

CONDUTAS DE EDUCAÇÃO AO FAMILIAR PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: REGISTROS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

EDUCATIONAL CONDUCTS ON PATIENT SAFETY TO FAMILY MEMBERS OF HOSPITALIZED CHILDREN: MULTIPROFESSIONAL TEAM RECORDS

CONDUCTAS DE EDUCACIÓN FAMILIAR PARA PROMOVER LA SEGURIDAD DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS: REGISTROS DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL

Larissa Edom Bandeira¹
William Wegner²
Luiza Maria Gerhardt³
Simone Silveira Pasin⁴
Eva Neri Rubim Pedro⁵
Karen Jeanne Cantarelli Kantorski⁶

¹ Enfermeira. Mestranda em Pediatria. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Programa de Pós-graduação em Pediatria. Porto Alegre, RS – Brasil.

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Escola de Enfermagem. Porto Alegre, RS – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Adjunta. UFRGS, Escola de Enfermagem. Porto Alegre, RS – Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Assessora de Operações Assistenciais. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS – Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Titular. UFRGS, Escola de Enfermagem. Porto Alegre, RS – Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. UFRGS, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Porto Alegre, RS – Brasil.

Autor Correspondente: William Wegner. E-mail: william.wegner@ufrgs.br
Submetido em: 11/01/2017 Aprovado em: 12/05/2017

RESUMO

Objetivo: analisar os registros da equipe multiprofissional sobre condutas de educação do familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada. **Método:** estudo transversal, descritivo e retrospectivo com uso de dados secundários. A amostra foi constituída por 126 prontuários de pacientes pediátricos internados nas unidades clínico-cirúrgicas de um hospital no Sul do Brasil, no período entre setembro/2013 e agosto/2014. **Resultados:** a média de idade foi de 44,58 meses, sendo a maioria do sexo masculino (55,4%), residente em Porto Alegre-RS, Brasil (43,7%) e internado por disfunção do sistema ventilatório (36,5%). Todos os registros foram realizados por enfermeiros. A principal orientação relacionou-se à prevenção de quedas no momento da admissão (72,2%) e durante a primeira semana de internação (21,4%). **Conclusão:** as informações relacionadas às condutas de educação do familiar para promover a segurança do paciente pediátrico ainda são pouco registradas em prontuário, sendo necessário envolver a equipe multiprofissional nesse processo.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Registros Médicos; Equipes de Saúde; Criança Hospitalizada; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the records of the multiprofessional team of education conducts related to patient safety to family members of hospitalized child. **Method:** Cross-sectional, descriptive and retrospective study with secondary data. The sample consisted of 126 medical charts of hospitalized pediatric patients in medical-surgical units. **Results:** The average age was 44.58 months, most patients were male (55.4%) living in Porto Alegre, RS, Brazil (43.7%) and hospitalized for respiratory system dysfunction (36.5%). All records were performed by nurses. Guidance related to prevention of falls was the most frequent and provided at admission (72.2%) and during the first week of hospitalization (21.4%). **Conclusion:** the information related to educational conducts to family members to promote pediatric patient safety is poorly recorded in medical charts; it is necessary to involve the multidisciplinary team in this process.

Keywords: Patient Safety; Medical Records; Patient Care Team; Child Hospitalized; Health Education.

Como citar este artigo:

Bandeira LE, Wegner W, Gerhardt LM, Pasin SS, Pedro ENR, Kantorski KJC. Condutas de educação ao familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada: registros da equipe multiprofissional. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____];21:e-1009
Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170019

RESUMEN

Objetivo: analizar los registros del equipo multiprofesional sobre conductas de educación familiar para promover la seguridad de los niños hospitalizados. **Método:** estudio transversal, descriptivo y retrospectivo con el uso de datos secundarios. La muestra consistió en 126 archivos de pacientes pediátricos hospitalizados en unidades médico-quirúrgicas. **Resultados:** la edad promedio era de 44,58 meses, la mayoría eran varones (55,4%), residentes en Porto Alegre (43,7%) y hospitalizados por una disfunción del sistema respiratorio (36,5%). Todos los registros fueron realizados por enfermeras. La principal orientación era sobre la prevención de caídas en el momento de ingresar al hospital (72,2%) y durante la primera semana de hospitalización (21,4%). **Conclusión:** en los registros médicos hay poca información sobre las conductas de educación familiar para promover la seguridad de los pacientes pediátricos y, para ello, se precisa que el equipo multiprofesional participe en este proceso.

Palabras clave: Seguridad Del Paciente; Registros Médicos; Grupo de Atención al Paciente; Niño Hospitalizado; Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

Nos serviços de atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito fundamental para a qualidade do cuidado. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Nessa taxonomia, incidente corresponde ao evento ou circunstância que pode ou não resultar em dano desnecessário ao paciente, sendo o evento adverso todo o incidente que resultou em dano ao paciente. Por dano entende-se o comprometimento de estrutura ou função e/ou qualquer efeito dele oriundo, podendo ser físico, social ou psicológico.

A segurança deve ser valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético dos profissionais de saúde. Ressalta-se que um cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais, quanto de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, por meio da continuidade de políticas governamentais regulatórias.¹

O movimento pela segurança do paciente tornou-se mundial, exigindo o estabelecimento de uma linguagem comum e que contribuisse para o processo de comunicação efetiva em saúde. A partir dos anos 2000, por orientação da OMS, a segurança do paciente entrou para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passou a ser reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde.²

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.³ Anterior a isso, desde 2008 a enfermagem desenvolve a temática, com destaque para a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), a qual estimula a integração multiprofissional para promoção da atenção em saúde segura pautada no desenvolvimento de boas práticas.

Ainda existem poucos dados sobre a frequência de eventos adversos ocorridos em países em desenvolvimento e em fase de transição. Entretanto, no Brasil, estima-se que sua incidência em hospitais seja em torno de 7,6% das internações. Desse total, 67% foram classificados como evitáveis.⁴ Pesquisa

realizada com 113 crianças assistidas em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos de São Paulo registrou 38 ocorrências de eventos adversos (média de 2,9 ocorrências adversas por criança), demonstrando que 32,7% estavam relacionadas a medicamentos.⁵ Também no Brasil, estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva pediátrica para atendimento a pacientes oncológicos registrou 71 notificações de 110 erros de medicação, representando 227 erros por mil pacientes/dia.⁶

Revisão sobre as medidas de segurança do paciente com base em dados coletados em hospitais norte-americanos identificou que, embora os eventos adversos fossem estimados para ocorrer em menos de 10% das internações hospitalares, cerca de 7% desses incidentes de segurança resultaram em mortes de pacientes. Além disso, metade dos eventos adversos poderia ter sido prevenida.⁷

No contexto da hospitalização infantil, identificam-se várias circunstâncias de cuidado, as quais podem ter como consequências riscos e fatores contribuintes para incidentes de segurança do paciente, como quedas, lesões de pele, infecções hospitalares, insucesso nos procedimentos invasivos, falhas no processo medicamentoso, comunicação limitada com a família da criança, entre outras.⁸ Entretanto, os profissionais de saúde devem ser proativos, tanto na identificação de riscos, como na garantia da segurança do paciente pediátrico, estabelecendo uma parceria com acompanhantes/familiares para o cuidado seguro por meio de orientações e ações educativas.

O ambiente hospitalar pode despertar na criança a curiosidade do novo e, ao mesmo tempo, o medo do desconhecido, tornando-a vulnerável à violação da sua segurança nas circunstâncias de cuidado.⁸ A criança torna-se passiva, deprimida, assustada, rebelde e vulnerável, pois depende não só do adulto cuidador, como do cuidado intensivo da equipe de saúde para sua sobrevivência. A segurança e a proteção devem estar inseridas no contexto da hospitalização, pois é de direito da criança a garantia de assistência à saúde. Portanto, o atendimento à criança hospitalizada deve ser norteado por práticas seguras, com o objetivo de proporcionar bem-estar a ela e sua família.⁹

Para comprovar a assistência prestada e promover assistência segura com o mínimo de riscos, deve-se registrar em prontuário todo o processo de cuidar da equipe multidiscipli-

nar. Nesse ínterim, a documentação em prontuário das questões referentes à conduta educativa sobre segurança do paciente é uma necessidade para o desenvolvimento da cultura da segurança, que preconiza a identificação de eventos adversos e promoção do cuidado seguro.

Nesse âmbito, os registros em prontuário revelam-se como uma evidência para identificar a proatividade dos profissionais na identificação de incidentes de segurança do paciente, bem como para estabelecer medidas para prevenção de danos e orientações para os pacientes e familiares. Apesar de tal importância ser consenso entre os profissionais, essa rotina ainda deve ser aperfeiçoada, visto que há diversas limitações nos sistemas de notificações de incidentes de segurança e registros das condutas dos profissionais.⁷ Ressalta-se, portanto, a existência de poucos estudos sobre a documentação e registro de informações relativas às estratégias adotadas para garantir a segurança do paciente e seu significado para a qualidade do cuidado à criança hospitalizada.

Destaca-se, ainda, que estudos sobre esse tema são relevantes para estimular os profissionais a melhorar a qualidade de seus registros e para garantir o direito dos pacientes a uma assistência segura. Diante disso, a questão de pesquisa do presente estudo foi: quais são os registros da equipe multiprofissional sobre condutas de educação do familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada? Para responder a esse questionamento, o objetivo foi analisar os registros da equipe multiprofissional sobre condutas de educação do familiar para promoção da segurança da criança hospitalizada.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo e retrospectivo com uso de dados secundários.¹⁰ A investigação foi desenvolvida em um hospital público universitário de grande porte com capacidade de 843 leitos de internação para adultos e pediatria, localizado no Sul do Brasil.

A amostra deste estudo foi constituída por prontuários de pacientes pediátricos (entre zero e 18 anos incompletos) internados em unidades clínico-cirúrgicas, entre os meses de setembro de 2013 e agosto de 2014. Por se tratar de estudo descritivo, após consulta com estatístico foi recomendado não realizar cálculo amostral, sendo preconizada seleção aleatória de 10% dos prontuários. Considerando que, segundo dados de 2013-2014 desse hospital, houve 1.259 internações nas duas unidades de internação pediátricas, optou-se por adotar o seguinte esquema para estratificação mensal da amostra (Figura 1).

O tamanho de amostra final foi de 126 prontuários. Foram incluídos pacientes internados por no mínimo sete dias, com idade inferior a 18 anos, que possuíam prontuário eletrônico com registros profissionais na anamnese e com evolução diária nas unidades de internação clínico-cirúrgica. Foram excluídos os

prontuários dos pacientes internados na UTIP e unidade onco-hematológica. Optou-se por realizar o estudo na área de internação clínico-cirúrgico (totalizando 66 leitos) pelas similaridades entre as unidades e o perfil dos profissionais, visto que as demais apresentam peculiaridades que dificultariam a comparação dos resultados. Os prontuários foram avaliados até sete dias após a data de internação. O hospital utiliza um *software* (AGHUse) desenvolvido para gerenciar os processos assistenciais e administrativos. O AGHUse é utilizado por todos os profissionais – de saúde, administrativos e estudantes – que realizam suas avaliações e registram-nas eletronicamente diariamente. Nos itens anamnese e evolução diária, existem duas abas específicas para os registros: conduta e conduta de educação. A conduta refere-se aos procedimentos realizados pelos profissionais e recomendações a serem seguidas. Já a conduta de educação é o espaço destinado ao registro das orientações feitas aos pacientes/familiares. Existe, ainda, um terceiro espaço para registros no qual devem ser anotadas as orientações fornecidas e assinalar se elas foram compreendidas ou não e/ou se necessitam de posteriores reforços. Todas as informações são consolidadas no Prontuário *Online*.

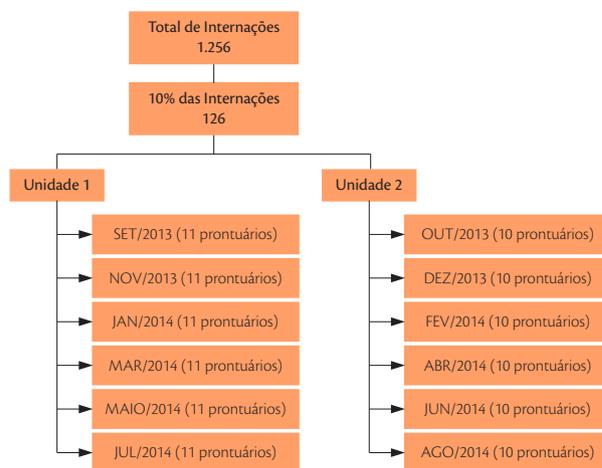


Figura 1 - Estratificação do número de prontuários para coleta de dados. Porto Alegre, RS – Brasil, 2017.

Como rotina institucional, algumas orientações devem ser fornecidas aos pacientes/familiares quando internam nas unidades pediátricas, por meio de conversa e entrega de *folders* institucionais. Estas se referem aos cuidados mínimos necessários para promoção de um cuidado seguro: identificação do paciente, a realização de higiene de mãos e as medidas para prevenção de quedas. Dessa forma, os registros sobre a realização de conduta para educação foram avaliados em dois momentos: na admissão do paciente (anamnese) e na evolução diária (conduta de educação) de todos os profissionais envolvidos na assistência. Os dados foram coletados por meio de instrumento, o qual contemplava a caracterização sociodemográfica dos pacientes e as variáveis de estudo referentes aos registros em

prontuário relacionados à segurança do paciente: identificação do paciente, higiene de mãos, medidas para prevenção de quedas e a categoria profissional realizou os registros.

O desfecho primário é o registro de orientações sobre segurança do paciente em prontuário. O desfecho secundário é a relação desses registros com as categorias profissionais e a caracterização da amostra (idade, sexo, tempo de internação e procedência).

Os dados foram armazenados em banco de dados no programa Excel® e processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 20.0. Foram utilizados os testes U de *Mann-Whitney* e qui-quadrado de Pearson para as análises, considerando índice de confiança de 95% e índice de significância quando $p < 0,001$.¹⁰ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, via Plataforma Brasil, CAAE nº 47147715.9.0000.5327 e seguiu as normas da Resolução 466/12.

RESULTADOS

Foram avaliados 126 prontuários de crianças e adolescentes hospitalizados na internação pediátrica, sendo 47,6% do sexo feminino e 52,4% do sexo masculino. A média de idade foi de 44,58 meses ($\pm 52,4$), variando entre zero e 201 meses. A maioria residia em Porto Alegre (43,7%) ou região metropolitana (25,4%), mas destaca-se grupo que era procedente do interior do estado (30,2%). O principal motivo de internação estava relacionado ao sistema respiratório (36,5%), seguido de internações para procedimentos cirúrgicos (12,7%) e doenças relacionadas ao sistema gastrointestinal (9,5%).

O tempo de internação variou entre sete e 160 dias, com média de 14,72 dias ($\pm 20,6$) e a maior parte das crianças estava acompanhada pelas mães (77,0%). Pais (5,5%), avós/avós (4,0%) e tias/tios (2,4%) também estavam como acompanhantes de algumas crianças. Apenas uma criança estava desacompanhada durante a internação.

O registro das orientações de educação para pacientes e familiares é preconizado desde o momento da admissão e deve ser reforçado diariamente conforme as demandas e/ou necessidades identificadas na avaliação do paciente e seu acompanhante. A Figura 2 apresenta a comparação entre o registro de condutas de educação pelos profissionais da saúde e o tempo que os pacientes permaneceram internados (Figura 2)

Em 90 prontuários foi identificado registro de orientações no primeiro momento (na admissão) e/ou no segundo momento (em até sete dias), permanecendo internados, em média, por 13,8 dias ($\pm 20,0$). Os que não receberam registro em algum momento, 35 prontuários, permaneceram internados por 17,31 dias ($\pm 22,4$). A relação entre o tempo de internação e o recebimento ou não de orientações não se demonstrou estatisticamente significativa ($p=0,400$; IC 95%), segundo o teste U de *Mann-Whitney*.

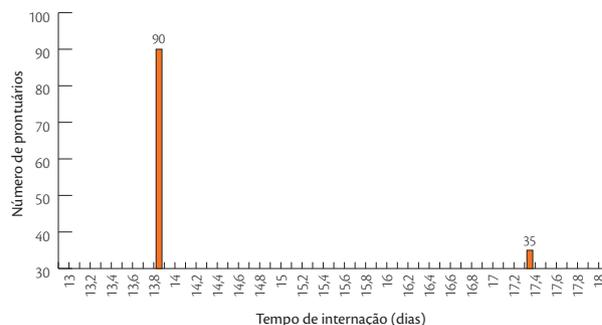


Figura 2 - Comparação entre número de prontuários com registros de conduta de educação com o tempo de internação.

Porto Alegre, RS – Brasil, 2017.

A Tabela 1 apresenta o registro do tipo de orientação fornecida aos pacientes/familiares e o momento em que foi realizada.

Tabela 1 - Distribuição dos registros conforme tipo e momento de orientação de segurança do paciente para acompanhantes de crianças hospitalizadas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017 (n=126)

	1º Momento (admissão)		2º Momento (até 7 dias)	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Identificação do paciente	65,9	34,1	7,1	92,9
Higiene de mãos	65,1	34,9	12,7	87,3
Prevenção de quedas	72,2	27,8	21,4	78,6

O registro da orientação relacionada à prevenção de quedas foi mais frequentemente associado ao momento da admissão (72,2%) e durante a primeira semana de internação hospitalar (21,4%). A identificação do paciente (7,1%) foi a orientação menos reforçada no decorrer da internação, conforme os dados levantados em prontuários eletrônicos.

As condutas de educação relacionadas às metas internacionais para segurança do paciente foram 100% registradas por enfermeiros ou acadêmicos de enfermagem. Outros profissionais da saúde registraram exclusivamente sobre condutas de educação relacionadas à sua prática profissional. Por exemplo, fisioterapeutas registraram orientações sobre cuidados respiratórios, manobras de respiração; assistentes sociais, sobre os direitos da criança e do adolescente; psicólogos, sobre psicoeducação; nutricionistas, sobre higiene de mamadeiras, manutenção de alimentação exclusivamente hospitalar; e farmacêuticos, sobre orientações de medicamentos para alta hospitalar. Não foi encontrado qualquer registro da equipe médica na aba conduta de educação. Os médicos fizeram registros, por exemplo, sobre prescrição medicamentosa e solicitação de exames na aba geral de condutas.

Segundo os registros, as orientações sobre segurança do paciente foram dadas principalmente aos pais e familiares acompanhantes. O total de 79 pais e/ou mães foi orientado na

admissão, sendo que 88,5% compreenderam as informações e não precisaram de reforço durante a internação. Dos oito tios/avós que foram orientados na admissão, nenhum precisou de reforço. A relação entre qual acompanhante recebeu orientação e a necessidade ou não de reforço não se demonstrou estatisticamente significativa ($p=0,775$; IC 95%), segundo o teste qui-quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta de 126 prontuários de pacientes pediátricos que continham ou não os registros de orientações sobre condutas de educação para a segurança do paciente durante a internação hospitalar. Segundo a caracterização da amostra, a média de idade estava entre três e quatro anos, a maioria eram meninos, residentes de Porto Alegre. O principal motivo de internação das crianças estava relacionado ao sistema respiratório e a média de tempo de internação foi de 14,72 dias.

Estudo realizado em hospital público da região Sul do Brasil salienta que as hospitalizações no grupo etário de zero a cinco anos ocupam expressivo percentual de leitos hospitalares, sendo que a concentração dos casos graves se dá em crianças menores de um ano.¹¹ Estudo com dados do Sistema de Informação em Saúde¹², no período de 1998 a 2007, mostrou que as causas de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) nas diversas regiões do Brasil que mais acometem crianças na faixa etária de um a quatro anos estão relacionadas a doenças do aparelho respiratório (40,3%), estando em consonância com os dados encontrados nesta pesquisa. Conforme o MS, em segundo lugar aparecem as doenças infecciosas e parasitárias (21,6%), seguidas de doenças do aparelho digestivo (5,5%), das causas externas (2,5%) e doenças do aparelho geniturinário (2,2%).¹²

Foram encontradas diversas causas de internação hospitalar. Observou-se acentuada sazonalidade entre os meses de junho e setembro, no qual a maioria dos pacientes foi internada por infecções respiratórias e permaneceu menos tempo no hospital. Entre dezembro e março, estiveram internados os pacientes com doenças crônicas que apresentam internações recorrentes. A partir do conhecimento desse perfil, é possível estabelecer algumas estratégias de segurança do paciente para a criança hospitalizada e seus acompanhantes/cuidadores.

Em algum momento da internação 90 pacientes (71,42%) com média de permanência de 13,8 dias tiveram registros sobre condutas de educação relacionadas às medidas de segurança do paciente. Por outro lado, 35 pacientes (27,78%) com média de permanência de 17,31 dias não apresentaram registro algum. Apesar de os testes estatísticos não apresentarem resultados significantes, nota-se que os pacientes que permaneceram menos tempo internados receberam mais orientações so-

bre medidas de segurança do que os pacientes com mais tempo de internação, conforme os registros em prontuários.

Em revisão integrativa da literatura sobre os registros das equipes de enfermagem¹³ apurou-se que, apesar das implicações ético-legais e da importância das anotações, muitos estudos têm verificado registros factuais, aleatórios, redundantes, subjetivos, tecnicamente incorretos e desprovidos de qualquer sistemática que possa subsidiar o planejamento dos cuidados de enfermagem. Ainda, salientou-se que o registro de enfermagem incompleto nos prontuários acarreta graves consequências assistenciais, administrativas e financeiras.¹³ Outra pesquisa refere que documentação inadequada ou ausência de informações em prontuário pode estar relacionada à própria ocorrência de eventos adversos, na medida em que é a partir deles que se obtêm as evidências necessárias para o atendimento específico e adequado de cada paciente.¹⁴

Ainda nesse contexto, destaca-se que os registros eletrônicos em saúde são fontes relevantes e suficientes de informação para se acompanhar os níveis de qualidade e segurança atingidos na instituição/serviço. Entretanto, vale ressaltar que os profissionais devem primar pela qualidade dos registros/documentação, garantindo que ao realizá-los adotem uma metodologia que sustente a fidedignidade da coleta dos dados para se estabelecer a qualidade ou não dos indicadores avaliados.¹⁵ Na realidade, a qualidade do registro das ações assistenciais reflete a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho. Quando o registro é escasso e inadequado, compromete a assistência prestada ao paciente, assim como a instituição e a equipe de saúde.¹⁶

Foram encontrados 125 prontuários (99,20%) com registros de ações educativas relacionadas à segurança do paciente. Apenas um prontuário não apresentava algum tipo de conduta educativa, pois a criança permaneceu desacompanhada durante toda a internação. Todos os registros de orientações sobre segurança do paciente no espaço de conduta de educação do prontuário eletrônico foram realizados exclusivamente por enfermeiros ou acadêmicos de enfermagem.

Segundo a Portaria nº 529 do Ministério da Saúde³, a cultura de segurança responsabiliza todos os trabalhadores pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança. Estudo sobre os modelos de sistemas de trabalho e de segurança do paciente indica que o modelo de sistema de trabalho em saúde está focado no profissional médico como o centro das ações. Entretanto, sabe-se que atualmente é mais apropriado conceituar como sujeito central do sistema de trabalho a equipe multiprofissional ou os pacientes e familiares. Nesse sentido, cada vez mais o trabalho em equipe está sendo proposto como uma forma de organizar o trabalho em saúde e gerenciar os processos de cuidados para melhorar a qualidade e segurança do paciente.¹⁷

A importância de documentar os registros referentes à segurança do paciente tem relação direta com a qualidade do cuidado e valorização do tema pelos profissionais. As orientações sobre segurança do paciente permanecem sendo desafios a serem incorporados na construção do cuidado seguro. As equipes de saúde devem estar engajadas no processo de educação e registro dessas orientações. Acredita-se que esse é um aspecto a ser estimulado nos profissionais envolvidos nos cuidados da saúde da criança.

O total de 117 pacientes (92,85%) estava acompanhado por mães e/ou pais. Destes, 79 foram orientados no momento da admissão e nove precisaram de reforço ao longo da internação conforme registrado nos prontuários. Oito pacientes (6,35%) estavam acompanhados por outros familiares (tios / avós), sendo que seis foram orientados na admissão e nenhum precisou de reforço. Não foi possível identificar diferença estatística na relação entre o tipo de acompanhante e a necessidade de reforço das orientações prestadas.

Durante a internação hospitalar, a criança fica mais exposta a eventos adversos e/ou injúrias. A inclusão de familiares para realização dos cuidados e acompanhamento permanente ameniza parte do sofrimento da criança e auxilia na promoção do cuidado seguro.⁸ A Organização Mundial da Saúde recomenda que uma das iniciativas para garantir a segurança do paciente seja o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilidade do próprio paciente/acompanhante no processo de tratamento, recuperação e cura. O Ministério da Saúde³ também recomenda o envolvimento de pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente e a ampliação do acesso da sociedade às informações relativas ao tema.

Pelo envolvimento emocional e cuidados físicos que os pais têm com suas crianças, acredita-se ser mais fácil que eles compreendam as orientações prestadas e realizem as medidas de segurança. Outros familiares, por serem mais distantes e estarem menos envolvidos nos processos de hospitalização, necessitariam de mais reforços durante a internação. Como a amostra de outros familiares foi muito pequena, não é representativa. Entretanto, é importante salientar que todos os acompanhantes, sejam pais ou outros familiares, devem ser orientados e estarem cientes das medidas de proteção para segurança do paciente pediátrico durante a internação hospitalar.

As orientações sobre prevenção de quedas foram as mais citadas nos registros eletrônicos, tanto na admissão (72,2% dos prontuários), quanto ao longo da internação (21,4% dos prontuários). No momento da admissão, as orientações sobre identificação do paciente (65,5%) e higiene de mãos (65,1%) foram registradas na mesma proporção. Porém, foram muito pouco reforçadas ao longo da internação – higiene de mãos (12,7%) e identificação do paciente (7,1%).

Segundo um manual de estratégias para a segurança do paciente voltadas para os profissionais¹⁸, a identificação do paciente é um dos meios para assegurar a qualidade e a segurança do cuidado no serviço de saúde. A diversidade de profissionais atuantes e os múltiplos procedimentos e tratamentos exigem que sejam estabelecidas práticas seguras de identificação do paciente. A ausência ou duplicidade de informações ou mesmo as imprecisões nos dados de cadastro do paciente podem repercutir diversos tipos de erros nos cuidados à saúde. É responsabilidade de todos os profissionais de saúde a conferência da identificação do paciente previamente a qualquer procedimento/ tratamento, de modo que o paciente correto receba o cuidado correto. Orientar o paciente e o acompanhante quanto à pulseira que é colocada no seu braço é função de todos que prestam o cuidado seguro.¹⁹

Estudo realizado em hospital universitário do Sul do Brasil demonstra baixos índices de adesão à meta de identificação do paciente (42,9%). Após as estratégias educacionais, a meta estabelecida de 80% foi superada. Destaca-se a importância de desenvolver estratégias de apoio educacional para sustentar práticas seguras e baseadas em evidências, com o envolvimento dos profissionais e o comprometimento dos gestores.²⁰

A higienização das mãos é uma das práticas de maior relevância no cuidado à saúde. Estudos realizados em todo o mundo têm mostrado a associação das infecções adquiridas no ambiente hospitalar à prática inadequada de higienização das mãos. Estima-se que 1,7 milhão de infecções estejam associadas ao cuidado em saúde e, destes, 100.000 mortes associadas a infecções.¹⁸ As medidas para controle de infecção hospitalar devem estar incorporadas na prática diária de todos os profissionais da saúde. É responsabilidade da equipe multidisciplinar adotar corretamente as medidas preventivas e orientar adequadamente os pacientes/acompanhantes. A partir do bom exemplo e de constantes reforços educativos é que será possível reduzir o número de infecções associadas ao cuidado em saúde.

Toda a equipe de saúde deve desempenhar papel ativo na prevenção de quedas dos pacientes. Avaliar, de forma sistematizada e periódica, os fatores de risco para as quedas e manter a comunicação (escrita, verbal e visual) dos achados é função de todos os envolvidos no cuidado seguro.^{18,19} Os pacientes pediátricos apresentam elevado risco devido à sua faixa etária. Uma criança brincando nos corredores do hospital ou uma avaliação clínica à beira do leito em que as grades estão abaixadas são exemplos de momentos em que se devem abordar as medidas preventivas de quedas. Essas cenas fazem parte do cotidiano da pediatria e, na perspectiva da segurança, devem ser trabalhadas por todos os componentes da equipe multidisciplinar.

Observa-se preocupação crescente com as medidas de segurança do paciente na prática hospitalar diária. Porém, a super-

visão, orientação e registro dessas condutas ainda estão restritos aos profissionais da enfermagem. Nutricionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais e psicólogos registraram condutas de educação específicas à sua prática profissional, as quais podem implicar melhoria do autocuidado e, conseqüentemente, promover indiretamente a segurança do paciente. Dessa forma, ressalta-se a necessidade do envolvimento da equipe de saúde para que haja mais valorização do tema que tem características interdisciplinares e multiprofissionais.

CONCLUSÃO

As informações relacionadas às condutas de educação para promoção da segurança do paciente pediátrico ainda são pouco registradas em prontuário. A partir dos dados coletados nesta pesquisa, a maioria dos pacientes/familiares é orientada apenas no momento da admissão, sendo registrados poucos reforços ao longo da internação hospitalar. O registro mais frequente foi a orientação para a prevenção de quedas. Todos os registros de condutas de educação sobre segurança do paciente foram realizados por enfermeiros ou acadêmicos de enfermagem. Outros profissionais registraram condutas de educação inespecíficas às metas internacionais, mas que podem promover indiretamente a segurança do paciente. Destaca-se a importância de trabalhar esse tema com a equipe multiprofissional, a fim de que todos possam educar/orientar os pacientes/familiares e promover o cuidado seguro. Além disso, é necessário estimular os diversos componentes da equipe de saúde a qualificar seus registros relacionados às condutas de educação de acompanhantes e familiares.

As conclusões do estudo, em consonância com a literatura, destacam que a revisão de prontuários poderia ser uma estratégia viável à realidade brasileira para mensurar as condutas de educação sobre segurança do paciente. Contudo, sabe-se que existem fragilidades na qualidade dos registros e nos sistemas de informações atualmente disponíveis.

As limitações deste estudo estão relacionadas àquelas próprias de estudos transversais que consideram recortes específicos em determinado período temporal, aos estudos com prontuários, pela possibilidade de conter vieses pelo frágil preenchimento das informações e às peculiaridades do processo de trabalho multiprofissional, no qual nem todos da equipe reconhecem a segurança do paciente como objeto da atenção à saúde.

Sugere-se a realização de estudos de intervenção vinculados a estratégias de sensibilização para a cultura da segurança do paciente e educação de pacientes e familiares entre os profissionais de equipe multiprofissionais. Também é oportuna a realização de estudos que investiguem os processos de educação desenvolvidos para segurança do paciente entre os próprios profissionais, crianças e acompanhantes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Technical Report and Technical Annexes. 2009[citado em 2014 out. 10]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf?ua=1.
2. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013[citado em 2015 jul. 17];18(7):2029-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=pt.
3. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n 529 de 1º de abril de 2013: Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): MS; 2013.
4. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009[citado em 2014 maio 25];21(4):279-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>.
5. Harada MJCS, Chanes DC, Kusahara DM, Pedreira MLG. Safety in medication administration in pediatrics. *Acta Paul Enferm*. 2012[citado em 2014 nov. 02];25(4):639-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400025&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
6. Belega ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Disclosure of medication error in a pediatric intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010[citado em 2015 out. 22];22(3):257-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
7. Tsang C, Palmer W, Bottle A, Majeed A, Aylin P. A review of patient safety measures based on routinely collected hospital data. *Am J Med Qual*. 2012[citado em 2015 out. 11];27(2):154-69. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1062860611414697>.
8. Wegner W. Prevenção de eventos adversos na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Gaíva MAM, Ribeiro CA, Rodrigues EC, organizadores. Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente: ciclo 8. Porto Alegre (RS): Artmed/Panamericana; 2013. p.9-56.
9. Silva T, Wegner W, Pedro ENR. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. *Rev Eletrônica Enferm*. 2012[citado em 2016 jan. 23];14(2):337-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>.
10. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2015.
11. Oliveira BRG, Vieira CS, Furtado MCC, Mello DF, Lima RAG. Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012[citado em 2016 fev. 15];65(4):586-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400006&lng=pt.
12. Oliveira BRG, Vieira CS, Collet N, Lima RAG. Causes of hospitalization in the National Healthcare System of children aged zero to four in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010[citado em 2015 abr. 18];13(2):268-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
13. Claudino HG, Gouveia EML, Santos SR, Lopes MEL. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm UERJ*. 2013[citado em 2014 nov. 27];21(3):397-402. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7550>.
14. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol*. 2011[citado em 2014 out. 30];14(4):651-61. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000400012&lng=pt.
15. Sousa PAF, Dal Sasso GTM, Barra DCC. Contributions of the electronic health records to the safety of intensive care unit patients: an integrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2012[citado em 2015 fev. 20];21(4):971-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400030&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

16. Setz VG, D'Innocenzo M. Evaluation of the quality of nursing documentation through the review of patient medical records. *Acta Paul Enferm.* 2009[citado em 2015 set. 05];22(3):313-7. Disponivel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
 17. Carayon P, Wetterneck TB, Rivera-Rodriguez AJ, Hundt AS, Hoonakker P, Holden R, *et al.* Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Appl Ergon.* 2014[citado em 2015 out. 12];45(1):14-25. Disponivel em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3795965/>.
 18. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurana do Paciente. Estrategias para a segurana do paciente: manual para profissionais da saude. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 2013.
 19. Consorcio Brasileiro de Acreditaao de Sistemas e Servicos de Saude. Padrões de Acreditaao da Joint Commission International para Hospitais. 5ª ed. Rio de Janeiro: CBA; 2014.
 20. Hemesath MP, Santos HB, Torelly EMS, Barbosa AS, Magalhães AMM. Educational strategies to improve adherence to patient identification. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015[citado em 2016 jan. 20];36(4):43-8. Disponivel em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400043&lng=en.
-