanhante da criança, diferenciado entre masculino e feminino.
2. Idade do Entrevistado: anos desde o nascimento.
3. Escolaridade: número de anos de estudo concluídos, caracterizado por: Ensino fundamental completo ou equivalente; Ensino fundamental incompleto ou equivalente; Ensino médio completo ou equivalente; Ensino médio incompleto ou equivalente; Ensino superior completo ou equivalente; Ensino superior incompleto ou equivalente; Sem instrução e menos de 1 ano de estudo; Não determinado.
4. Estado civil: situação conjugal atual, caracterizado por: Solteiro (a); Casado (a); União Estável; Divorciado (a); Viúvo (a).
5. Grau de parentesco com a criança: relação que une o acompanhante com a criança por vínculos genéticos ou sociais, caracterizado por: Mãe; Pai; Irmão (ã); Tios; Avós; Outros.
6. Familiar/Acompanhante durante o maior período de tempo de internação (qualitativo nominal): pessoa que acompanha a criança por mais número de dias e horas enquanto a mesma está internada, caracterizado por: O próprio; Outros.

Variáveis de identificação do paciente:

1. Presença de pulseira de identificação na criança: percepção do familiar/acompanhante quanto a presença da pulseira de identificação na criança, caracterizada por não e sim.
2. Ausência da pulseira de identificação da criança: questionamento à equipe de saúde pelo familiar/acompanhante quanto a ausência da pulseira de identificação da criança,

- caracterizada por: não, sim e não se aplica.
3. Dados da pulseira de identificação da criança: conferência dos dados da pulseira de identificação pelo familiar/acompanhante, caracterizada por: não, sim e não se aplica.
 4. Dados da pulseira de identificação da criança incorretos: comunicação da equipe de saúde pelo familiar/acompanhante quanto a presença de dados incorretos na pulseira de identificação da criança, caracterizada por: não, sim e não se aplica.
 5. Dados que devem conter na pulseira de identificação da criança: o familiar/acompanhante sabe quais dados devem conter na pulseira de identificação da criança, caracterizada por: não, sim e não se aplica.
 6. Presença de dados na pulseira de identificação da criança: a pulseira de identificação do paciente possui nome completo da criança, data de nascimento da criança e o nome da mãe, caracterizada por: não, sim e não se aplica.
 7. Questionamento à equipe de saúde pelo familiar/acompanhante quanto aos dados que devem ter na pulseira de identificação na criança, caracterizada por: não, sim e não se aplica.

Variáveis de comunicação

1. Informação do estado de saúde da criança por algum profissional ao familiar/acompanhante: caracterizada por não e sim.
2. Ausência de comunicação ao familiar/acompanhante sobre o estado de saúde da criança: questionamento do familiar/acompanhante à algum profissional de saúde sobre o estado de saúde da criança, caracterizada por: não, sim e não se aplica.
3. Presença de comunicação ao familiar/acompanhante sobre o estado de saúde da criança: informações que foram passadas ao familiar/acompanhante sobre o estado de saúde da criança, caracterizada por: gravidade; diagnóstico; alergias; probabilidade de alta hospitalar; outro; não se aplica.
4. Questionamento do familiar/acompanhante sobre o estado de saúde da criança: a qual profissional o familiar/acompanhante questionou sobre o estado de saúde da criança, caracterizada por: enfermeiro (a); técnico (a) de enfermagem; médico (a); outro profissional de saúde; não se aplica.
5. Presença de problema de comunicação do familiar/acompanhante com a equipe de saúde, caracterizada por não e sim.
6. Tipo de problema de comunicação do familiar/acompanhante com a equipe de saúde, caracterizada por: não me deixam participar do cuidado à criança; não respondem os meus questionamentos; não compreendo o que eles falam; outro; não se aplica.

7. Importância do recebimento de visitas para a criança: percepção do familiar/acompanhante quanto a importância do recebimento de visitas enquanto a criança está internada, caracterizada por não e sim.
8. Percepção do familiar/acompanhante sobre o porquê o recebimento de visitas para a criança é importante, caracterizada por: apoio à criança; conforto e bem-estar para a criança; ajudar o acompanhante nos cuidados com a criança; observar como a equipe de saúde dá assistência à criança; outro; não se aplica.
9. Tempo de visita adequado: percepção do familiar/acompanhante sobre o tempo de visita ser adequado, caracterizada por não e sim.
10. Participação do familiar/acompanhante juntamente com a equipe na tomada de decisões quanto ao tratamento da criança caracterizada por não e sim.
11. Como o familiar/acompanhante ajuda a tomar decisões quanto ao tratamento da criança, caracterizada por: expondo minhas ideias; falando sobre as preferências da criança; dando minha opinião no que for solicitado (a); outro; não se aplica.
12. Quando o familiar/acompanhante ajuda a tomar decisões quanto ao tratamento da criança, caracterizada por: durante a passagem de plantão; durante a visita médica; outro momento; não se aplica.
13. Conhecimento do familiar/acompanhante sobre a ocorrência de algum erro no cuidado da criança, caracterizada por não e sim.
14. Comunicação ao familiar/acompanhante sobre a ocorrência de algum erro no cuidado a criança, caracterizada por: não, sim e não se aplica.
15. Questionamento do familiar/acompanhante sobre o porquê os erros aconteceram, caracterizada por: não, sim e não se aplica.

Variáveis de terapia medicamentosa

1. Confirmação da identidade da criança antes de administrar o medicamento: percepção do familiar/acompanhante se o profissional confirma a identidade da criança antes de administrar o medicamento, caracterizada por não e sim.
2. Indicação do medicamento a ser administrado: questionamento do familiar/acompanhante ao profissional sobre para que serve o medicamento que será administrado, caracterizada por não e sim.
3. Presença do familiar/acompanhante durante a administração de medicamento caracterizada por: não e sim.
4. Administração de medicamento na criança pelo familiar/acompanhante, caracterizada por não e sim.

5. Acompanhamento do familiar/acompanhante durante a administração de medicamento: percepção do familiar/acompanhante sobre a importância de acompanhar a administração de medicamento, caracterizada por não e sim.
6. Percepção do familiar/acompanhante sobre o porquê é importante acompanhar a administração de medicamento, caracterizada por: observar se o profissional está realizando a técnica correta; dar suporte emocional à criança; avaliar se o profissional comete algum erro; outro; não se aplica.
7. Informação se a criança tem alergia há algum medicamento: informação aos profissionais pelo familiar/acompanhante se a criança tem alergia há algum medicamento, caracterizada por não e sim.
8. Possíveis reações adversas dos medicamento: questionamento do familiar/acompanhante ao profissional sobre as possíveis reações adversas dos medicamentos, caracterizada por não e sim.
9. Alterações da criança após uso de medicamentos: aviso aos profissionais pelo familiar/acompanhante sobre alterações da criança após o uso de medicamentos, caracterizada por não e sim.

Variáveis de procedimentos corretos

1. Confirmação da identidade da criança: percepção do familiar/acompanhante se o profissional confirma a identidade da criança antes de realizar qualquer procedimento, caracterizada por não e sim.
2. Confirmação da identidade da criança pelo profissional: onde o profissional confirma a identidade da criança antes de realizar o procedimento, caracterizada por: Pulseira de identificação do paciente; Identificação na parede; Pergunta ao acompanhante; Não se aplica.
3. Não confirmação da identidade da criança pelo profissional: solicitação do familiar/acompanhante para que o profissional confirme a identidade da criança antes de realizar qualquer procedimento, caracterizada por: não, sim e não se aplica.
4. Indicação do procedimento a ser realizado: questionamento do familiar/acompanhante para o profissional sobre para que serve o procedimento a ser realizado, caracterizada por não e sim.
5. Funcionamento das bombas de infusão e alarmes: questionamento do familiar/acompanhante para o profissional sobre como funciona as bombas de infusão e alarmes, caracterizada por não e sim.
6. Manipulação das bombas de infusão e alarmes pelo familiar/acompanhante,

- caracterizada por não e sim.
7. Motivo pelo qual o familiar/acompanhante manipula bomba de infusão e alarmes, caracterizada por: fui orientado pelos profissionais; para diminuir o trabalho dos profissionais; não ficar chamando os profissionais sempre que a bomba alarma; outro; não se aplica.
 8. Manipulação do equipo de soro em algum momento: questionamento ao familiar/acompanhante se ele manipula o equipo de soro em algum momento, caracterizada por não e sim.
 - 8.1 Momento em que o familiar/acompanhante manipula o equipo de soro, caracterizada por: durante o banho; durante a troca de roupas; durante a administração de medicamentos; todos os anteriores; outro momento, não se aplica.
 - 8.2 Alguém ensinou o familiar/acompanhante a manipular o equipo de soro: questionamento ao familiar/acompanhante se alguém lhe ensinou a manipular o equipo de soro, caracterizada por: não, sim e não se aplica.
 - 8.3 Quem ensinou o familiar/acompanhante a manipular o equipo de soro: questionamento ao familiar/acompanhante de quem lhe ensinou a manipular o equipo de soro, caracterizada por: enfermeiro; médico; aprendeu sozinho; outro; não se aplica.
 9. Realização de cuidados na criança pelo familiar/acompanhante com frequência, caracterizada por não e sim.
 10. Cuidados realizados na criança pelo familiar/acompanhante: tipo de cuidado que o familiar/acompanhante faz na criança, caracterizada por: banho; mudança de posição; troca de fraldas e/ou roupas; auxílio na alimentação; todos os anteriores; outro; não se aplica.
 11. Acompanhamento dos procedimentos feitos na criança pelo familiar/acompanhante, caracterizada por não e sim.
 12. Percepção do familiar/acompanhante quanto a erros cometidos pelos profissionais, caracterizada por não e sim.
 13. Erros cometidos pelos profissionais: percepção do familiar/acompanhante dos erros cometidos pelos profissionais, caracterizada por: erro na identificação do paciente; erro de medicação; erro durante os procedimentos; erro na manipulação de equipamentos; outro, qual ou quais?; não se aplica.
 14. Atitude do familiar/acompanhante diante do erro cometido pelo profissional, caracterizada por: questionei porque aconteceu; comuniquei outro profissional; pedi

que outro profissional cuidasse da criança; pedi que tomasse providências; outro; não se aplica.

Variáveis de higienização das mãos

1. Higienização das mãos antes e após tocar na criança: o familiar/acompanhante realiza a higiene das mãos antes e após tocar na criança, caracterizada por não e sim.
2. Higienização das mãos pelo profissional antes e após tocar na criança: percepção do familiar/acompanhante quanto a higienização das mãos pelo profissional, antes e após tocar na criança, caracterizada por não e sim.
3. Higienização das mãos pelo profissional antes de realizar procedimentos limpos na criança: percepção do familiar/acompanhante quanto a higienização das mãos pelo profissional, antes de realizar procedimentos limpos na criança, caracterizada por não e sim.
4. Higienização das mãos pelo profissional após se expor a fluidos corporais da criança: percepção do familiar/acompanhante quanto a higienização das mãos pelo profissional, após se expor a fluidos corporais da criança, caracterizada por não e sim.
5. Higienização das mãos pelo profissional após tocar em superfícies próximas à criança: percepção do familiar/acompanhante quanto a higienização das mãos pelo profissional, após tocar em superfícies próximas à criança, caracterizada por não e sim.
6. Não higienização das mãos pelo profissional em algum destes momentos: questionamento do familiar/acompanhante ao profissional quanto a higienização das mãos em algum destes momentos, caracterizada por: não, sim e não se aplica.

Variáveis de risco de quedas

1. Orientação ao familiar/acompanhante quanto aos cuidados a serem realizados na criança: questionamento do familiar/acompanhante a algum profissional sobre como deve cuidar da criança durante a internação, caracterizada por: não, sim e não se aplica.
2. Orientação dos profissionais ao familiar/acompanhante sobre os cuidados que ele pode realizar na criança, caracterizada por: banho; mudança de posição; troca de fraldas e/ou roupas; auxílio na alimentação; todos os anteriores, outro; não se aplica.
3. Levantamento das grades da cama pelo familiar/acompanhante quando precisa sair de perto da criança, caracterizada por não e sim.
4. Percepção do familiar/acompanhante quanto ao piso estar molhado antes de caminhar com a criança, caracterizada por não e sim e não se aplica.

5. Permissão do familiar/acompanhante para a criança caminhar sozinha pela UIP, caracterizada por: não, sim e não se aplica.

4.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi dividida em três etapas. A primeira etapa da coleta de dados constitui-se na elaboração do instrumento de coleta (APÊNDICE A), a partir da revisão de literatura sobre a participação da família/acompanhantes na assistência segura ao paciente pediátrico. Cabe destacar, que o instrumento foi elaborado de acordo com as seis metas internacionais de segurança do paciente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2019).

Além disso, o mesmo passou pela análise de uma enfermeira especialista na área de segurança do paciente pediátrico com leitura prévia e sugestões de adequação em alguns itens. Ainda, foi realizado pré-teste do instrumento com dois familiares/acompanhantes de crianças internadas, a fim de aprimorá-lo.

O instrumento é dividido em oito blocos, sendo: caracterização da criança; caracterização do familiar/acompanhante; identificação do paciente; comunicação; terapia medicamentosa; procedimentos corretos; higienização das mãos; e, risco de quedas.

A segunda etapa constituiu do reconhecimento do local de estudo e apresentação do projeto à chefia de Enfermagem das respectivas Unidades de Internação. Para tanto, foi realizado contato prévio com as Chefias de Enfermagem de cada Unidade e agendado uma reunião para apresentação. Nesse momento, foi realizada explicação sobre o projeto, ressaltando os objetivos, justificativa e etapas da pesquisa.

A terceira etapa constou da coleta de dados propriamente dita. Os dados foram coletados em entrevista, a partir da aplicação do instrumento à familiares/acompanhantes de crianças internadas. As entrevistas aconteceram em momentos oportunos, quando a criança estava estável e tranquila; e o com o aval da equipe de enfermagem que prestava assistência no momento. Quanto ao ambiente, procurou-se momentos em que não houvesse fluxo intenso de funcionários e ruídos externos e foi realizada no quarto ou na sala de passagem de plantão. Durante a entrevista a criança ficou sob supervisão de outro familiar/acompanhante ou de um familiar/acompanhante de outra criança. O tempo de duração da entrevista foi entre 10 a 15 minutos. A coleta ocorreu em período vespertino e noturno, nos meses de março a maio de 2019.

Cabe destacar, que os dados apresentados neste Trabalho de Conclusão de Curso serão os referentes às Metas Internacionais de Segurança do Paciente preconizadas pela OMS, devido a extensão do número de dados e a exigência de um artigo segundo a Resolução do CNE/CES nº 3 de 07 de novembro de 2001.

Os familiares/acompanhantes foram convidados a participar da pesquisa e, aqueles que estavam dentro dos critérios de inclusão e que aceitaram participar da pesquisa tiveram seus dados coletados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados as variáveis do estudo foram codificadas e organizadas em planilha no programa Microsoft Office Excel®, onde foi realizada a Análise Estatística Descritiva.

A estatística descritiva descreve e sintetiza as características principais advertidas em um conjunto de dados por meio de tabelas, gráficos e medidas-resumo, permitindo melhor compreensão do comportamento dos dados (FÁVERO; BELFIORE, 2017).

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo seguiu os princípios éticos estabelecidos na Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, utilizando o TCLE. Os participantes que estavam dentro dos critérios de inclusão neste estudo, tiveram total liberdade de adesão, estando assegurado o direito de suspender sua participação a qualquer momento pelo pesquisador. O TCLE foi entregue em duas cópias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante.

Foi explicado aos participantes detalhadamente sobre o objetivo da pesquisa e sobre o processo de coleta de dados. A participação na pesquisa não teve custo aos participantes e não houve nenhuma retribuição econômica aos mesmos. Somente as pesquisadoras tem acesso aos dados coletados e os instrumentos preenchidos que ficarão guardados com as mesmas por cinco anos e, após serão destruídos.

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP-UFSC) com Parecer Número: 3.091.496, sendo localizado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 03425418.6.0000.0121 e; pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Pediátrico do Estado de Santa Catarina com Parecer Número: 3.200.427, sendo localizado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 03425418.6.3001.5361.

5. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram apresentados na forma de manuscritos, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem da Resolução do CNE/CES nº 3 de 07 de novembro de 2001 e seguindo a normativa para apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O trabalho, desta forma, resultou em um manuscrito denominado:

Manuscrito 1 – Assistência segura por meio da participação do familiar/acompanhante na hospitalização pediátrica.

5.1 MANUSCRITO 1 - ASSISTÊNCIA SEGURA POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE NA HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA

Luana Marques da Silva¹

Patrícia Kuerten Rocha²

Ana Izabel Jatobá de Souza³

RESUMO

Objetivo: Descrever a participação de familiares/acompanhantes na assistência segura à criança hospitalizada quanto ao processo da comunicação, terapia medicamentosa e procedimentos corretos. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, descritiva exploratória. Amostra intencional não probabilística, com 91 familiares/acompanhantes em duas Unidades de Internação Pediátrica, de um Hospital Pediátrico do Estado de Santa Catarina, Brasil. Foram seguidos critérios de inclusão e exclusão para participação no estudo. Os dados foram coletados por meio de instrumento, no período vespertino e noturno. A análise dos dados foi por meio de análise descritiva simples no programa Microsoft Office Excel®. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sobre CAEE 03425418.6.3001.5361. **Resultados:** Os familiares em sua maioria eram representados pelas mães e a média de idade foi de 31 anos. A média de idade das crianças internadas foi de dois anos, sendo 57 do sexo masculino. Em

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Laboratório de Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA). Florianópolis, Santa Catarina (SC), Brasil. E-mail: luana.layla@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora de Graduação e da Pós graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Laboratório de Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA). Florianópolis, Santa Catarina (SC), Brasil. E-mail: pkrochaucip@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora de Graduação e da Pós graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA). Florianópolis, Santa Catarina (SC), Brasil. E-mail: aijsenf@gmail.com

relação à comunicação, 60,4% dos familiares/acompanhantes não participaram nas tomadas de decisão com a equipe. Ainda 75,8% questiona os profissionais quanto aos medicamentos administrados e 69 (75,8%) questionam os profissionais sobre o procedimento a ser realizado.

Conclusões: os familiares/acompanhantes geralmente participam da assistência prestada à criança, porém, há necessidade de que sejam criadas ações onde a participação destes seja mais ativa e segura.

Descritores: enfermagem, pediatria, família, segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

O tema segurança do paciente vem adquirindo prioridade nos sistemas de saúde do mundo desde as últimas três décadas. Várias iniciativas, programas e pesquisas sobre segurança do paciente tem sido realizadas, além de ferramentas para aprimorar o desempenho dos profissionais, além de programas internacionais de acreditação, que visam a segurança do paciente em nível nacional e hospitalar (CHO; CHOI, 2018).

A segurança do paciente tem como foco a prevenção de eventos adversos e erros causados ao paciente durante a assistência em saúde. O grande desafio do século XXI é manter os profissionais atualizados quanto aos procedimentos clínicos e a utilização dos modernos equipamentos de alta tecnologia. Portanto, precisa-se fornecer um cuidado mais seguro em ambientes complexos que favoreçam a ocorrência do erro (SULTANA et al., 2018).

Cabe destacar que o erro é definido como uma falha para concluir uma ação planejada conforme pretendida e/ou como aplicação de um plano errado para atingir um objetivo. Estes podem ser classificados como erro de execução ou erro de planejamento e geralmente causam insuficiências nos sistemas de cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No intuito de evitar que erros ocorram, tem-se estimulado como estratégia o envolvimento do próprio paciente nas ações de cuidado (SILVA et al., 2016). Neste sentido a WHO criou o Programa Pacientes para a Segurança do Paciente, que agrega pacientes, profissionais, gestores e vítimas de danos para melhorar a segurança e estimular que os pacientes sejam o centro do cuidado e sejam envolvidos como parceiros absolutos na assistência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Assim, também no intuito de reduzir a ocorrência de erros a *Joint Commission International* (JCI) criou seis metas para segurança do paciente, que são: identificar corretamente os pacientes; melhorar a comunicação eficaz; melhorar a segurança de medicamentos de alto risco; garantir a segurança da cirurgia; reduzir o risco de infecções

relacionadas à assistência à saúde; e, reduzir o risco de danos ao paciente resultante de quedas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2019).

Cabe destacar que as crianças apresentam um risco aumentado de possíveis erros na assistência em saúde, se comparado aos adultos (REES; WIMBERG; WALSH, 2018). Estudo mostrou que os erros em ambientes pediátricos vêm crescendo a um ritmo preocupante, principalmente porque quando este ocorre no ambiente pediátrico várias pessoas são afetadas: criança, sua família e equipe de saúde (KOLLER; ESPIN, 2018).

Em pediatria, os pacientes e os familiares são participativos na assistência, portanto, suas percepções sobre segurança do paciente são indicadores importantes, pois os pais são testemunhas iniciais quando há ocorrência de erros, se inserem no cuidado ao aderirem a procedimentos de segurança, como a higiene das mãos, e transferem informações aos profissionais durante as trocas de plantões (COX et al., 2017).

A participação dos familiares/acompanhantes pode ser dita então como indispensável, principalmente, no que diz respeito as metas de segurança do paciente, ganhando destaque as metas de comunicação eficaz, prática medicamentosa segura e realização de procedimentos corretos.

Na hospitalização infantil muitos fatores estão envolvidos para sua segurança em função dos estágios de desenvolvimento e a dependência para o autocuidado. À assistência ao paciente pediátrico visa dominar os erros e analisar quais fatores levaram ao surgimento dos mesmos, a fim de implementar medidas de melhorias para diminuí-los; por meio da redução nos gradientes de hierarquia e fortalecimento dos processos de comunicação entre a equipe (MACEDO et al., 2016).

Estudo realizado com familiares de crianças que possuem doenças onco-hematológicas mostrou que a família e as crianças ficam ressentidas quando o atendimento oferecido pela equipe é impessoal, e consideram a comunicação como essencial na construção do vínculo de confiança e no esclarecimento de dúvidas acerca do tratamento (AFONSO; MINAYO, 2017).

Além da ocorrência de possíveis erros em função de os pacientes pediátricos nem sempre estarem aptos a uma comunicação segura, estes são particularmente suscetíveis a erros de medicação e danos decorrentes da não utilização ou utilização imprópria de medicamentos, pelo fato de possuírem um desenvolvimento fisiológico incompleto aliado a complexidade dos sistemas de administração de medicamentos em pediatria. O envolvimento dos familiares e das próprias crianças no processo de administração de medicação pode reduzir a ocorrência

de erros, pois os mesmos podem ser identificados antes mesmo de acontecerem (WINCK; FIGUEREDO, 2017).

Estudo sobre troca de informações acerca da medicação entre profissionais e familiares mostrou que o envolvimento da família no cuidado pode melhorar a segurança do paciente pediátrico, incluindo a segurança na prática medicamentosa. Dos casos em que as famílias participaram, 8% tiveram como resultado mudanças na medicação. O estudo ainda apontou que as famílias podem levantar tópicos que facilitam o processo de identificação e tratamento de eventos adversos decorrentes da prática medicamentosa (BENJAMIN et al., 2014).

A assistência em saúde envolve procedimentos que fazem parte do cuidado em pediatria. A experiência das crianças com procedimentos é muitas vezes dolorosa e angustiante. Assim, a presença dos familiares durante os procedimentos pode ter efeitos benéficos na relação profissional/paciente e nos resultados dos procedimentos realizados na criança (ZHANG et al., 2018).

Estudo descritivo sobre a presença de familiares durante a redução de fraturas pediátricas mostrou que a maior parte dos familiares se sentem menos ansiosos quando assistem os procedimentos realizados na criança. Os membros da família em grande parte preferem acompanhar os procedimentos e acreditam que é importante perguntar onde prefeririam estar durante o procedimento (ZHANG et al., 2018).

A participação da família no cuidado à criança hospitalizada, cooperando nos cuidados juntamente com os profissionais de saúde, ofertando informações referentes à saúde da criança e sua evolução, tem sido objeto de estudo para identificar como essa participação tem acontecido no cotidiano assistencial (CHAGAS et al., 2017).

Assim, tem-se como objetivo deste estudo descrever a participação de familiares/acompanhantes na assistência segura à criança hospitalizada quanto ao processo da comunicação, terapia medicamentosa e procedimentos corretos.

METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa, descritiva exploratória, desenvolvida em duas Unidades de Internação Pediátrica (UIPs), de um Hospital Pediátrico do Estado de Santa Catarina, Brasil, no período de março a outubro de 2019.

Amostra intencional, não probabilística, composta por 91 familiares/acompanhantes de crianças hospitalizadas nas duas unidades clínicas pediátricas, no período da coleta de dados, ou seja, março a maio de 2019.

Adotou-se como critérios de inclusão: familiares/acompanhantes de criança com idade entre zero dias e 10 anos; com mais de três dias de internação; e, com no máximo três internações. Quanto aos critérios de exclusão: familiar/acompanhante que já tenha respondido o instrumento previamente; e, instrumento incompleto.

O estudo contemplou três etapas, sendo a primeira a elaboração do instrumento de coleta de dados, que foi elaborado de acordo com as seis metas internacionais de segurança do paciente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2019). Cabe destacar, que foi realizado um pré-teste com o instrumento de coleta de dados, ou seja, o mesmo foi analisado por uma enfermeira especialista na área de segurança do paciente pediátrico, posteriormente testado em uma unidade pediátrica com dois familiares/acompanhantes e aprimorado.

O instrumento foi dividido em oito blocos, sendo: caracterização da criança; caracterização do familiar/acompanhante; identificação do paciente; comunicação; terapia medicamentosa; procedimentos corretos; higienização das mãos; e, risco de quedas. Para a construção deste manuscrito utilizou-se os resultados encontrados quanto a três metas da segurança do paciente: comunicação, terapia medicamentosa e procedimentos corretos.

A segunda etapa constou da apresentação do projeto à Chefia das UIPs e a terceira etapa foi a coleta de dados.

Os dados foram coletados a partir da aplicação do instrumento a familiares/acompanhantes, no período vespertino e noturno, na sala de passagem de plantão ou quarto da criança, sendo que a entrevista teve duração de 10 a 15 minutos, seguindo os critérios de inclusão do estudo e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo seguiu os princípios éticos de pesquisas e contou com a aprovação do Comitê de Ética que envolve pesquisa com seres humanos da Instituição investigada, com Parecer Número: 3.200.427, sendo localizado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 03425418.6.3001.5361. Destaca-se que para o anonimato das Unidades, em que foi realizada a coleta de dados, as mesmas serão denominadas como Unidades 1 e 2.

A análise dos dados foi realizada por meio de análise estatística descritiva simples no Microsoft Office Excel®, após as variáveis serem codificadas e organizadas em planilha no mesmo programa.

RESULTADOS

Participaram do estudo 91 familiares/acompanhantes de crianças hospitalizadas, sendo que 51 (56,1%) estavam internadas na Unidade 1 e 40 (43,9%) na Unidade 2, com média de

idade de dois anos, sendo que a maioria 57 (62,6%) das crianças eram do sexo masculino (Tabela 1).

Cabe destacar, que o tempo de internação variou predominantemente entre três e 10 dias, sendo que a maioria delas não tinha história de internação pregressa, e as que tinham era predominantemente no mesmo Hospital.

Tabela 1 - Caracterização das crianças de acordo com unidade de internação, idade, sexo, tempo de internação, internações anteriores, hospital que já internou anteriormente. Florianópolis, SC, Brasil, 2019.

Categorização da criança	N	(%)
Unidade de Internação		
1	51	(56,1%)
2	40	(43,9%)
Idade		
00 anos - 02 anos 11 meses e 29 dias	66	(72,5%)
03 anos - 05 anos 11 meses e 29 dias	16	(17,6%)
06 anos - 09 anos 11 meses e 29 dias	9	(9,9%)
Sexo		
Feminino	34	(37,4%)
Masculino	57	(62,6%)
Tempo de internação		
03- 10 dias	81	(89%)
11- 20 dias	08	(8,8%)
21- 30 dias	02	(2,2%)
Internações anteriores		
Sim	37	(40,7%)
Não	54	(59,3%)
Hospital que já internou anteriormente		
Respectivo hospital	21	(56,8%)
Outro hospital	16	(43,2%)

Fonte: Banco de dados da autora

O diagnóstico das crianças apresentou variações consideráveis, porém 39 (42,8%) crianças foram internadas por apresentarem problemas respiratórios (pneumonia, bronquiolite, derrame pleural, asma, gripe, amigdalectomia). Seguido das doenças do aparelho geniturinário

e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, ambos apresentados por 8 (8,8%) crianças, e doenças infecciosas e parasitárias por 7 (7,7%) crianças (Tabela 2).

Tabela 2 - Motivo de internação da criança agrupados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Grupo de doenças segundo a CID-10	N (%)	Doenças
Doenças infecciosas e parasitárias	7 (7,7)	Disenteria bacteriana, meningite, infecção parasitária
Neoplasias (tumores)	1 (1,1)	Ganglioneuroblastoma
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3 (3,3)	Hepatectomia, colestase, esplenomegalia
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8 (8,8)	Fibrose cística, desnutrição, diabetes mellitus, desidratação, hiperinsulinismo
Doenças do sistema nervoso	5 (5,5)	Hidrocefalia, Síndrome de West, epilepsia
Doenças do aparelho circulatório	3 (3,3)	Síndrome de Susac, hipertensão pulmonar, cardiopata
Doenças do aparelho respiratório	39 (42,8)	Pneumonia, bronquiolite, derrame pleural, asma, gripe, amigdalectomia
Doenças do aparelho digestivo	6 (6,6)	Problema gástrico, diarreia, constipação, problema gastrointestinal com dieta elementar, apendicite
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2 (2,2)	Celulite orbitária, celulite em membro inferior
Doenças do aparelho geniturinário	8 (8,8)	Infecção do trato urinário, nefropatia, insuficiência renal
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	2 (2,2)	Laringomalacia e craniostenose
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	4 (4,4)	Exame de laboratório, hematúria, febre à esclarecer

Causas externas de morbidade e de mortalidade	3 (3,3)	Reação vacinal, queda.
---	---------	------------------------

Fonte: Banco de dados da autora

Em relação a categorização dos familiares/acompanhantes 83 (91,2%) são do sexo feminino e 8 (8,8%) do sexo masculino. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 66, com média de 31 anos. Tratando-se da escolaridade 42 (46,1%) possuem ensino médio completo ou equivalente, 16 (17,6%) ensino médio incompleto ou equivalente, 10 (11%) ensino superior incompleto ou equivalente, 9 (9,9%) ensino fundamental completo ou equivalente, 7 (7,7%) ensino fundamental incompleto ou equivalente e 7 (7,7%) ensino superior completo ou equivalente.

Ainda quanto à categorização do familiar/acompanhante, foi verificado que o grau de parentesco deste com a criança em sua maioria são mães, totalizando 75 (82,4%), seguido de 7 (7,7%) pais; 2 (2,2%) tios (as); 4 (4,4%) avós; 1 (1,1%) padrasto, 1 (1,1%) bisavó e 1 (1,1%) irmã.

Quando abordados quanto à comunicação segura, na questão que envolve o recebimento de informações do profissional de saúde quanto ao estado de saúde da criança 84 (92,3%) alegaram que receberam informações e sete (7,7%) que não receberam. Destes, cinco (5,5%) questionaram algum dos profissionais de saúde sobre a informação e dois (2,2%) não questionaram.

Destaca-se que para os 84 (92,2%) familiares/acompanhantes que receberam informações do estado de saúde da criança, também foi repassado pelos profissionais outras informações, como grau de gravidade para 55 (65,5%) participantes, diagnóstico clínico da criança para 25 (29,7%), probabilidade de alta hospitalar para 2 (2,4%) e resultados de exames para 2 (2,4%) familiares/acompanhantes durante os dias de internação.

Segundo os 89 familiares/acompanhantes, ou seja, os que receberam informações e os que questionaram sobre o estado de saúde da criança, os profissionais que mais passaram tais informações foram os médicos 60 (67,3%), seguidos pelos enfermeiros 18 (20,3%), técnicos de enfermagem 10 (11,3%) e nutróloga 1 (1,1%).

Em relação a existência de problemas de comunicação entre o familiar/acompanhante com a equipe de saúde 86 (94,5%) participantes responderam que não possuíam e 5 (5,5%) responderam que possuíam. Destes cinco, três falaram que os profissionais não respondiam seus questionamentos, um falou que não compreendia o que os profissionais falavam e um afirmou que os profissionais não respondiam seus pedidos.

Quando questionado ao familiar/acompanhante se o mesmo considera importante que a criança receba visitas enquanto está hospitalizada 15 (16,5%) responderam que não e 76 (83,5%) responderam sim. Dos 76, 12 (15,8%) acreditam que a visita é uma forma de apoio à criança, 50 (65,8%) acreditam que proporciona conforto e bem-estar à criança, 12 (15,8%) acreditam que serve para ajudar o acompanhante nos cuidados com a criança e 2 (2,6%) para observar como a equipe de saúde oferece assistência à criança. Sobre o tempo de visita ser adequado (das 11h às 21h na Instituição investigada) 88 (96,7%) consideraram adequado e 3 (3,3%) não consideraram.

Foi questionado também se o familiar/acompanhante participa com a equipe nas tomadas de decisões quanto ao tratamento da criança e a maioria dos participantes, ou seja 55 (60,4%) não participaram nas tomadas de decisão e 36 (39,6%) participaram. Destes 36, 20 (55,5%) participaram manifestando suas opiniões, 10 (27,8%) falando sobre as preferências da criança e 6 (16,7%) dando sua opinião quando solicitado.

Ainda, dos 36 familiares/acompanhantes que participaram nas tomadas de decisão sobre o tratamento da criança, 29 (80,5%) participaram da visita médica e 7 (19,5%) em outros momentos, como: quando surge alguma dúvida; quando a criança está com algum desconforto; quando tem a oportunidade de ficar a sós com os profissionais; quando considera importante; durante a visita dos enfermeiros; e, quando se sente a vontade para participar nas decisões.

Sobre a ocorrência de erros, foi questionado aos familiares/acompanhantes se os mesmos sabiam se já foi cometido algum erro no cuidado à criança e 78 (85,7%) não sabiam da ocorrência de erros e 13 (14,3%) sabiam que já havia sido cometido algum erro. Destes 13 que sabiam da existência de erros, 9 (69,2%) familiares/acompanhantes não foram comunicados pelos profissionais e 4 (30,8%) foram comunicados. Ainda destes 13 familiares/acompanhantes, 3 (23,1%) não questionaram sobre os erros e 10 (76,9%) questionaram o motivo dos erros terem acontecido.

Os familiares/acompanhantes quando questionados sobre terapia medicamentosa, e se os profissionais de saúde confirmam a identificação da criança antes de administrar o medicamento, 79 (86,9%) participantes responderam que observam se o profissional confirma a identidade da criança, e 12 (13,1%) responderam que não observam.

A maioria dos participantes, ou seja, 69 (75,8%) questionam os profissionais quanto aos medicamentos administrados, ou seja, o porquê da administração e qual ação do medicamento no tratamento da criança.

A presença do familiar/acompanhante durante a administração da medicação foi outro tópico levantado, e revelou que 86 (94,5%) dos participantes ficaram presentes no momento da administração da medicação e 5 (5,5%) dos familiares/acompanhantes não permaneceram junto às crianças.

Quanto a importância de acompanhar a administração de medicamento, a maioria 85 (93,4%) familiares/acompanhantes acreditam que estar presente neste momento é importante, porém 6 (6,6%) participantes responderam que não consideram importante este momento. Destes 85, 33 (38,8%) consideram importante, pois assim podem observar se o profissional está realizando a técnica correta, 32 (37,7%) para avaliar se o profissional comete algum erro, 16 (18,8%) para dar suporte emocional à criança e 4 (4,75) consideram importante por outros motivos, como: controlar a criança; aprender a técnica, pois precisará repetir em casa; e, observar se a criança apresenta alguma reação.

Quando questionados se os mesmos administram algum medicamento na criança durante a hospitalização 50 (55%) responderam que não, porém 41 (45%) responderam que administram.

Os familiares/acompanhantes na sua maioria 82 (90,1%) informam aos profissionais de saúde se a criança possui algum processo alérgico a medicamentos, sendo que, 9 (9,9%) não informam.

Sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos 47 (51,6%) familiares/acompanhantes não questionam os profissionais se o medicamento pode causar algum efeito colateral e, 44 (48,4%) questionam.

Ainda, 52 (57,1%) dos familiares/acompanhantes referiram não observar se a criança apresenta algum tipo de alteração após o uso de medicação e avisar ao profissional de saúde, sendo que 39 (42,9%) responderam que observam e avisam ao profissional.

A realização de procedimentos na criança é uma prática comum na hospitalização, assim os familiares/participantes foram questionados se a criança foi identificada antes da realização dos mesmos e observado que 78 (85,7%) participantes observaram se o profissional identifica a criança, sendo que 13 (14,3%) não observaram. Destes 78 familiares/acompanhantes, 43 (55,1%) afirmaram que os profissionais perguntam ao acompanhante o nome da criança, 33 (42,3%) que os profissionais olham na identificação contida na parede e 2 (2,6%) relataram que o profissional confirma a identidade da criança na pulseira de identificação.

Ainda, aos 78 familiares/acompanhantes foi questionado se eles pedem para o profissional confirmar a identidade da criança quando esquecem, 43 (55,1%) responderam que sim e 35 (44,9%) responderam que não pedem.

Cabe destacar, que a maioria dos participantes, 69 (75,8%) questionam os profissionais sobre o procedimento a ser realizado e 22 (24,2%) não questionam.

Quando questionado aos familiares/acompanhantes se os mesmos perguntam aos profissionais como funciona as bombas de infusão e alarmes a maioria 65 (71,4%) respondeu que não questionam e 26 (28,6%) que sim.

Quanto a manipulação de bombas de infusão e alarmes pelos familiares/acompanhantes, apenas 1 (1,1%) respondeu que manipula as mesmas, o restante 90 (98,9%) responderam que não. O único participante que manipula a bomba de infusão e alarmes, quando questionado sobre o porquê de manipular as mesmas, respondeu que foi orientado pelos profissionais.

A maioria dos participantes, ou seja, 81 (89%) não manipulam os equipos de soro e 10 (11%) sim. Destes, um manipula durante o banho, seis durante a troca de roupas e três nos dois momentos anteriores.

Aos participantes que responderam que manipulam os equipos de soro foi questionado se alguém lhes ensinou, três responderam que não e sete responderam sim, sendo cinco ensinados pelo enfermeiro e dois pelo técnico e enfermagem.

Em relação à execução de alguma forma de cuidado à criança durante a hospitalização, 82 (91,2%) familiares/acompanhante realizam banho, troca de fraldas e/ou roupas e auxílio na alimentação; 3 (3,3%) realizam o banho; 3 (3,3%) troca de fraldas e/ou roupas; e 2 (2,2%) auxiliam na alimentação.

Quanto ao familiar/acompanhante acompanhar os procedimentos realizados na criança, 87 (95,6%) acompanham e 4 (4,4%) não acompanham.

Por fim, foi questionado aos familiares/acompanhantes se eles já perceberam algum erro por parte dos profissionais relacionado aos procedimentos e 76 (83,5%) responderam que não e 15 (16,5%) responderam que já perceberam algum tipo de erro. Destes, sete perceberam erro de medicação, sete erros durante os procedimentos e um percebeu erro de laboratório.

Dos possíveis erros, em nove os participantes questionaram o profissional sobre o porquê do erro acontecer, um comunicou outro profissional, quatro pediram que o profissional tomasse providências e um não teve nenhuma atitude perante o erro.

DISCUSSÃO

A permanência dos familiares/acompanhantes e o seu envolvimento no processo de saúde e de doença na assistência prestada à criança, são atitudes consideradas importantes e reconhecidas mundialmente (CHAGAS et al., 2017).

Assim, neste estudo, a participação de familiares/acompanhantes foi representada principalmente pelas mães, com a média de 31 anos de idade, cuja formação majoritária foi a do ensino médio completo ou equivalente ou ensino médio incompleto. Tais achados são similares ao estudo realizado com 10 familiares/acompanhantes de crianças hospitalizadas, sendo que nove eram mães, com faixa etária entre 23 e 39 anos e, com grau de escolaridade variando entre superior completo, médio completo e médio incompleto (CARDOSO et al., 2019).

Quanto as características das crianças, a média de idade foi de dois anos e o diagnóstico da maioria estavam relacionados a problemas respiratórios (pneumonia, bronquiolite, derrame pleural, asma, gripe, amigdalectomia). Outro estudo, abordando a ocorrência de eventos adversos a medicamentos, realizado no setor de urgência e emergência pediátrica de um Hospital de Ensino, a média de idade das crianças foi de 4,3 anos e os principais diagnósticos encontrados também estavam relacionados às doenças do sistema respiratório como pneumonia, bronquiolite e faringite (SILVA et al., 2017).

Atualmente há uma mudança potencialmente transformadora com relação ao papel dos familiares de crianças hospitalizadas, sendo a comunicação efetiva por meio de informações sobre diagnóstico e tratamento aquela que facilita o envolvimento destes na assistência (RODRIGUES et al., 2018).

Com relação ao recebimento de informações quando ao estado de saúde da criança, 84 familiares/acompanhantes receberam informações dos profissionais de saúde sobre o grau de gravidade, diagnóstico clínico, probabilidade de alta hospitalar e resultados de exames. Alguns comportamentos dos profissionais de saúde podem ajudar na comunicação, como: capacidade de interação psicossocial; explicações de qualidade, informações detalhadas e uso de linguagem compreensível; promoção de suporte social e acolhimento a questões emocionais; centralização no paciente e acompanhante (KHOLSDORF; C. JUNIOR, 2016).

A disponibilidade de tempo para questionamentos, identificação do paciente pelo próprio nome e estabelecimento de vínculo colaborativo são, também, elementos importantes que facilitam a comunicação entre profissionais de saúde e familiares (KHOLSDORF; C. JUNIOR, 2016).

Cabe destacar, que neste estudo a maioria dos familiares/acompanhantes não possuem problemas de comunicação com a equipe. A comunicação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde é muito importante para assegurar um atendimento de qualidade e tem um impacto positivo no envolvimento do paciente/familiares na assistência em saúde. Logo, a comunicação é importante e contribui para a satisfação do familiar e para a segurança do paciente (STANS et al., 2018).

Observou-se que, relacionado a participação do familiar/acompanhante na tomada de decisão quanto ao tratamento da criança, a maioria não participa. A participação da família nos cuidados prestados à criança fortalece a capacidade de entender o tratamento, facilita o restabelecimento da saúde da criança e promove o controle de qualidade do atendimento. Portanto, a família deve ser incluída no cuidado, principalmente na participação do planejamento das ações de cuidado, tendo espaço para expor seus problemas e necessidades. Assim, o envolvimento da família no cuidado compartilhado com os profissionais contribui para a qualidade deste (ESTEVÃO et al., 2016).

Nesse sentido, a família deve ser vista para além de uma simples expectadora do processo terapêutico e, deve ser incluída como participante ativa, contribuinte do tratamento da criança (SILVA; SANTOS; PRUDÊNCIO, 2017).

O estudo aponta que participantes observaram erros durante a assistência, porém poucos destes erros foram comunicados pelo profissional de saúde ao familiar/acompanhante. De acordo com os modelos de acreditação hospitalar os pacientes e seus familiares devem ser informados sobre a ocorrência de erros durante o tratamento (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2017). A revelação de erros é uma forma de comunicação entre profissionais de saúde e familiares. Além da revelação do erro, o profissional deve discutir o acontecido, explicar as repercussões do mesmo de forma que os pacientes e familiares/acompanhantes possam compreender o que está sendo dito (BATISTA et al., 2019).

Os pacientes e familiares que sofreram algum tipo de erro esperam receber informações claras de como este aconteceu, como será evitado no futuro, além de um pedido de desculpas. A maneira como a informação é contada, imediatamente após a ocorrência, está diretamente relacionada com as medidas que o paciente e seus familiares/acompanhantes vão assumir após o erro (BRANCO, 2019). Em contrapartida, se o erro não for comunicado aos familiares e estes futuramente descobrirem que aconteceu, e, se causou dano e não foi comunicado, a relação entre profissional de saúde e familiares será afetada, quebrando o vínculo de confiança (DALMOLIN; GOLDIM, 2013).

Os pacientes e seus familiares podem e devem colaborar para a qualidade da assistência em saúde, atuando como agentes ativos na procura pela própria segurança, até mesmo na prevenção de erros de medicação. Assim, é considerável que os profissionais de saúde, além de incentivarem a participação dos familiares na assistência, também escutem e reconheçam seus alertas com o objetivo de evitar que erros aconteçam e evoluam para condições irreversíveis (SOUZA et al., 2018).

A maioria dos participantes questionaram quanto as razões para a administração e a ação do medicamento, estudo sobre o conhecimento do paciente e dos familiares sobre a assistência hospitalar recebida durante a internação, verificou que os familiares devem estar informados dos riscos e benefícios da terapia medicamentosa, podendo assim serem contribuintes na prevenção de erros (PEDRO et al., 2016).

A pesquisa também evidenciou que 86 dos participantes estão presentes no momento da administração da medicação e 85 acreditam ser importante acompanhar a administração de medicamentos. Cabe destacar que o momento da administração de medicamentos é uma oportunidade para detecção de erros que podem ter passado despercebidos durante todo o processo de dispensação, armazenamento e preparo. Logo, quando os familiares estão cientes sobre a terapia medicamentosa, estes podem ser agentes para deter um provável erro (PEDRO et al., 2016).

Além disso, quanto a administração de medicamentos pelos familiares/acompanhantes, a literatura aponta que é frequente os familiares cometerem erros na administração de medicamentos líquidos às crianças. Estes erros são muitas vezes facultados à problemas no rótulo, embalagem e dosagem de medicamentos, que empregam unidades de medida diversas e instruções que confundem (HALPERN, 2016).

Portanto, antes de os profissionais permitirem que os familiares/acompanhantes administrem medicamentos orais às crianças, os mesmos precisam ensinar a técnica correta aos mesmos para evitar que erros aconteçam. Os familiares/acompanhantes podem ser facilitadores no processo de cuidar, principalmente na prática medicamentosa, no entanto necessitam de preparo para desempenhar tal função.

Salienta-se que nesse estudo, a maioria dos familiares/acompanhantes não questionava os profissionais de saúde se a medicação poderia causar efeitos colaterais. Fato que pode ser preocupante, pois não conhecendo o potencial risco da terapia medicamentosa, estes podem ter dificuldades em identificar sinais e sintomas adversos a terapêutica na criança (PEDRO et al., 2016).

O estudo traz que a maioria dos participantes observam se o profissional confirma a identidade da criança antes de realizar qualquer procedimento e pedem para o profissional confirmar a identidade da criança quando este não o faz. A identificação correta do paciente é uma medida que evita erros. Estando ciente da importância de identificar corretamente os pacientes antes da realização de qualquer procedimento, os familiares/acompanhantes podem solicitar aos profissionais de saúde que identifiquem a criança para que não haja troca de pacientes e erros aconteçam.

Sabe-se que várias estratégias podem ser utilizadas para promover a segurança do paciente, dentre elas, a identificação correta. Para que tal estratégia seja alcançada, os profissionais de saúde precisam realizar a confirmação da identidade do paciente previamente a qualquer procedimento de modo que o cuidado seja realizado no paciente correto. Além disso, os profissionais precisam orientar o paciente e seus familiares/acompanhantes quanto o uso da pulseira de identificação (BANDEIRA et al., 2017).

Cabe destacar que a maioria dos participantes do estudo questiona os profissionais sobre o procedimento a ser realizado na criança. Estando cientes dos procedimentos que estão sendo realizados, da indispensabilidade destes e sendo informados regularmente sobre o estado de saúde da criança, os familiares podem sentir-se mais seguros e viverem uma situação menos desconfortável, situação que contribui também para a diminuição do sofrimento da criança (SILVA et al., 2017).

O estudo evidenciou que alguns participantes manipulam o equipo de soro em algum momento, no entanto, apenas alguns destes foram ensinados a realizar a manipulação do equipo. Do ponto de vista dos profissionais, os familiares podem participar dos cuidados, contanto que seja após explicação preliminar do procedimento, seguida de exemplificação realizada pelos enfermeiros, e depois de executarem a ação sob supervisão dos mesmos. No entanto, a realização de procedimentos técnicos pelos familiares envolve processos de aprendizagem mais complexos para lidar com novos contextos e exigências (MELO et al., 2014).

Apesar dos avanços na inclusão dos familiares no cuidado prestado à criança, a interação entre estes e os profissionais de saúde ainda é vista como uma tarefa complexa. A hospitalização da criança ainda constitui um acontecimento assustador e a realização dos cuidados centrados na família colabora para a manutenção da regularidade da unidade familiar, fortalece os papéis e laços familiares com a criança, além de propiciar maior segurança e afetividade (MENDES, 2016).

Durante a hospitalização da criança, os familiares tem sentimento de medo, ansiedade e frustração, porém quando são incluídos nos cuidados sentem uma diminuição da ansiedade e sentem-se mais seguros (MENDES, 2016).

Quanto a participação dos familiares/acompanhantes estes a auxiliam a criança em cuidados como realização do banho, troca de fraldas e roupas e auxílio na alimentação. A função dos familiares nos cuidados à criança hospitalizada consiste numa extensão do papel que executam em casa, portanto implica no desenvolvimento de competências aprimorando-se para exercer o papel de familiar. Para tal, os profissionais devem direcionar suas ações buscando ajudar estes, permitindo que os mesmos realizem os cuidados, incentivando-os, envolvendo-os e auxiliando-os no seu papel de cuidadores (MENDES, 2016).

Cabe destacar, que a maioria dos participantes acompanha a realização de procedimentos o que oferece benefícios, visto que o mesmo pode observar os esforços da equipe de saúde para atender à criança. Além disso, o fato dos familiares estarem presentes pode proporcionar maior segurança para a equipe pois, a mesma pode esclarecer dúvidas relacionadas aos procedimentos. Assim sendo, a presença dos familiares durante os procedimentos é capaz de auxiliar na compreensão sobre toda a assistência prestada à criança e diminuir as dúvidas sobre o esforço e desempenho da equipe (SILVA et al., 2017).

O ato de os profissionais escutarem ativamente os familiares pode auxiliar na constatação de alterações ou na identificação precoce do erro. Cabe destacar que ninguém melhor que o próprio paciente e seus familiares/acompanhantes para conhecer seu estado de saúde. Nesta perspectiva, os profissionais de saúde não podem ignorar as informações passadas pelos familiares, pois é uma prática antiética e porque as informações podem ser úteis para evitar a ocorrência de erros (SOUZA et al., 2018; BRANCO, 2019).

Deste modo, a participação do familiar/acompanhante durante a hospitalização da criança juntamente com os profissionais de saúde é uma estratégia de segurança do paciente pediátrico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam que familiares/acompanhantes participam em sua maioria da assistência prestada à criança, no entanto existe necessidade de ações que façam com que a participação destes seja ainda mais efetiva e eficaz. Para que estas ações sejam implementadas de maneira clara e objetiva é necessário que os profissionais e instituições de saúde estejam cientes da importância da participação dos familiares/acompanhantes na assistência segura ao paciente pediátrico.

Além disso, é necessário que os serviços de saúde promovam orientações aos familiares sobre segurança do paciente a fim de proporcionar a estes esclarecimento de como podem atuar juntamente com a equipe de saúde nos cuidados ofertados à criança. Faz-se necessário também, que os profissionais incluam em suas explicações sobre a hospitalização para os familiares, falas que os incentivem a participar dos cuidados oferecidos à criança a fim de junto com a equipe buscarem a criação de estratégias de segurança do paciente.

Com os resultados obtidos verifica-se a importância da participação dos familiares na assistência à criança, visto que os mesmos, estando cientes das práticas dos profissionais, serão capazes de observar riscos e serem barreiras para possíveis erros. Portanto, a participação dos familiares é essencial para a segurança do paciente pediátrico.

Nesta perspectiva, recomendamos que sejam realizados mais estudos sobre a participação dos familiares/acompanhantes na segurança do paciente pediátrico.

Destacamos como limitação deste o período reduzido de coleta de dados, o que influenciou na escolha de apenas duas unidades de internação pediátrica, não oferecendo uma perspectiva amostral mais abrangente da população pediátrica.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Selene Beviláqua Chaves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Relações entre oncohematopediatras, mães e crianças na comunicação de notícias difíceis. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.53-62, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://go-galegroup.ez46.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&u=capes&id=GALE|A483560119&v=2.1&it=r>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- BANDEIRA, Larissa Edom et al. Educational conducts on patient safety to family members of hospitalized children: multiprofessional team records. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, p.1-8, 2017. GN1 Genesis Network. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/164989>. Acesso em: 24 jul. 2019.
- BATISTA, Josemar et al. Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 40, n. , p.1-7, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180192.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.
- BENJAMIN, J. M. et al. Family-Initiated Dialogue About Medications During Family-Centered Rounds. **Pediatrics**, [s.l.], v. 135, n. 1, p.94-101, 15 dez. 2014. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <https://pediatrics-aappublications-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/135/1/94.long>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- BRANCO, Sara Liliana Melo. **Erros de medicação em pediatria : estratégias de prevenção adotadas pelos enfermeiros : revisão sistemática da literatura**. 2019. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2019. Disponível em:

http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5476/1/SaraLilianaMeloBranco_DM.pdf. Acesso em: 23 jul. 2019.

CARDOSO, Tayane Próspero et al. Vivências e percepções de familiares sobre a hospitalização da criança em unidade pediátrica. **Rev. Enferm. Ufsm**, Santa Maria, v. 9, n. 4, p.1-21, jul. 2019. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Vagner_Ferreira_Do_Nascimento/publication/334603430_Experiences_and_perceptions_of_family_members_of_children_hospitalized_in_a_pediatric_unit_Experiencias_y_percepciones_de_familiares_de_ninos_hospitalizados_en_unidad_pediatica_Vivencias_e_percep/links/5d354357299bf1995b3f9cb2/Experiences-and-perceptions-of-family-members-of-children-hospitalized-in-a-pediatric-unit-Experiencias-y-percepciones-de-familiares-de-ninos-hospitalizados-en-una-unidad-pediatica-Vivencias-e-perc.pdf. Acesso em: 28 ago. 2019.

CHAGAS, Maria Cristina da Silveira et al. Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada. **Avances En Enfermería**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.7-18, 1 jan. 2017.

Universidad Nacional de Colombia. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002017000100002&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 jul. 2019.

CHO, Seon Mi; CHOI, Jisun. Patient Safety Culture Associated With Patient Safety Competencies Among Registered Nurses. **Journal Of Nursing Scholarship**, [s.l.], v. 50, n. 5, p.549-557, 15 jul. 2018. Disponível em: <https://sigmapubs-onlinelibrary-wiley.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/jnu.12413>. Acesso em: 30 jun. 2019.

COX, Elizabeth D. et al. A Family-Centered Rounds Checklist, Family Engagement, and Patient Safety: A Randomized Trial. **Pediatrics**, [s.l.], v. 139, n. 5, p.1-10, 25 abr. 2017. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <https://pediatrics-aappublications-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/pediatrics/139/5/e20161688.full.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

DALMOLIN, Gabriella Rejane dos Santos; GOLDIM, José Roberto. Erros de medicação em hospitais: considerações a partir da Bioética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 59, n. 2, p.95-99, mar. 2013. Elsevier BV. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/256940751_Erros_de_medicao_em_hospitais_consideracoes_a_partir_da_Bioetica. Acesso em: 24 jul. 2019.

ESTEVIÃO, Aline Rigo et al. A família no cuidado de enfermagem à criança: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 4, n. 21, p.1-9, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46551/pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

HALPERN, Lucy Wang. Parents Often Give the Wrong Dose of Medication to Their Children. **Ajn, American Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 116, n. 12, p.18-23, dez. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2016/12000/Parents_Often_Give_the_Wrong_Dose_of_Medication_to.13.aspx. Acesso em: 23 jul. 2019.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **International Patient Safety Goals**. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. Acesso em: 22 jul. 2019.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Accreditation Standards for**

Hospitals: Including Standards for Academic Medical Center Hospitals. 2017. Disponível em:

https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Hosp_Standards_6th_STANDARDS_ONLY_14Jan2018.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

KHOLSODORF, Marina; C. JUNIOR, Áderson Luiz. Comunicação triádica em pediatria: revisão de literatura. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.609-629, 2016. Associação Brasileira de Psicologia. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200013&lng=en&tlng=en&gathStatIcon=true. Acesso em: 22 jul. 2019.

KOLLER, Donna; ESPIN, Sherry. Views of children, parents, and health-care providers on pediatric disclosure of medical errors. **Journal Of Child Health Care**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.577-590, 20 mar. 2018. SAGE Publications. Disponível em: <https://journals-sagepub-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1177/1367493518765220>. Acesso em: 30 jun. 2019.

MACEDO, Taise Rocha et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 5, p.756-762, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361048760007.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019.

MELO, Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de et al. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.432-439, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf. Acesso em: 24 jul. 2019.

MENDES, Maria Goreti. **Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros**. Minho: Mcgraw-hill, 2016. p. 531-542. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/50685>. Acesso em: 23 jul. 2019.

PEDRO, Danielli Rafaeli Candido et al. Knowledge about patient hospital care received during your admission. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, p.1-8, 2016. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1114>. Acesso em: 23 jul. 2019.

REES, Philippa; WIMBERG, Janet; WALSH, Kathleen E.. Patient and Family Partnership for Safer Health Care. **Pediatrics**, [s.l.], v. 142, n. 3, p.1-4, 7 ago. 2018. American Academy of Pediatrics (AAP). Disponível em: <https://pediatrics-aappublications-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/142/3/e20172847.long>. Acesso em: 30 jun. 2019.

RODRIGUES, Fernanda Araujo et al. Segurança do paciente em unidade neonatal: preocupações e estratégias vivenciadas por pais. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.1-9, 18 abr. 2018. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/178175/001066130.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 mai. 2019.

SILVA, Izadora Caroline; SANTOS, Franciane Carvalho dos; PRUDÊNCIO, Fabricia Araújo. Papel da Enfermagem e da Família na Assistência e Recuperação da Criança Hospitalizada. **Revista Saúde em Foco**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.58-66, 1 jan. 2017. Revista FSA.

Disponível em: <http://189.43.21.151/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1506/1480>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, Julia Heinz da et al. Permanência de familiares no atendimento de emergência pediátrica: percepções da equipe de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.1-11, 27 out. 2017. Revista Baiana de Enfermagem. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/48e5/1a3b5824eda3e770b701f11c02f49962df48.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2019.

SILVA, Lunara Teles et al. Avaliação de eventos adversos a medicamentos em pacientes pediátricos hospitalizados. **Revista Eletrônica de Farmácia**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.46-55, 18 set. 2017. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/xmlui/bitstream/handle/ri/16912/Artigo%20-%20Lunara%20Teles%20Silva%20-%202017.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 28 ago. 2019.

SILVA, Thaynara de Oliveira et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, p.1-12, 30 jun. 2016. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/33340/21792>. Acesso em: 22 jul. 2019.

SOUZA, Verusca Soares de et al. Nursing errors in the medication process: television electronic media analysis. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.1-7, 10 maio 2018. GN1 Genesis Network. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000200205&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 23 jul. 2019.

STANS, Steffy E. A. et al. Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. **Health Expectations**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.848-857, 19 abr. 2018. Wiley. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/hex.12679>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SULTANA, Mahmuda et al. Medical Errors and Patient Safety Education: Views of Intern Doctors. **Bangladesh Medical Research Council Bulletin**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.82-88, 22 nov. 2018. Bangladesh Journals Online (JOL). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26878104_Attitudes_to_patient_safety_amongst_medical_students_and_tutors_Developing_a_reliable_and_valid_measure. Acesso em: 30 jun. 2019.

WINCK, José Elias; FIGUEREDO, Sandro Oliveira. Os eventos adversos mais relevantes relacionados à administração de medicamentos em pediatria. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 5, n. 5, p.78-84, jun. 2017. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/01/os-eventos-adversos-mais-relevantes-relacionados-%C3%A0-administra%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos-em-pediatria-v-5-n-5.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for Patient Safety WHO Patient Safety**. London: World Health Organization, 2006. 1 p. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/pfps_london_declaration_2010_en.pdf?ua=1. Acesso em: 22 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guide for developing national patient safety policy and strategic plan. Africa: **Regional Office For Africa Brazzaville**, 2014. Disponível em:

https://www.who.int/patientsafety/policies/2014_guidenationalpolicy.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.

ZHANG, Albert et al. Factors Affecting Family Presence During Fracture Reduction in the Pediatric Emergency Department. **Western Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 19, n. 6, p.970-976, 18 out. 2018. Western Journal of Emergency Medicine. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez46.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC6225943/>. Acesso em: 05 jul. 2019.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo identificar como ocorre a participação do familiar/acompanhante na assistência segura durante a hospitalização da criança em Unidades de Internação Pediátrica e, para tanto, verificou tal participação a partir das metas internacionais de segurança do paciente (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2019).

Com base nos dados obtidos foi possível perceber que a maioria dos familiares/acompanhantes recebem informações sobre o estado de saúde da criança, o que leva a maioria a confiar nos profissionais e não os questionarem em outros momentos. Porém a participação efetiva destes em todos os procedimentos é necessária no intuito de garantir a segurança do paciente.

Destaca-se que a maioria dos familiares/acompanhantes não possuem problemas de comunicação com a equipe de saúde. No entanto, menos da metade participa das tomadas de decisão quanto ao tratamento da criança. Diante disto, percebe-se a necessidade de esclarecer aos familiares/acompanhantes a importância dos mesmos participarem das decisões quanto ao tratamento a ser oferecido à criança. Deve-se ainda ressaltar que a participação dos mesmos auxiliará o profissional a compreender a visão da família quanto ao estado clínico da criança, como também, as preferências e comportamento da criança. Além dos mesmos terem o direito de participar e receber uma assistência segura.

Ainda ressalta-se que a maioria dos familiares/acompanhantes que observaram algum tipo de erro questionaram aos profissionais o motivo deste ter acontecido. Prática importante, uma vez que estando ciente dos erros cometidos, os familiares podem alertar os profissionais a ficarem atentos as suas prática, evitando assim que novos erros aconteçam.

O estudo trouxe resultados positivos sobre a participação dos familiares/acompanhantes na terapia medicamentosa. A maioria dos participantes questiona os profissionais sobre para que serve os medicamentos que são administrados, permanece durante a administração da medicação, acreditam ser importante o acompanhamento da administração da medicação no intuito de observar se o profissional está realizando a técnica correta ou para observar se comete algum erro e, questionam sobre os efeitos colaterais dos medicamentos.

Quando os familiares/acompanhantes estão cientes de todo o processo da terapia medicamentosa são capazes de identificar e auxiliar os profissionais de saúde a prevenir erros. Portanto, há necessidade de incentivar que os familiares/acompanhantes prestem atenção em

todas as etapas da terapia medicamentosa e questionem os profissionais sempre que tiverem alguma dúvida, buscando assim contribuir para a segurança medicamentosa.

Tratando-se da identificação do paciente, pode-se perceber que mais da metade dos familiares/acompanhantes se preocupam com a correta identificação do paciente, sendo que permanecem atentos quando os profissionais confirmam a identidade da criança antes de realizar qualquer procedimento, e quando isto não ocorre questionam os profissionais, para que erros não aconteçam.

O estudo traz ainda que familiares/acompanhantes questionam os profissionais de saúde sobre os procedimentos a serem realizados. Além disso, a manipulação de equipamentos realizadas pelos familiares/acompanhantes foram ensinadas e supervisionadas por profissionais de saúde, e os procedimentos realizados em sua maioria são de higiene e de conforto.

Esta pesquisa permitiu minha aproximação com os familiares/acompanhantes de crianças hospitalizadas e a observação de suas demandas relacionadas ao processo da participação dos familiares/acompanhantes quanto a uma hospitalização segura. Além disso, o papel dos profissionais de saúde para este processo, principalmente o enfermeiro, pois o mesmo pode integrar e empoderar a família/acompanhante na participação do cuidado para uma assistência segura.

Durante o desenrolar deste estudo pôde-se encontrar estudos quanto à percepção dos profissionais de saúde sobre a participação dos familiares na assistência pediátrica. No entanto, foram encontrados poucos trabalhos quanto a percepção e atuação dos próprios familiares na assistência e, também, estudos que indiquem como os mesmos podem contribuir para a segurança do paciente pediátrico. Portanto, sugere-se pesquisas futuras que abordem como os familiares/acompanhantes podem contribuir para a segurança do paciente e como os profissionais podem criar estratégias que envolva-os de uma maneira mais contemplativa.

Cabe destacar, que realizar esta pesquisa foi um desafio que me possibilitou expandir o conhecimento, evoluir na vida acadêmica e pessoal, como também, superar medos e expectativas. A partir da 6ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem, o cuidado realizado com a família e as crianças me fizeram atentar para o tema e, assim, surgiu o desejo de realizar tal pesquisa. Portanto, após o término desta sinto que alcancei o objetivo proposto e concluo esta etapa de minha vida acadêmica que é a Graduação em Enfermagem.

No que tange as limitações encontradas neste Trabalho de Conclusão de Curso, estas estão relacionadas ao instrumento extenso, além de em alguns momentos o familiar/acompanhante realizar a entrevista sem poder se ausentar da presença da criança.

REFERÊNCIAS

- ANTÃO, Celeste et al. Hospitalização da criança: sentimentos e opiniões dos pais. **International Journal Of Developmental And Educational Psychology. Revista Infad de Psicologia.**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.125-132, 29 abr. 2018. Asociacion INFAD. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/17998/1/Hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20infad.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2019.
- ANDRADE, Cristiane do Rosário; MACIEL, Ana Augusta. A internação conjunta: vivência de acompanhantes de crianças hospitalizadas. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 5, n. 1, p.05-23, dez. 2016. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/138/142>. Acesso em: 07 fev. 2019.
- ALVES, Daniela Fernanda dos Santos; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. 2, p.1-7, 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160258817.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2013. 172 p. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.
- AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; LANÇONI JÚNIOR, Antônio Carlos; CREPALDI, Maria Aparecida. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 11, p.3653-3666, nov. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n11/1413-8123-csc-22-11-3653.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2019.
- BANDEIRA, Larissa Edom et al. Educational conducts on patient safety to family members of hospitalized children: multiprofessional team records. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, p.1-8, 2017. GN1 Genesis Network. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/164989>. Acesso em: 16 mai. 2019.
- BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi et al. Práticas de identificação do paciente em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, v. 3, n. 23, p.1-9, jun. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joao_Lucas_Campos_De_Oliveira/publication/328442601_PRATICAS_DE_IDENTIFICACAO_DO_PACIENTE_EM_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA_PEDIATRICA/links/5bd2846ba6fdcc3a8da65180/PRATICAS-DE-IDENTIFICACAO-DO-PACIENTE-EM-UNIDADE-DE-TERAPIA-INTENSIVA-PEDIATRICA.pdf. Acesso em: 18 mai. 2019.
- BICA, Tainá Fabiola dos Santos et al. Características dos incidentes de segurança do paciente notificados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Recife, v. 11, n. 10, p.4206-4216, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231184/25164>. Acesso em: 18 mai. 2019.
- _____. BRASIL. Ministério da saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2014. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 24 jan 2019.

_____. BRASIL. Ministério da saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18069.htm. Acesso em: 16 mai. 2019.

_____. BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Brasília, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 13 mai. 2019.

BUENO, Andressa Aline Bernardo; FASSARELLA, Cintia Silva. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.1-9, dez. 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1573/843>. Acesso em: 16 maio 2019.

CHAGAS, Maria Cristina da Silveira et al. Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada. **Avances En Enfermería**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.07-18, 1 jan. 2017. Universidad Nacional de Colombia. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a02.pdf>. Acesso em: 18 maio 2019.

_____. COREN-SP, Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **10 passos para a segurança do paciente**. 2010. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em: 25 jan. 2019.

_____. COREN-SP, Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Uso seguro de medicamentos: guia de preparo, administração, monitoramento**. 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Usos-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

COSTA, Diovane Ghignatti da et al. Analysis of the preparation and administration of medications in the hospital context based on Lean thinking. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1-6, 26 jul. 2018. GN1 Genesis Network. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170402.pdf. Acesso em: 11 jun. 2019.

DIMOVA, Rositsa; STOYANOVA, Romyana; DOYKOV, Ilian. Mixed-methods study of reported clinical cases of undesirable events, medical errors, and near misses in health care. **Journal Of Evaluation In Clinical Practice**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.752-757, 26 jun. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez46.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/jep.12970>. Acesso em: 02 jun. 2019.

FÁVERO, Luiz Paulo; BELFIORE, Patrícia. **Manual de análise de dados: Estatística e modelagem multivariada com Excel®, SPSS® e Stata®**. São Paulo: Elsevier Brasil, 2017. 1196 p.

FARIAS, Daniela Dutra et al. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 2, n. 11, p.703-711, fev. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313458902_A_hospitalizacao_na_perspectiva_da_crianca_uma_revisao_integrativa. Acesso em: 12 jun. 2019.

FERENHOF, Helio Aisenberg; FERNANDES, Roberto Fabiano. **Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método ssf**. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325070845_DESMISTIFICANDO_A_REVISAO_DE_LITERATURA_COMO_BASE_PARA_REDACAO_CIENTIFICA_METODO_SSF?enrichId=rgreq-6dcd88dff356d86fad4ed27a1a9f9dc0-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMyNTA3MDg0NTtBUzo2MjQ4NzAzNTAxMzkzOTJAMTUyNTk5MjEwOTg4OA%3D%3D&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf. Acesso em: 09 ago. 2018.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz -. **Evento cria Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente**. 2017. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/evento-cria-sociedade-brasileira-para-qualidade-do-cuidado-e-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 25 jan. 2019.

GIRARDI, Camila et al. Adesão à identificação do paciente em hospital universitário público. **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 70, p.1-13, 19 jan. 2018. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/70/106>. Acesso em: 21 jan. 2019.

_____. .SANTA CATARINA. **Institucional**. 2019a. Disponível em: <http://www.hijg.saude.sc.gov.br/index.php/institucional>. Acesso em: 23 jan. 2019.

_____. .SANTA CATARINA. **Núcleo de Segurança do Paciente - NUSEP**. 2019b. Disponível em: http://www.hijg.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53:nucleo-de-seguranca-do-paciente-nusep&catid=23:nucleos-e-comissoes&Itemid=161. Acesso em: 23 jan. 2019.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **International Patient Safety Goals**. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>. Acesso em: 18 mai. 2019.

KHAN, Alisa et al. Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children. **Jama Pediatrics**, [s.l.], v. 170, n. 4, p.1-8, 4 abr. 2016. American Medical Association (AMA). Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2498405>. Acesso em: 02 jun. 2019.

KHOLSDORF, Marina; C. JUNIOR, Áderson Luiz. Comunicação triádica em pediatria: revisão de literatura. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.609-629, 2016. Associação Brasileira de Psicologia. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513754278013.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2019.

LE MOS, Vitória Bauermann et al. Brincando de aprender: primeiras experiências no projeto de extensão. **Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta**, Cruz Alta, v. 9, n. 1, p.73-91, nov. 2017. Disponível em: <http://www.revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/Cataventos/article/view/5336/1128>. Acesso em: 11 fev. 2019.

LIMA JUNIOR, Antônio José de; GERHARDT, Luiza Maria. Desafio global da organização mundial da saúde: redução de danos associados à administração de medicamentos. **Revista Contexto & Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 32, p.1-4, 2 jun. 2017. Editora Unijui. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/165003/001025743.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 mai. 2019.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes; RIBEIRO, Enivalda Alves de Freitas. Eventos adversos com medicamentos na pediatria: o papel da organização hospitalar. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.927-933, 2017. Editora Cubo Multimídia. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322344616_EVENTOS_ADVERSOS_COM_MEDICAMENTOS_NA_PEDIATRIA_O_PAPEL_DA_ORGANIZACAO_HOSPITALAR. Acesso em: 18 mai. 2019.

MACEDO, Taise Rocha et al. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 5, p.756-762, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361048760007.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

MARTIN, Helle Max; NAVNE, Laura Emdal; LIPCZAK, Henriette. Involvement of patients with cancer in patient safety: a qualitative study of current practices, potentials and barriers. **Bmj Quality & Safety**, [s.l.], v. 22, n. 10, p.836-842, 10 jun. 2013. BMJ. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/10/836.long>. Acesso em: 02 jun. 2019.

MARTINS, Polyana Loureiro; AZEVEDO, Creuza da Silva; AFONSO, Selene Beviláqua Chaves. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 27, n. 4, p.1218-1229, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n4/1218-1229/>. Acesso em: 17 mai. 2019.

MEDRADO, Milene Maria Petean Mendonça; CORREA, Ione. Processo de observação da lavagem das mãos em relação ao tipo de procedimento realizado. **Uningá**, Maringá, v. 35, n. 1, p.1-8, dez. 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1079/706>. Acesso em: 07 fev. 2019.

MELO, Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de et al. The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.432-439, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf. Acesso em: 16 mai. 2019.

MOREIRA, Sarah Lins de Barros et al. Ações de acolhimento: uma experiência interdisciplinar na clínica pediátrica de um hospital universitário. **Gep News**, Alagoas, v. 1, n. 4, p.19-25, dez. 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4324/3079>. Acesso em: 18 mai. 2019.

OAK, Sn et al. Surgical checklist application and its impact on patient safety in pediatric surgery. **Journal Of Postgraduate Medicine**, [s.l.], v. 61, n. 2, p.92-94, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943428/?tool=pubmed>. Acesso em: 07 fev. 2019.

PARK, Hyeon-hee; KIM, Soukyoung. A Structural Equation Model of Nurses' Patient Safety Management Activities. **Journal Of Korean Academy Of Nursing Administration**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.63-72, 2019. Korean Academy of Nursing Administration (KAMJE). Disponível em: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.11111/jkana.2019.25.2.63>. Acesso em: 02 jun. 2019.

PASSOS, Silvia da Silva Santos et al. DAILY CARE OF FAMILIES IN HOSPITAL: WHAT ABOUT PATIENT SAFETY?. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.1-10, 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000400319&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2019.

PERES, Merianny de Avila et al. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 39, p.1-9, 3 set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v39/1983-1447-rngen-39-e2017-0195.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

PERLROTH, Norma Helena; BRANCO, Christina Wyss Castelo. Current knowledge of environmental exposure in children during the sensitive developmental periods. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 93, n. 1, p.17-27, jan. 2017. Elsevier BV. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572017000100017&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 14 mai. 2019.

PINTO, Roselie Corcini. **Joint Commission International: Novo Éthos Hospitalar e o Empresariamento dos Colaboradores**. 2015. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/133642>. Acesso em: 17 mai. 2019.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 456 p.

REASON, J.. Human error: models and management. **Bmj**, [s.l.], v. 320, n. 7237, p.768-770, 18 mar. 2000. BMJ. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 16 maio 2019.

REBRAENSP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente**. 2013. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2019.

REES, Philippa et al. Patient and Family Partnership for Safer Health Care. **Pediatrics**, Londres, v. 142, n. 3, p.1-6, 01 set. 2018. Disponível em: <https://pediatrics-aappublications-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/content/142/3/e20172847.abstract>. Acesso em: 02 jun. 2019.

REIS, Adriana Teixeira et al. The importance of pediatric surgical patient safety for the nursing staff. **Cogitare Enferm**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.1-8, ago. 2016. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/09/45416-184748-1-PB.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

_____. RODRIGUES, Fernanda Araujo. **Acompanhantes de crianças hospitalizadas em unidade neonatal: preocupações e estratégias relacionadas à segurança do paciente**. 2016. 78 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/142807>. Acesso em: 18 fev. 2019.

_____. RODRIGUES, Fernanda Araujo et al. Segurança do paciente em unidade neonatal: preocupações e estratégias vivenciadas por pais. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.1-9, 18 abr. 2018. Universidade Federal do Parana. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/178175/001066130.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 mai. 2019.

SANTOS, Érico Monteiro dos et al. Comunicação como ferramenta para segurança do paciente indígena hospitalizado. **Enfermagem Revista**, Amazonas, v. 20, n. 2, p.135-150, ago. 2017. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/16330/12428>. Acesso em: 18 jan. 2019.

_____. SILVA, Erli Marta Reis da et al. Grau de conhecimento de profissionais de enfermagem no preparo e administração de medicamentos em pediatria. **Revista em Foco**, São Paulo, v. 1, n. 28, p.14-26, dez. 2017. Disponível em: <http://iespes.edu.br/revistaemfoco/index.php/Foco/article/view/154>. Acesso em: 16 mai. 2019.

_____. SILVA, Michelini Fátima da. **Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas**. 2017. 189 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <http://tede.ufsc.br/teses/PNFR1027-T.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

_____. SILVA, Raiana Soares de Sousa et al. Wearing identification wristbands: implications for newborn safety in maternity hospitals. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.1-6, 28 mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200218&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 jun. 2019.

_____. SILVA, Thaynara de Oliveira et al. O envolvimento do paciente na segurança do cuidado: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, p.1-12, 30 jun. 2016. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/33340/21792>. Acesso em: 02 jun. 2019.

SIMAN, Andréia Guerra. **Práticas de profissionais de saúde na implantação do programa de segurança do paciente: entre o prescrito e o real**. 2016. 190 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AHRJRM/andreia_guerra_siman.pdf?sequence=1. Acesso em: 12 mai. 2018.

SOUSA, Paulo; MENDES., Walter. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 208 p.

SOUZA, Francine Terezinha de et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.152-162, 10 jul. 2014. Universidad Federal de Santa Maria. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8781/pdf>. Acesso em: 04 fev. 2018.

SOUZA, Thais Lima Vieira de et al. Segurança do paciente na administração de medicamento intramuscular em pediatria: avaliação da prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 39, p.1-7, 28 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100404&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 jan. 2019.

STROUPE, Lya M. et al. Measuring Harm in Hospitalized Children via a Trigger Tool. **Journal Of Pediatric Nursing**, [s.l.], v. 41, p.9-15, jul. 2018. Elsevier BV. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez46.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0882596316302950>. Acesso em: 02 jun. 2019.

_____. THE JOINT COMMISSION. **Speak Up Initiatives**. 2018a. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/speakup.aspx>. Acesso em: 02 jun. 2019.

_____. THE JOINT COMMISSION. **History of The Joint Commission**. 2018b. Disponível em: https://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx. Acesso em: 10 jan. 2019.

VAN MELLE, Marije A. et al. The transitional risk and incident questionnaire was valid and reliable for measuring transitional patient safety from the patients' perspective. **Journal Of Clinical Epidemiology**, [s.l.], v. 105, p.40-49, jan. 2019. Elsevier BV. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez46.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0895435617313136>. Acesso em: 02 jun. 2019.

VIEIRA, Rosana Fidelis Coelho et al. Mothers/companions of children with cancer: apprehension of the hospital culture. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1-7, 2017. GN1 Genesis Network. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100219&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 jun. 2019.

WACHTER, Robert M.. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2013. 478 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=LWQ3AgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=wachter+2013&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjMnfzYjaHiAhUHlBkGHZG_CUIQ6AEILDAA#v=onepage&q=wachter%202013&f=false. Acesso em: 16 maio 2019.

WEGNER, Wiliam et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 38, n. 1, p.1-9, 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100504&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 jan. 2019.

WINCK, José Elias; FIGUEREDO, Sandro Oliveira. Os eventos adversos mais relevantes relacionados à administração de medicamentos em pediatria. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 5, n. 5, p.78-84, jun. 2017. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/01/os-eventos-adversos-mais-relevantes-relacionados-%C3%A0-administra%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos-em-pediatria-v-5-n-5.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 11 jan. 2019.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Identification**. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety**. 2019. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/>. Acesso em: 12 mai. 2019.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009**. 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 jan. 2019.



_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for Patient Safety WHO Patient Safety**. London: World Health Organization, 2006. 1 p. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/pfps_london_declaration_2010_en.pdf?ua=1. Acesso em: 02 jun. 2019.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety tool kit**. 2015. Disponível em: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2015_EN_1856.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 18 mai. 2018.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **10 facts on patient safety**. 2018. Disponível em: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/. Acesso em: 02 jun. 2019.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
 <p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>  <p style="text-align: center;">Instrumento: Participação da família/acompanhantes na assistência segura ao paciente pediátrico</p>	
Legendas: NA = não se aplica (quando a questão não se aplica ao entrevistado/ à observação)	
A. BLOCO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA	Tabulação
A.1 Número do Formulário:	A.1: ____
A.2 Data: ____ / ____ / ____	A.2: ____
A.3 Unidade de Internação: (1) D; (2) E	A.3: ____
A.4 Idade da criança hospitalizada: _____	A.4: ____
A.5 Sexo da criança hospitalizada: (1) Feminino; (2) Masculino	A.5: ____
A.6 Motivo da internação: _____	A.6: ____
A.7 Tempo de internação em dias:	A.7: ____
A.8 Internações anteriores: (1) Sim; (2) Não	A.8: ____
A.9 Se aqui neste hospital, em qual unidade? (1) B; (2) C; (3) D; (4) E; (5) Outra	A.9: ____
A.10 Se em outro hospital, qual? (1) Hospital Universitário; (2) Hospital Regional de São José; (3) Outro: _____	A.10: ____
B. BLOCO DE CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE	Tabulação
B.1 Sexo: (1) Feminino; (2) Masculino	B.1: ____
B.2 Idade do Entrevistado: _____ anos	B.2: ____
B.3 Escolaridade:	B.3: ____

(1) Ensino fundamental completo ou equivalente; (2) Ensino fundamental incompleto ou equivalente; (3) Ensino médio completo ou equivalente; (4) Ensino médio incompleto ou equivalente; (5) Ensino superior completo ou equivalente; (6) Ensino superior incompleto ou equivalente; (7) Sem instrução e menos de 1 ano de estudo; (8) Não determinado	
B.4 Estado civil: (1) Solteiro(a); (2) Casado(a); (3) União Estável; (4) Divorciado(a); (5) Viúvo(a)	B.4: ____
B.5 Qual o grau de parentesco com a criança? (1) Mãe; (2) Pai; (3) Irmão (ã); (4) Tios; (5) Avós; (6) Outros: _____	B.5: ____
B.6 Quem acompanha a criança durante a internação, na maior parte do tempo? (1) O próprio; (2) Outros: _____	B.6: ____
C. BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Tabulação
C.1 A criança possui pulseira de identificação do paciente? (1) Não; (2) Sim	C.1: ____
C.2 Se não; você questiona os profissionais de saúde porque a criança não possui pulseira de identificação do paciente? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	C.2: ____
C.3 Se sim; você conferiu os dados da criança na pulseira de identificação do paciente? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	C.3: ____
C.4 Se sim; se os dados da criança na pulseira de identificação do paciente estão incorretos, você comunica a equipe de saúde? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	C.4: ____
C.5 Você sabe quais dados devem ter na pulseira de identificação da criança? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	C.5: ____
C.6 Se sim; a pulseira de identificação do paciente possui nome completo da criança, data de nascimento da criança e o nome da mãe? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	C.6: ____
C.7 Se não; você questiona a equipe de saúde sobre quais são os dados que devem ter na pulseira de identificação do paciente? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	C.7: ____
D. BLOCO DE COMUNICAÇÃO	Tabulação
D.1 Algum profissional de saúde lhe informou o estado de saúde da criança? (1) Não; (2) Sim	D.1: ____
D.2 Se não; você questionou à algum profissional o estado de saúde da criança? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	D.2: ____
D.3 Se sim; quais informações lhes foram passadas? (1) Gravidade; (2) Diagnóstico; (3) Alergias; (4) Probabilidade de alta hospitalar;	D.3: ____

(5) Outro: _____; (6) NA	
D.4 A qual profissional de saúde você questionou sobre o estado de saúde da criança? (1) Enfermeiro (a); (2) Técnico (a) de Enfermagem; (3) Médico (a); (4) Outro profissional de saúde: _____; (5) NA	D.4: ____
D.5 Você tem algum problema de comunicação com a equipe de saúde? (1) Não; (2) Sim	D.5: ____
D.6 Se sim; qual? (1) Não me deixam participar do cuidado à criança; (2) Não respondem os meus questionamentos; (3) Não compreendo o que eles falam (4) Outro: _____; (5) NA	D.6: ____
D.7 Você considera importante que a criança receba visitas enquanto está internada? (1) Não; (2) Sim	D.7: ____
D.8 Se sim; por que? (1) Apoio à criança; (2) Conforto e bem-estar para a criança; (3) Ajudar o acompanhante nos cuidados com a criança; (4) Observar como a equipe de saúde dá assistência à criança; (5) Outro: _____; (6) NA	D.8: ____
D.9 Você considera o tempo da visita adequado? (1) Não; (2) Sim	D.9: ____
D.10 Você ajuda a equipe a tomar decisões quanto ao tratamento da criança? (1) Não; (2) Sim	D.10: ____
D.11 Se sim; como você ajuda a equipe a tomar decisões quanto ao tratamento da criança? (1) Expondo minhas ideias; (2) Falando sobre as preferências da criança; (3) Dando minha opinião no que for solicitado (a); (4) Outro: _____; (5) NA	D.11: ____
D.12 Se sim; quando você ajuda a equipe a tomar decisões quanto ao tratamento da criança? (1) Durante a passagem de plantão; (2) Durante a visita médica; (3) Outro momento: _____; (4) NA	D.12: ____
D.13 Você sabe se já foi cometido algum erro no cuidado da criança? (1) Não; (2) Sim	D.13: ____
D. 14 Se sim; você foi comunicado? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	D.14: ____
D.15 Se sim; você questionou porque os erros aconteceram? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	D.15: ____
E. BLOCO DE TERAPIA MEDICAMENTOSA	Tabulação
E.1 Você observa se os profissionais confirmam a identidade da criança antes de administrar o medicamento?	E.1: ____

(1) Não; (2) Sim	
E.2 Você questiona os profissionais sobre para que serve o medicamento que será administrado? (1) Não; (2) Sim	E.2: ____
E.3 Você fica presente durante a administração de medicamento? (1) Não; (2) Sim	E.3: ____
E.4 Você administra algum medicamento na criança? (1) Não; (2) Sim	E.4: ____
E.5 Você acha importante acompanhar a administração de medicamento? (1) Não; (2) Sim	E.5: ____
E.6 Se sim; porque você acha importante acompanhar a administração do medicamento? (1) Observar se o profissional está realizando a técnica correta; (2) Dar suporte emocional à criança; (3) Avaliar se o profissional comete algum erro; (4) Outro motivo: _____; (5) NA	E.6: ____
E.7 Você informa aos profissionais se a criança tem alergia há algum medicamento? (1) Não; (2) Sim	E.7: ____
E.8 Você questiona sobre os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos? (1) Não; (2) Sim	E.8: ____
E.9 Você já avisou os profissionais se a criança apresentou alguma alteração após o uso de medicamentos? (1) Não; (2) Sim	E.9: ____
F. BLOCO DE PROCEDIMENTOS CORRETOS	Tabulação
F.1 Você observa se os profissionais confirmam a identidade da criança antes de realizar qualquer procedimento? (1) Não; (2) Sim	F.1: ____
F.2 Se sim; onde o profissional confirma a identidade da criança antes de realizar o procedimento? (1) Pulseira de identificação do paciente; (2) Pergunta ao acompanhante; (3) Na identificação da parede; (4) NA	F.2: ____
F.3 Se sim; se o profissional não confirma a identidade da criança você pede que ele confirme? (1) Não; (2) Sim; (NA)	F.3: ____
F.4 Você questiona os profissionais sobre para que serve o procedimento a ser realizado? (1) Não; (2) Sim	F.4: ____
F.5 Você questiona os profissionais sobre como funciona as bombas de infusão e alarmes?	F.5: ____

(1) Não; (2) Sim	
F.6 Você manipula bombas de infusão e alarmes? (1) Não; (2) Sim	F.6: ____
F.7 Se sim; porque você manipula bombas de infusão e alarmes? (1) Fui orientado pelos profissionais; (2) Para diminuir o trabalho dos profissionais; (3) Não ficar chamando os profissionais sempre que a bomba alarma; (4) Outro: _____; (5) NA	F.7: ____
F.8 Você manipula o equipo de soro em algum momento? (1) Não; (2) Sim	
F.8.1 Qual momento? (1) Durante o banho; (2) Durante a troca de roupas; (3) Durante a administração de medicamentos; (4) Todos os anteriores; (5) Outro momento: _____; (6) NA	
F.8.2. Alguém lhe ensinou isto? (1) Não; (2) Sim	F.8: ____ F.8.1: ____
F.8.3. Quem lhe ensinou? (1) Enfermeiro; (2) Médico; (3) Aprendeu sozinho; (4) Outro: _____; (5) NA	F.8.2: ____ F.8.3: ____
F.9 Você realiza algum cuidado na criança com frequência? (1) Não; (2) Sim	F.9: ____
F.10 Se sim; que tipo de cuidado você realiza? 1) Banho; (2) Mudança de posição; (3) Troca de fraldas e/ou roupas; (4) Auxílio na alimentação; (5) Todos os anteriores; (6) Outro: _____; (7) NA	F.10: ____
F.11 Você acompanha os procedimentos feitos na criança? (1) Não; (2) Sim	F.11: ____
F.12 Você já percebeu algum erro por parte dos profissionais? (1) Não; (2) Sim	F.12: ____
F.13 Se sim; qual? (1) Erro na identificação do paciente; (2) Erro de medicação; (3) Erro durante os procedimentos; (4) Erro na manipulação de equipamentos; (5) Outro, qual ou quais? _____; (6) NA	F.13: ____
F.14 Se sim; qual foi sua atitude diante do erro cometido pelo profissional? (1) Questionei porque aconteceu; (2) Comuniquei outro profissional; (3) Pedi que outro profissional cuidasse da criança; (4) Pedi que tomasse providências; (5) Outro: _____; (6) NA	F.14: ____
G. BLOCO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	Tabulação
G.1 Você realiza higienização das mãos antes e após tocar na criança? (1) Não; (2) Sim	G.1: ____
G.2 Você observa se o profissional higieniza as mãos antes e após tocar na criança?	G.2: ____

(1) Não; (2) Sim	
G.3 Você observa se o profissional higieniza as mãos antes e após realizar procedimentos na criança? (1) Não; (2) Sim	G.3: ____
G.4 Você observa se o profissional higieniza as mãos após se expor a fluidos corporais da criança? (1) Não; (2) Sim	G.4: ____
G.5 Você observa se o profissional higieniza as mãos após tocar em superfícies próximas à criança? (1) Não; (2) Sim	G.5: ____
G.6 Se sim; você questiona o profissional quando ele não higieniza as mãos em algum destes momentos? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	G.6: ____
H. BLOCO DE RISCO DE QUEDAS	Tabulação
H.1 Você questionou algum profissional sobre como deve cuidar da criança durante a internação? (1) Não; (2) Sim; (3) NA	H.1: ____
H.2 Se sim; quais cuidados os profissionais disseram que você pode realizar na criança? (1) Banho; (2) Mudança de posição; (3) Troca de fraldas e/ou roupas; (4) Auxílio na alimentação; (5) Todos os anteriores; (6) Outro: _____; (7) NA	H.2 : ____
H.3 Você ergue as grades da cama quando precisa sair de perto da criança? (1) Não; (2) Sim	H.3: ____
H.4 Você observa se o piso está molhado antes de caminhar com a criança? (1) Não; (2) Sim	H.4: ____
H.5 Você deixa a criança caminhar sozinha pela UIP? (1) Não; (2) Sim	H.5: ____

Muito obrigada por sua participação!!!

APÊNDICE B -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Trabalho: Participação da família/acompanhantes na assistência segura ao paciente pediátrico.

Eu, Prof.^a Dr.^a Patrícia Kuerten Rocha, enfermeira, RG: 2930673-6; estou desenvolvendo o estudo intitulado: “Participação da família/acompanhantes na assistência segura ao paciente pediátrico”; que será realizado nas Unidade de Internação D e Unidade de Internação E do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). Considerando você familiar/acompanhante da criança internada, lhe convidamos para participar deste estudo, assim, solicitamos por favor que leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir sobre sua participação.

Os dados desta pesquisa serão utilizados no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da acadêmica de Enfermagem Luana Marques da Silva para obtenção do diploma de Enfermeira pela Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo do estudo é analisar a percepção de familiares/acompanhantes quanto a própria participação na assistência segura de crianças em Unidades de Internação Pediátrica. A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, e não haverá remuneração por sua participação. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os dados serão coletados por meio de entrevista com familiares/acompanhantes de crianças internadas com uso de instrumento contendo informações sobre segurança do paciente, e terá início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Essa pesquisa não possui intenção de gerar riscos aos participantes, sendo a interação somente por meio de entrevista estruturada, não exigindo demanda de atividades ou esforço físico. Porém, como é um tema ligado à segurança e saúde da criança, pode suscitar sensações de ordem emocional, podendo causar desconforto ao participante. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas e a liberdade de não responder as perguntas quando não se sentirem confortáveis, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa pode trazer. Será orientado que podemos retomar apenas quando se sentir confortável para reiniciar a entrevista.

O estudo não acarretará nenhum tipo de custo, e como benefício se logrará conhecer a percepção dos familiares/acompanhantes sobre sua participação na assistência segura de crianças em Unidades de Internação Pediátrica, possibilitando a realização de intervenções necessárias para promover uma assistência de saúde mais segura. Entretanto pode-se ressarcir qualquer custo, desde que devidamente vinculado ao presente estudo.

O estudo poderá eventualmente acarretar fator de risco de ordem psicológica aos sujeitos, correspondente às recordações de lembranças de situações embaraçosas e dolorosas aos familiares/acompanhantes. No intuito de minimizar danos, as pesquisadoras se propõem a buscar atenção psicológica aqueles que por ventura dela necessitarem.

Você possui o direito de recusar-se a participar do estudo, mas caso você aceite a participar, garantimos que seu nome ficará em sigilo, bem como, as informações fornecidas só

serão utilizadas neste estudo e nas publicações que dele decorrerem, ficando sob o domínio da pesquisadora por cinco anos, sendo destruídos após este prazo.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, porém se eventualmente houver despesas você será ressarcido pela pesquisadora. Ainda, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

A qualquer momento, se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser desistir do mesmo, poderá entrar em contato com a pesquisadora Patrícia Kuerten Rocha, pelo telefone: (48) 37219480 e e-mail: pkrochaucip@gmail.com; Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem, – Bloco H, 4º Andar – Sala 415. R. Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, 88040-900.

Um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP do Hospital Infantil Joana de Gusmão pelo telefone 48 – 32519092 ou pelo e-mail: cephijg@saude.sc.gov.br. Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.

O presente termo será disponibilizado em duas vias; que depois de assinadas uma ficara com você e outra com a pesquisadora responsável.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo em participar e que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura: _____ RG: _____

Florianópolis, _____ de _____ de 2019.

Pesquisadora responsável: Patrícia Kuerten Rocha

Dr.^a Enf.^a Patrícia Kuerten Rocha

E-mail: pkrochaucip@gmail.com

Telefone: (48) 37219480

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEPUFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA/ACOMPANHANTES NA ASSISTÊNCIA SEGURA AO PACIENTE PEDIÁTRICO

Pesquisador: Patrícia Kuerten Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03425418.6.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.091.496

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta as pendencias relativo a um trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem orientado pela profa. Patricia Kuerten Rocha que pretende ter como participantes familiares da unidade de internação de dois setores do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa sobre a participação da família/acompanhantes na assistência segura ao paciente pediátrico. Os participantes responderam a questionamentos relativos ao cuidado seguro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a percepção de familiares/acompanhantes quanto à sua participação na assistência segura de crianças em Unidades de Internação Pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo poderá acarretar fator de risco de ordem psicológica aos sujeitos, correspondente às recordações de lembranças de situações embaraçosas e dolorosas aos familiares/acompanhantes. No intuito de minimizar os danos, as pesquisadoras se propõem a buscar atenção psicológica aqueles que por ventura dela necessitarem. psicológica aqueles que por ventura dela necessitarem.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 3.091.406

Benefícios:

Verificar como vem sendo a participação dos pais na segurança do paciente no intuito de desenvolver um cuidado mais seguro e com qualidade; envolver os pais no processo de hospitalização; e instruir aos mesmos sobre segurança do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores atenderam as orientações quanto a readequação do TCLE de acordo com a Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE readequado de acordo com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1260399.pdf	11/12/2018 11:55:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	11/12/2018 11:54:53	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostocorrigida.pdf	11/12/2018 11:47:32	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	DECLARACAO.pdf	19/11/2018 16:32:40	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	19/11/2018 16:27:13	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_5.pdf	19/11/2018 16:24:40	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_4.pdf	19/11/2018 16:24:08	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_3.pdf	19/11/2018 16:23:18	Patricia Kuerten Rocha	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.091.498

Outros	ANEXO_2.pdf	19/11/2018 16:22:25	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_1.pdf	19/11/2018 16:21:49	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	CURRICULO_PESQUISADORAS.pdf	19/11/2018 16:21:16	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_CEP.pdf	19/11/2018 16:02:17	Patricia Kuerten Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

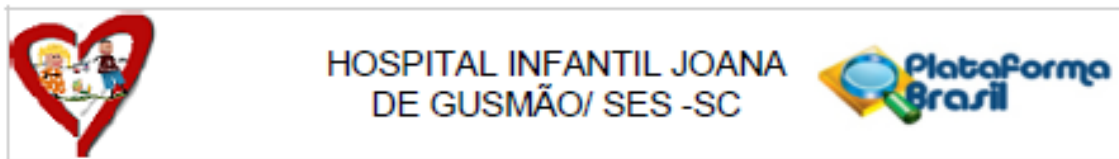
Não

FLORIANOPOLIS, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do CEP-HIJG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA/ACOMPANHANTES NA ASSISTÊNCIA SEGURA AO PACIENTE PEDIÁTRICO

Pesquisador: Patrícia Kuerten Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03425418.6.3001.5381

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.200.427

Apresentação do Projeto:

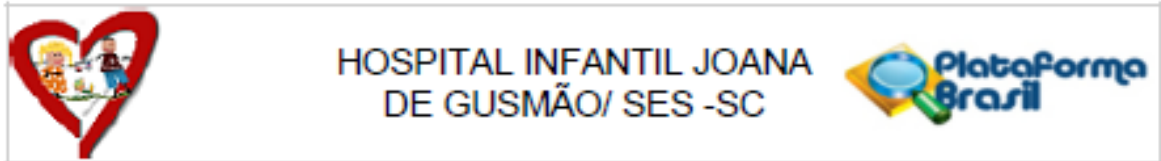
As informações usadas na elaboração desse parecer foram extraídas dos seguintes documentos: TCC_CEPcorrigido.pdf Declaracao_psicologa.pdf TCLEcorrigido.pdf

Este estudo tem a finalidade de se tornar um trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, o mesmo pretende verificar a percepção de familiares e acompanhantes na assistência segura ao paciente pediátrico.

A assistência em saúde se caracteriza como uma ação de grande complexidade que necessita de conhecimento técnico científico, competências e habilidades para ser desenvolvida e, ainda assim, pode resultar em erro. Estes erros ocorrem, pois muitas vezes a assistência está envolta às interações humanas, à alta tecnologia e à tomada de decisão realizadas sob pressão e estresse (SIMAN, 2016).

A segurança do paciente é caracterizada pela ausência de danos evitáveis e redução do risco de danos desnecessários durante o processo de assistência em saúde. Neste processo cada ação possui certo grau de insegurança intrínseco, portanto é necessário garantir melhorias sustentáveis e significativas por meio de políticas claras, capacidade de liderança organizacional, dados que impulsionem melhorias de segurança, profissionais de saúde qualificados e envolvimento ativo de pacientes sob seus cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Endereço: Rul Barbosa, nº 152
 Bairro: Agrônômica CEP: 88.025-301
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3251-9092 Fax: (48)3251-9092 E-mail: cep@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 3.200.427

Estimativas mostram que em países de alta renda, 1 em cada 10 pacientes tem algum prejuízo durante o atendimento hospitalar. Estudo entre frequência e evitabilidade de eventos adversos em 26 países de baixa e média renda demonstrou uma taxa de eventos adversos de cerca de 8%, dos quais 83% poderiam ter sido evitados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria No 529, de 1o de abril de 2013 com o objetivo de contribuir para a qualificação da assistência em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional. Dentre os objetivos específicos há o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente e, produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre segurança do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção de familiares/acompanhantes quanto a própria participação na assistência segura de crianças em Unidades de Internação Pediátrica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo poderá acarretar fator de risco de ordem psicológica aos participantes, correspondente às recordações de lembranças de situações embaraçosas e dolorosas aos familiares/acompanhantes.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa consistirão em aprimorar a segurança do paciente pediátrico nas Unidades em que se realizará o estudo, seja no cunho da identificação do paciente, comunicação segura, medicação segura, risco de quedas, prevenção de infecção para se ter o mínimo de erro possível, a partir do envolvimento adequado da família/acompanhante neste processo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante do ponto de vista social pelo conhecimento a ser gerado. O pesquisador apresentou informações que o credencia tecnicamente a executar o protocolo de pesquisa.

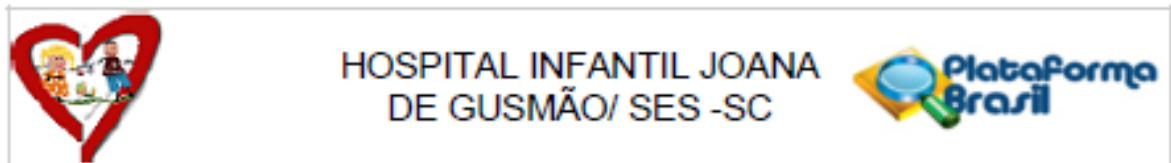
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências elencadas no Parecer n. 3.149.404 de 15/02/2019 ATENDIDAS

Endereço: Rul Barbosa, nº 152		CEP: 88.025-301
Bairro: Agronômica		
UF: SC	Município: FLORIANÓPOLIS	
Telefone: (48)3251-9092	Fax: (48)3251-9092	E-mail: ceph@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 3.200.427

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de SETEMBRO/2019) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1278324.pdf	26/02/2019 07:49:40		Aceito
Outros	Solicitacoes_CEP.pdf	26/02/2019 07:48:58	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	Declaracao_psicologa.pdf	26/02/2019 07:46:47	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_CEPcorrigido.pdf	26/02/2019 07:46:29	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.pdf	26/02/2019 07:46:06	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	11/12/2018 11:54:53	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	DECLARACAO.pdf	19/11/2018 16:32:40	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	19/11/2018 16:27:13	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_5.pdf	19/11/2018 16:24:40	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_4.pdf	19/11/2018 16:24:08	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_3.pdf	19/11/2018 16:23:18	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_2.pdf	19/11/2018 16:22:25	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Outros	ANEXO_1.pdf	19/11/2018 16:21:49	Patricia Kuerten Rocha	Aceito

Endereço: Rui Barbosa, nº 152

Bairro: Agronômica

CEP: 88.025-301

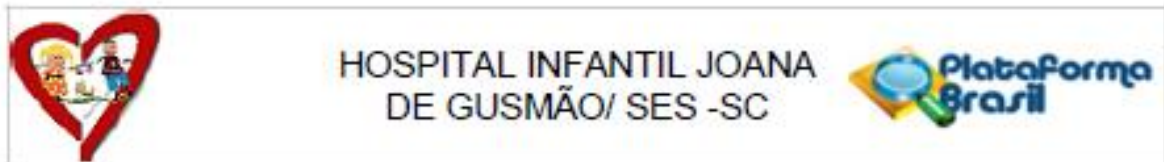
UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3251-9092

Fax: (48)3251-9092

E-mail: cephijg@saude.sc.gov.br



Continuação do Parecer: 3.200.427

Outros	CURRICULO_PESQUISADORAS.pdf	19/11/2018 16:21:16	Patricia Kuerten Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_CEP.pdf	19/11/2018 16:02:17	Patricia Kuerten Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 14 de Março de 2019

Assinado por:
Vanessa Borges Platt
(Coordenador(a))

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
 Bairro: Agrônômica CEP: 88.025-301
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3251-9092 Fax: (48)3251-9092 E-mail: ceph@g@saude.sc.gov.br



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

O Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado *Participação da Família/Acompanhante na Assistência Segura ao Paciente Pediátrico*, da graduanda *Luana Marques da Silva*, atendeu aos requisitos da Disciplina, com o cumprimento das etapas indicadas pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destacando todo o empenho, compromisso e responsabilidade da referida estudante. Assim, sendo aprovado pela Banca Examinadora em 29 de outubro de 2019.

O projeto de pesquisa foi elaborado dentro das linhas do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA), sendo uma pesquisa descritiva exploratória, quantitativa, cujo objetivo foi identificar como ocorre a participação do familiar/acompanhante na assistência segura durante a hospitalização da criança em Unidades de Internação Pediátrica.

O artigo elaborado tem sustentação teórica, demonstrando o compromisso com a construção do conhecimento, análise crítica e aproximação com o método científico. Neste sentido, está indicado para publicação. Há que se enfatizar a postura ética, dedicação e espírito crítico que geraram a conclusão de um trabalho de ótima qualidade.

Florianópolis, 30 de outubro de 2019.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Izabel', written over a horizontal line.

Ana Izabel Jatobá de Souza

Co-orientadora