

A close-up photograph of a baby's face, showing the eye, nose, and open mouth. The baby is wearing a bright green, fuzzy hat that covers the top and sides of the head. The background is a plain, light color.

Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Curso de Pós Graduação em Enfermagem

Juliana da Silva Garcia Nascimento

**PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO CUIDADO DE
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O
ENSINO TÉCNICO**

Botucatu
2014

Juliana da Silva Garcia Nascimento

**PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO CUIDADO DE
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O
ENSINO TÉCNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Curso Mestrado Profissional em Enfermagem – Área de concentração: Prática de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete

Botucatu

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.

DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Nascimento, Juliana da Silva Garcia.

Promoção da segurança no cuidado de enfermagem pediátrica: contribuições para o ensino técnico / Juliana da Silva Garcia Nascimento. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Capes: 40403009

1. Enfermagem pediátrica - Medidas de segurança. 2. Equipe de enfermagem. 3. Formação profissional. 4. Crianças doentes - Assistência hospitalar. 5. Doentes hospitalizados.

Palavras-chave: Criança hospitalizada; Educação em enfermagem; Pessoal técnico de saúde; Segurança do paciente.

Juliana da Silva Garcia Nascimento

**PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO CUIDADO DE
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O
ENSINO TÉCNICO**

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete

Comissão examinadora

Prof^a. Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof^a. Dr^a Eliana Mara Braga
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof^a. Dr^a Elza de Fátima Ribeiro Higa
Faculdade de Medicina de Marília

Botucatu, 31 de Janeiro de 2014

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Nilson e Cássia por me fazerem acreditar que o impossível não existe.

Ao meu esposo Kleiton, por representar os meus próprios pés durante esta caminhada.

A minha irmã Daniela, Kito e Otávio por me acolherem na casa e no coração.

A todos os alunos que preenchem minha vida de luz.

AGRADECIMENTOS

A Professora Doutora Vera Lúcia Pamplona Tonete por representar muito mais do que uma orientadora em minha vida.

As professoras Eliana Mara Braga e Marli Teresinha Cassamassimo Duarte pelo carinho e contribuições ofertados no exame de qualificação.

Aos colaboradores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Curso Mestrado Profissional em Enfermagem- UNESP pela atenção e paciência.

Ao Centro Paula Souza por permitir a concretização deste sonho.

Aos professores do Curso Mestrado Profissional em Enfermagem por transformarem o conhecimento em movimento abrindo-me as janelas infinitas do saber.

Aos alunos-amigos do Curso Mestrado Profissional em Enfermagem que transformaram as minhas sextas-feiras na pitada de motivação necessária, em particular Evelise Pires Cogo Simião e Eloisa Spinola Ribeiro por proporcionarem com amor o meu trajeto e Maria Paula Pozati por entender a dificuldade da minha distância.

Em especial, a Deus, que me oferta muito mais do que mereço e a minha família, a razão de todo ser.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

PAULO FREIRE

Nascimento, JSG. Promoção da segurança no cuidado de enfermagem pediátrica: contribuições para o ensino técnico. [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2013.

RESUMO

O presente estudo aborda a promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas, elegendo como objeto o ensino desse tema em cursos técnicos de enfermagem. Objetivou-se elaborar proposta sistematizada para subsidiar o planejamento de ensino técnico de enfermagem sobre promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas, com base na literatura especializada e a partir da perspectiva de docentes atuantes em escolas técnicas de enfermagem públicas do estado de São Paulo – Brasil. Inicialmente, foi realizada revisão integrativa de literatura sobre erros, eventos adversos e medidas para promoção da segurança pediátrica hospitalar e sua abordagem no ensino técnico de enfermagem. Na revisão foram incluídos 17 artigos completos, publicados de janeiro de 2001 a dezembro de 2012, em nove periódicos nacionais e oito internacionais, sendo que a maior parte dos primeiros autores era de enfermeiros e 15 deles utilizaram abordagem quantitativa de pesquisa. Realizou-se análise descritiva dos dados que foram categorizados: “Tipos de erros e eventos adversos relacionados à internação hospitalar pediátrica”, “Medidas para promoção da segurança do paciente pediátrico”, “Estratégias para a inserção do tema da promoção da segurança do paciente na educação formal de enfermagem”. Posteriormente, sob a abordagem qualitativa de pesquisa, aplicou-se entrevistas semiestruturadas a 10 docentes de seis escolas técnicas de enfermagem públicas do Estado de São Paulo, vinculadas ao Centro Paula Souza. Os depoimentos colhidos foram sistematizados conforme a vertente temática do Método de Análise de Conteúdo, sendo os mesmos analisados segundo os postulados de Paulo Freire. Os temas e seus respectivos núcleos de sentido foram: Tema 1 - Segurança de crianças internadas em hospitais: Crianças em internação hospitalar estão expostas a diferentes tipos de erros e eventos adversos; A equipe de saúde deve ter perfil e estar capacitada para a prevenção de erros e eventos adversos com crianças internadas; Deve haver a institucionalização de medidas de promoção da segurança infantil em hospitais. Tema 2 - Ensino técnico de enfermagem sobre a promoção da segurança de crianças internadas em hospitais: A Saúde da Criança, atualmente, é pouco abordada na formação dos técnicos de enfermagem; O conteúdo sobre a promoção da segurança de crianças internadas não está suficientemente inserido no ensino técnico de enfermagem; A promoção da segurança de crianças internadas precisa ser mais bem abordada nos cursos técnicos de enfermagem; A aquisição de competência técnica e científica para o cuidado seguro prestado a crianças deve se dar por métodos ativos de ensino-aprendizagem. Os resultados permitiram confirmar a relevância em se adotar medidas específicas de promoção da segurança no cuidado de enfermagem pediátrica, revelando a importância da qualificação dos profissionais dessa área para implementarem tais medidas. Apresenta-se, por fim, como produto deste estudo, proposta sistematizada para subsidiar escolas técnicas de enfermagem a incluírem o tema em foco em seus planejamentos de ensino, de modo a instrumentalizar os futuros profissionais para atuarem, na prática profissional, como agentes transformadores em prol do cuidado seguro de crianças hospitalizadas.

Palavras Chave: Segurança do Paciente, Criança Hospitalizada, Educação em Enfermagem, Pessoal Técnico de Saúde.

Nascimento, JSG. Promoting safety in the care of pediatric nursing: contributions to the technical education. [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2013.

ABSTRACT

The present study addresses the promotion of safety in the care of hospitalized children, electing as object teaching of this topic in nursing technical courses. The objective of elaborating systematic proposals to subsidize the planning of nursing technical teaching about promoting safety in the care of hospitalized children, based on specialized literature and from the perspective of active teachers in technical schools public nursing in the State of São Paulo – Brazil. Initially, integrative literature review was performed on errors, adverse events and safety promotion measures for hospital and its approach in pediatric nursing technical teaching. In the review were included 17 full papers, published January 2001 to December 2012, on nine national and eight international journals, and most of the early authors was of nurses and 15 of them have used quantitative research approach. Descriptive analysis was conducted of the data were categorised: "types of errors and adverse events related to pediatric hospitalization", "measures to promote patient safety in children", "strategies for the inclusion of the theme of promoting patient safety in nursing formal education". Subsequently, under the qualitative research approach, semi-structured interviews was applied to 10 teachers from six schools public nursing techniques do Estado de São Paulo, linked to the Paula Souza Centre. The evidence collected were organized according to the thematic aspects of the method of content analysis, being the same analyzed according to the postulates of Paulo Freire. The themes and their respective nuclei of meaning were: Theme 1-safety of children admitted to hospitals: Children in hospitalization are exposed to different types of errors and adverse events; The team must have health profile and be able to prevent errors and adverse events with children; There must be the institutionalization of measures to promote child safety in hospitals. Theme 2-nursing technical teaching on promoting safety of children admitted to hospitals: the health of the child is currently little addressed in the training of nursing technicians; The information about the promotion of safety of children admitted is not sufficiently incorporated into the nursing technical teaching; Safety promotion of children need to be better addressed in the nursing technical courses; The acquisition of technical and scientific competence to secure care provided to children should be active methods of teaching and learning. The results confirm the relevance of adopting specific measures for the promotion of safety in the care of pediatric nursing, revealing the importance of the qualification of professionals in this area to implement such measures. Presents itself, finally, as a product of this study, systematic proposal to subsidize schools nursing techniques to include the topic in focus on their teaching plans in order to exploit the future professionals to work in professional practice, as agents for the transformers caution hospitalized children insurance.

Keywords: Patient Safety, Child Hospitalized, Nursing Education, Technical Health Personnel.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão integrativa, segundo ano de publicação e título.....	40
Quadro 2 - Tipos de erros e eventos adversos relativos à internação hospitalar pediátrica, apontados pelos artigos incluídos na revisão integrativa.....	43
Quadro 3 - Medidas para a promoção da segurança do paciente pediátrico em ambiente hospitalar, relativas à medicação, apontadas pelos artigos incluídos na revisão integrativa.....	44
Quadro 4 - Medidas para a promoção da segurança do paciente pediátrico em ambiente hospitalar, em geral, apontadas pelos artigos incluídos na revisão integrativa.....	45
Quadro 5 – Estratégias para a inserção do tema da promoção da segurança do paciente na educação formal de enfermagem, apontadas pelos artigos incluídos na revisão integrativa.....	46
Quadro 6 - Breve caracterização dos docentes do ensino técnico de enfermagem pediátrica das ETCS selecionadas para o estudo.....	48
Quadro 7 - Síntese dos temas e respectivos núcleos de sentido obtidos a partir dos depoimentos dos docentes.....	49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABEN** Associação Brasileira de Enfermagem
- ABP** Aprendizagem Baseada em Problemas
- CISP** Classificação Internacional de Segurança do Paciente
- COFEN** Conselho Federal de Enfermagem
- COREN** Conselho Regional de Enfermagem
- ECA** Estatuto da Criança e do Adolescente
- ETEC** Escola Técnica Estadual
- ICN** International Council of Nursing: Conselho Internacional de Enfermagem
- LDB** Lei de Diretrizes e Bases
- MEC** Ministério da Educação
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- PPP** Projeto Político Pedagógico.
- SUS** Sistema Único de Saúde
- WHO** World Health Organization: Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Formação de profissionais da Saúde e da Enfermagem	16
1.2 Ensino de nível técnico de enfermagem	18
1.3 ENSINO DE NÍVEL TÉCNICO E A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA	25
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL:	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	31
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	32
3.1 TIPO DE PESQUISA	32
3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO	33
3.3 TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS	35
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	37
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	38
4 RESULTADOS	40
4.1 PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ERROS, EVENTOS ADVERSOS E MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM HOSPITAIS	40
4.2 Formação de técnicos de enfermagem para a promoção da segurança do paciente pediátrico em hospitais: concepções e experiências de docentes	47
DISCUSSÃO	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	111
ANEXOS	122

APRESENTAÇÃO

Vivenciando há oito anos o processo de trabalho ensinar na área da Enfermagem, predominantemente voltado ao profissional de nível médio dessa profissão, pude ao longo do tempo presenciar diversas possibilidades teóricas e metodológicas de ensino. Analisando esse contexto, observei que a maioria dos docentes da Enfermagem baseia a escolha do conteúdo a ser ministrado apenas em documentos legais e institucionais pré-estabelecidos, bem como utiliza métodos tradicionais para facilitação dos temas necessários à formação do técnico em enfermagem, muitas vezes, alcançando resultados insuficientes diante das necessidades da sociedade cada vez mais carente de profissionais qualificados para o processo de cuidar.

Recentemente, tenho acompanhado a crescente exploração de fatos na mídia sobre erros e eventos adversos ocorridos com pacientes internados em ambiente hospitalar, envolvendo a equipe de enfermagem, especialmente atingindo crianças como clientela vulnerável a essas situações conflitantes.

Supervisionando discentes em aulas práticas hospitalares, detectei o incipiente conhecimento sobre as possibilidades de erros e eventos adversos no cuidado e as medidas preventivas para evitá-los, instigando-me a pensar sobre a necessidade de discussão e construção de consciência crítica sobre o referido tema, ainda em sala de aula, para que o próprio estudante e o futuro profissional não seja o responsável por situações que trazem tanto sofrimento para todos os envolvidos. Assim, passei a buscar com mais profundidade e cientificidade os tipos de erros e eventos adversos que podem se relacionar à Enfermagem no cuidado prestado à criança, bem como a produção de conhecimento sobre promoção da segurança

pediátrica hospitalar. Como docente de escola pública, em curso técnico de enfermagem, também, fiquei interessada em saber mais sobre o processo ensino-aprendizagem desenvolvido nesse contexto, privilegiando nesta oportunidade, estudar as experiências de docentes responsáveis pela formação nessa área. Pela análise dos resultados obtidos com a realização desta pesquisa, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Curso Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, vislumbrei a possibilidade de elaborar, como produto da mesma, uma proposta sistematizada para subsidiar a construção de planos de ensino em escolas técnicas de enfermagem que venham a contemplar o tema da promoção da segurança pediátrica em unidades hospitalares. Desse modo, para além do avanço no conhecimento sobre a temática estudada, espero poder contribuir com a qualificação do processo formativo na instituição onde trabalho, bem como de outras realidades de ensino de enfermagem interessadas nesse propósito.

1 INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, o conhecimento é o maior gerador de riqueza. Por isso, já se tornou comum dizer que se vive na economia e na sociedade do conhecimento (STEINER, 2006).

Neste sentido, segundo Mitre et al (2008) o grande desafio deste início de século está na ideia de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo, sendo que a educação deva ser capaz de desencadear a visão do todo, de interdependência e de transdisciplinaridade, construindo mudanças.

A educação pode ser entendida como um serviço que transforma insumos em produtos (ANDRADE, 2011). Em uma perspectiva libertadora, o educador Paulo Freire é referencial quando se trata da educação para apropriação de conhecimentos e consequente transformação social (ZAIUTH, HAYASHI, 2011).

Sendo influenciada pela ótica de Paulo Freire, a educação brasileira o possui como patrono. Barroso e Miranda (2004) discutem os apontamentos desse educador e também filósofo, demonstrando o panorama de uma educação multicultural, ética, libertadora e transformadora.

Paulo Freire, por volta de 1950, iniciou seus trabalhos como docente universitário em Recife, Brasil, no campo da alfabetização de adultos. Para ele, fundamentalmente, é na práxis que o homem toma consciência de si, do mundo e dos outros. O colocar em ato a sua possibilidade de transformar o mundo, que também implica ser transformado por ele, é não só seu direito, mas seu dever, uma vez que é através da ação, do trabalho que ele realiza a sua dimensão dialogal e histórica (OLIVEIRA, CARVALHO, 2007).

No total foram publicadas 10 obras de Paulo Freire com outros autores e mais 13 somente com seus pensamentos, das quais se destaca o livro: *A Pedagogia do Oprimido*, traduzido em mais de vinte idiomas. O autor crítica, nessa obra, a vertente que ele denominou por “educação bancária”, pela qual os educandos memorizam e repetem conteúdos escolhidos e narrados pelos educadores. Na visão bancária da educação, o saber é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda na ideologia da opressão, levando à absolutização da ignorância e constituindo a alienação dos estudantes. De outro modo, segundo Paulo Freire, a educação que se impõe aos que verdadeiramente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão de “homens vazios” a quem o mundo encha de conteúdo. Precisa basear-se em uma consciência intencionada ao mundo, precisa ser a da problematização dos homens em relação ao mundo (FREIRE, 1987). Assim, é proposta uma explicação da importância e necessidade de uma pedagogia dialógica emancipatória do oprimido, em oposição à pedagogia da classe dominante, que contribua para a sua libertação e sua transformação em sujeito consciente e autor da sua própria história, através da práxis enquanto unificação entre ação e reflexão (FREIRE, 1987).

Para Cabral (2005) a obra literária referida acima pode ser considerada como um trabalho de conscientização, especialmente para educadores, pois tem um caráter político na medida em que fazendo uma abordagem à capacidade emancipatória da educação enquanto instrumento de libertação e de consciência da necessidade da atuação do homem na sua própria existência, afirma que não é suficiente que o oprimido tenha consciência crítica da opressão, mas que se disponha a transformar a realidade. A “educação problematizadora” proposta por Paulo Freire caracteriza-se pela intencionalidade, afirmando e fundamentando que, alfabetizar é conscientizar,

enquanto capacidade de admirar, objetivar, desmistificar e criticar a realidade na qual o homem, ao se descobrir seu construtor, descobre-se sujeito da cultura e como tal se afirma como sujeito livre contra qualquer regime de dominação que vise à massificação, numa luta pela transformação e conquista e efetivação da sua liberdade (CABRAL, 2005).

Vários autores vêm adotando os pressupostos de Paulo Freire para subsidiar suas produções científicas e seus cotidianos profissionais, inclusive os da área da Enfermagem/Saúde, que neste sentido, busca o desenvolvimento de um trabalho que se pretende coletivo, nas relações com clientes, família e comunidade, desenvolvendo continuamente ações educativas, também permeadas por caráter político (SILVEIRA et al, 2005).

1.1. Formação de profissionais da Saúde e da Enfermagem

Com inspiração em referenciais convergentes aos pressupostos de Paulo Freire e de acordo com Fernandes (2005), o processo de formação para a área da Saúde deve visar profissionais críticos, criativos, reflexivos, compromissados politicamente e capazes de enfrentar os problemas complexos que se apresentem, tanto internamente a essa área, como na sociedade. Para isto, torna-se necessária a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que possibilitem aos estudantes ocuparem o lugar de sujeitos na construção da sua aprendizagem, tendo o professor como facilitador e orientador.

A atual lei de Diretrizes e Bases da Educação, por sua vez formulada no ano de 1996 e atualizada em 2011, prevê a formação de profissionais da área da Saúde com esse perfil problematizador e transformador (BRASIL, 2011).

Já há cerca de meio século, o tema da qualidade de ensino ou, mais precisamente, a preocupação com sua queda ou o temor de sua ausência, deixou de ser um assunto restrito aos especialistas e profissionais da Educação ganhando a luz do debate público, inclusive pelo Setor Saúde (CARVALHO, 2007).

Um exemplo disso, Pereira e Cyrino (2004) apontam que internacionalmente há um reconhecimento da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais. As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade, a qualidade da assistência, a eficiência e relevância do trabalho em saúde.

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (PEREIRA; CYRINO, 2004).

Historicamente, a Enfermagem vem repensando seus modos de fazer, de pesquisar e de educar, com reflexos no desenvolvimento curricular dos cursos de formação profissional (LINO, 2011).

Ito et al (2006) afirmam que, o ensino de Enfermagem no país passou por várias fases de desenvolvimento ao longo dos anos, tendo como influência e influenciando as mudanças contexto histórico da Enfermagem e da sociedade brasileira, conseqüentemente, o perfil dos profissionais de enfermagem apresentou significativas mudanças em decorrência das transformações no quadro político e social da educação e da saúde, no Brasil e no mundo.

Mishima e Chirelli (2004) destacam que a enfermagem passou a discutir mais profundamente o processo de formação dos seus profissionais a partir da década de

80, quando discutiram a construção de um projeto político pedagógico para a profissão conduzido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tomando como uma de suas referências a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual vem sendo implementado, enfrentando políticas sociais e econômicas, nem sempre favoráveis aos processos de transformação desejado.

Especificamente, quanto ao ensino técnico na Saúde, as influências sociais, econômicas e políticas também vêm exercendo influência direta, como se evidencia nas trajetórias das políticas públicas educacionais pertinentes ao ensino dessa categoria profissional. Cabe salientar que esse processo reveste-se de contradições e entraves para a incorporação de propostas inovadoras como, por exemplo, a proposição do Decreto 2208/97, que regulamenta e estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, incluindo reforma do ensino técnico e a resistência das instituições para a sua implantação, prevalecendo os processos formativos profissionais, com formação meramente técnica (STUTZ, JANSEN, 2006).

1.2. Ensino de nível técnico de enfermagem

O Ministério da Educação expõe em sua lei de Diretrizes e Bases vigente que o ensino médio, atendendo a formação geral do educando, poderá prepará-lo para o exercício de profissões técnicas (BRASIL, 2011).

Segundo os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde (2000), a Educação Profissional de Técnicos de Nível Médio para a área da Saúde requer uma revisão de paradigmas e pressupostos dessa área profissional, no sentido de atender às demandas geradas pelo mercado de hoje. Pesquisas realizadas com as escolas e empresas

demonstraram a insatisfação com a Educação profissional do pessoal de nível médio da área da Saúde, proliferando-se cursos de má qualidade, com infraestrutura deficiente, currículos fracos, com ênfase no “fazer” fragmentado e dicotomizado do “saber”, corpo docente sem experiência e estágios mal supervisionados.

Ainda, segundo o Ministério da Educação, nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde (2000) fica claro que é hora das escolas de educação profissional se modificarem, sendo preciso alterar radicalmente o panorama atual da educação profissional brasileira, superando as distorções consequentes à Lei Federal nº 5.692/71 e ao Parecer CFE nº 45/72, construindo uma educação profissional que contemple as dimensões política, social e produtiva do trabalho humano, aliando formação humanística, essencial e indiscutível, com a formação tecnológica de ótima qualidade.

Em busca de um plano curricular adequado ao preparo do profissional de nível técnico em Enfermagem, Chagas et al (2009) enfatizam a importância da reflexão crítica e criativa sobre a ação do cuidar, fazendo com que, as formas tradicionais de agir possam ser desafiadas.

O ato de cuidar implica no estabelecimento de interação entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado) que participam da realização de ações denominadas por cuidados, que é a verdadeira essência da Enfermagem (FERREIRA, 2006).

Para cuidar, o técnico em enfermagem deve utilizar conhecimentos específicos, que proporcionem um cuidado eficaz e seguro ao ser cuidado, como consta nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico – Área Profissional: Saúde (2000), trazendo que, o técnico em enfermagem requer um rol de competências e habilidades, que são elementos que embasam a organização dos

currículos da educação profissional, fundamentando o cuidado no saber, fazer e sentir, atendendo as necessidades de saúde do paciente.

Kobayashi et al (2011) recomendam que, ao se pensar sobre a prática de profissionais de enfermagem, é necessário que se considere a questão de sua educação, que apesar de potencialmente ser capaz de intervir no contexto social, visando enfrentar os problemas de saúde da população, historicamente, têm servido para legitimar tais problemas na medida em que fornece uma formação deficitária quanto ao preparo técnico e científico.

No enfrentamento do desafio de incorporar propostas para incrementar mudanças na formação dos profissionais de enfermagem, observa-se que as escolas ainda não possuem uma clara definição de referenciais e estratégias de ensino-aprendizagem (FERNANDES et al, 2005).

Segundo Rodrigues (2010), o tema “estratégias de ensino-aprendizagem, metodologias ou técnicas didáticas” deve estar sempre presente quando se trabalha educação, afinal, escolhas acertadas podem facilitar a aprendizagem dos estudantes, permitindo-lhes melhor compreensão dos conteúdos e o desenvolvimento das adequadas competências e habilidades.

Consideram-se estratégias de ensino-aprendizagem, os meios empregados pelo professor para planejar e facilitar a aprendizagem dos estudantes e recursos são definidos como instrumentos que auxiliam na execução do que foi planejado, como por exemplo, os recursos audiovisuais da televisão, do computador e de projetor multimídia (MORITA, KOIZUME, 2009).

De acordo com Morin (2004), as estratégias de ensino-aprendizagem são definidas como o caminho que facilitará a passagem dos estudantes da situação em que se encontram até alcançarem os objetivos fixados, tanto os de natureza técnico-

profissional, como os de desenvolvimento individual (pessoa humana e como agente transformador).

A formação de técnicos em enfermagem e de outras categorias da profissão, através da história, foi fortemente influenciada por estratégias de ensino conservadoras, fragmentadas, reducionistas e não reflexivas. Em busca da eficiência técnica, a transmissão do conhecimento está centrada nas aulas expositivas, em que ao estudante é facultada pouca ou nenhuma possibilidade de inserção e participação (SIQUEIRA, 2006). Além da ênfase na competência técnica, as abordagens tradicionais fragmentam razão e emoção; ciência e ética, objetivo e subjetivo. O processo ensino-aprendizagem está focado, basicamente, na pessoa do professor e no espaço da sala de aula, com pouca chance de problematização da prática (SIQUEIRA, 2006). O processo ensino-aprendizagem, nessa direção, restringe-se à transmissão do conhecimento. O docente assume o papel de transmissor e o discente, em atitude expectadora, o papel de receptor de conteúdo (SIQUEIRA, 2006).

Backs et al (2010) relatam que, os modelos tradicionais hegemônicos de ensino-aprendizagem são, na atualidade, cada vez mais questionados à luz de novos referenciais pedagógicos.

Neste processo, as metodologias ativas mostram-se particularmente importantes, alicerçadas em princípios teórico-metodológicos significativos, quando o estudante é estimulado a auto gerenciar o seu processo de construção do conhecimento (BACKS et al, 2010). Tais metodologias estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, que se refere justamente à capacidade de auto governar e auto gerenciar o próprio conhecimento, algo explícito na invocação de Paulo Freire (FREIRE, 2006).

A metodologia ativa proporciona a articulação entre ensino, serviço, comunidade, pois intervém sobre a realidade, permitindo reflexão e construção de um cuidado seguro alicerçado no binômio teoria e prática. Segundo Mitre et al (2008), na integração ensino e trabalho, duas possibilidades vêm sendo reconhecidas como ativadoras, sendo elas: o ensino pela problematização e a organização curricular em torno da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

Na metodologia da Problematização, fundamentada na Pedagogia Histórico-Crítica, tem-se o professor como mediador da aprendizagem a ser construída pelo estudante. Ou seja, o professor faz a mediação entre objeto e o estudante para a construção de conhecimentos, na perspectiva da autonomia no processo de aprender a aprender (MISHIMA; CHIRELLI, 2004).

A ABP configura-se como proposta de reestruturação curricular que objetiva a integração de disciplinas, tendo em vista a prática. Para isso, organiza-se um elenco de situações que o estudante deverá saber/dominar, considerando o tipo de organização curricular (PEREIRA; CYRINO, 2004).

Moura e Mesquita (2010), em seu estudo sobre a temática, concluem que na atualidade a perspectiva da didática é assumir a multifuncionalidade do processo de ensino-aprendizagem articulando sua dimensão técnica, humana e política, sintonizando o docente com as inovações permanentes da sociedade, com estruturas educacionais que proporcionem atualização e escolha de estratégia de ensino adequado ao conteúdo a ser ministrado.

Quanto às estratégias metodológicas inovadoras apresentadas, parece haver uma escassa literatura a respeito da aplicação das mesmas na formação de técnicos de enfermagem, principalmente quando o foco objetivado é a busca do ensino crítico e reflexivo para essa categoria. Acredita-se, contudo, que a prática docente deva

contribuir na apropriação de conceitos que visem o desenvolvimento desse tipo de ensino e, também, para a desconstrução de teorias e métodos tradicionalistas os quais mantêm ações que sustentam o descompasso entre a teoria e a prática pedagógica (SANTOS; PEREIRA, 2012).

A Problematização, fundamentada no diálogo e na práxis, apresenta-se, para as práticas de saúde, como caminho pedagógico capaz de contribuir com a estratégia de promoção da saúde. Especialmente, a Enfermagem tem se apropriado das ideias de Paulo Freire para motivar e transformar sua prática (HEIDEMANN; BOEHS; STULP, 2010). Como constatam Miranda e Barroso (2004) dizendo que no limite entre teoria e filosofia da educação, o pensamento de Freire tem colaborado de forma significativa na construção de uma educação reflexiva na Enfermagem, incorporando uma educação crítica e problematizadora, tendo como leitmotiv (motivo condutor) o diálogo com seus educandos; compreendendo o que é e para que serve a educação, indo de encontro à proposta pedagógica ainda hegemônica do monólogo, batendo de frente com aqueles conteúdos prontos e preestabelecidos.

Entende quem é o aluno, que ser é esse que está no mundo e com o mundo, e como ele pode ser mais. Valoriza sua cultura, sua palavra, criando uma pedagogia cheia de existência e amor à pedagogia da liberdade - instituindo uma vivência solidária, com relações sociais e humanas, buscando, com o educando, a consciência crítica através de um processo “práxico”, ético e interdisciplinar (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Aproximando as situações de ensino do cuidado no curso técnico em enfermagem com as considerações pedagógicas de Freire, o evento educativo problematizador se torna possível por meio do diálogo transformador, possibilitando a transição de uma consciência “ingênua”, caracterizada pela passividade, para uma

consciência crítica e reflexiva, capaz de fazer com que o aluno se coloque em posição questionadora, participativa e ativa. Isto significa assumir a posição de sujeito e não objeto da ação profissional (MARTINS, ALVIM, 2012).

Assim, esse modelo educativo inovador, de transformação da realidade, baseado na crítica e reflexão, vem sendo adotado no campo de educação em saúde, e já permeia a Enfermagem, isto porque, o modelo tradicional, que utiliza práticas verticalizadas de educação centradas na soberania do saber acadêmico e científico sobre os demais saberes, não vem dando conta da complexidade inerente à saúde das pessoas, com seus diferentes modos de viver e de se cuidar (MARTINS, ALVIM, 2012).

O pensamento de Paulo Freire ainda é contemporâneo e inspira a teoria e a prática da educação, com enorme potencial de contribuir e enriquecer de forma significativa a prática educativa em enfermagem, resultando em um cuidado diferenciado, pautado na problematização das situações advindas da realidade concreta dos sujeitos envolvidos em situação de cuidado. A pedagogia problematizadora subsidia os encontros entre enfermeiros e pacientes visando, pelo diálogo e compartilhamento de ideias e posições, acessarem seus saberes e práticas sobre as demandas de cuidado de si, e, por um processo de crítica e reflexão, contribuir com a promoção de mudanças que se fizerem pertinentes e necessárias (MARTINS, ALVIM, 2012).

Sabe-se que toda atualidade é dinâmica, embora se nutra, entre outros valores, dos que se situam no “ontem” do processo. Dessa forma, os estudiosos da educação em enfermagem advertem que as escolas têm que buscar, em seus currículos, mudanças que atendam às necessidades contemporâneas de saúde da população, à luz da reflexão crítica sobre a sua repercussão na prática profissional. As escolas de

enfermagem devem seguir uma filosofia de ensino que busque formar pessoas capacitadas para atender às demandas locais e regionais, com compromisso social de mudanças (VASCONCELOS; BACKES, 2011).

É nesse contexto reflexivo, problematizador e participativo, que faz sentido aprofundar o estudo sobre o ensino técnico em enfermagem para a promoção da segurança no cuidado de crianças internadas em hospitais.

1.3. ENSINO DE NÍVEL TÉCNICO E A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

A criança é considerada neste estudo como definida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), como a pessoa até doze anos de idade incompletos.

Referindo-se especificamente ao cuidado de crianças, a temática do cuidado seguro e de suas implicações para a área da saúde tem impulsionado debates e pesquisas, especialmente visando à qualidade dos cuidados de saúde dessa população (SHATKOSKI et al, 2009).

No entanto, para Mark et al (2007), ainda são raros os estudos que tratam desse assunto e que problematizam as inúmeras interfaces da proteção da saúde da criança, sendo que nessa área, o conceito de êxito técnico pode ser analisado na relação entre o uso de medidas terapêuticas e a redução do risco de seus problemas de saúde (MELLO; LIMA, 2009).

Os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde (BRASIL, 2000) apontam, dentre as cinco funções da área Enfermagem, a função Recuperação e Reabilitação e, nessa, a subfunção

Assistência à Criança/Adolescente/Jovem/Mulher. Nessa parte, o referido documento enfoca a atenção à criança sadia ou portadora de patologias/agravos de saúde, apresentando competências e habilidades a serem desenvolvidas que englobam aspectos biopsicossociais da saúde da criança, seus parâmetros de crescimento e desenvolvimento, sinais e sintomas que indicam alterações fisiológicas, patologias e de submissão a riscos, além dos aspectos de estrutura, organização, funcionamento de unidades pediátricas, para a prestação de cuidados técnicos de enfermagem à criança, com o manuseio correto de materiais e equipamentos (BRASIL, 2000).

As bases tecnológicas propostas para subsidiar o ensino técnico nessa subfunção são: Conhecimentos teóricos e práticos de enfermagem em pediatria; o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC) do Ministério da Saúde; Legislação específica, como ECA, normas técnicas sobre o funcionamento dos aparelhos e equipamentos específicos e Farmacologia: cálculo e administração de medicamentos em pediatria: fracionamento de doses (BRASIL, 2000).

Pode-se dizer que nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde (BRASIL, 2000) está incluída a temática da segurança do paciente pediátrico, porém o faz de forma indireta, fragmentada, dificultando a apreensão do tema pelos educandos em sua integralidade.

Considerando os diferentes contextos de prestação de cuidados por técnicos de enfermagem, aqueles voltados a crianças hospitalizadas exigem preparo e uma supervisão mais rigorosa, pois além das características de seus processos de crescimento e desenvolvimento torná-las mais vulneráveis a ações errôneas (MARK et al, 2007), cresce-se toda a tecnologia envolvida no processo de trabalho do ambiente hospitalar.

O processo de cognição humana não é perfeito e a possibilidade de cometer erros é uma característica imutável do ser humano (PEDREIRA, HARADA, 2009).

Sob o ponto de vista conceitual, fazem-se necessárias a definição e a distinção dos conceitos de erros e eventos adversos. O termo evento adverso é definido como lesão causada pelo cuidado e não pela doença de um indivíduo. Mais especificamente, o evento adverso é conceituado como lesão não intencional que resulta em alguma incapacidade, disfunção transitória ou irreversível e/ou prolongamento do tempo de permanência no hospital ou morte, como consequência do cuidado prestado (MENDES et al, 2005; MENDES et al, 2008).

Segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP), erro pode ser definido como falha não intencional na condução de uma ação planejada ou aplicação incorreta do plano de trabalho (WHO, 2009).

Sendo assim, pode-se considerar que o erro (falha na ação ou aplicação da conduta) pode ocasionar o evento adverso (lesão já instalada), mas que o mesmo evento adverso nem sempre está relacionado a erro (YAMANAKA et al, 2007).

Como um marco nas publicações voltadas à segurança nos cuidados de saúde, o relatório “Errar é Humano: Construindo um Sistema Seguro de Saúde”, publicado em 2000 pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, abordou a possibilidade da ocorrência de erros e eventos adversos em instituições de saúde, por diferentes categorias profissionais, alertando sobre as discussões necessárias para esse tema (YAMANAKA et al, 2007).

No Brasil, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), do contingente da Enfermagem brasileira, 45,5% são de técnicos de enfermagem e 33,9% de auxiliares de enfermagem. Esses profissionais, segundo o Conselho, devem

ter consciência em suas ações, acompanhando a evolução dos conhecimentos científicos, sendo responsáveis por si e por aqueles que cuidam (COFEN, 2011).

Para o International Council of Nursing (ICN - Conselho Internacional de Enfermagem), melhorar a prática de enfermagem é uma prioridade global para garantir a segurança do paciente, sendo grandes os desafios e as necessidades de mudanças nesse âmbito (BRAUMANN, 2007).

O conselho executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS), em janeiro de 2002, discutiu amplamente o assunto da segurança do paciente e recomendou uma solução para a Quinquagésima Quinta Assembleia Mundial de Saúde, que foi realizada em maio de 2004, formando a Aliança Internacional para a Melhoria da Segurança do Paciente, como iniciativa global (WHO, 2004).

Sobre iniciativas brasileiras, Cassiani (2008) destaca a importância da criação da Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente (REBRAENSP) em 14 de maio de 2008, a partir da criação da Rede Internacional, em 2005. A autora também aponta a potencialidade dessa rede em construir um elo de articulação entre as instituições de saúde, para fortalecer a assistência de enfermagem, com segurança e qualidade.

Em 2010, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), considerando que a equipe de enfermagem possui um papel fundamental na segurança do paciente, assumiu a campanha neste sentido, objetivando lançar novo olhar sobre as práticas cotidianas e identificar falhas nos processos passíveis de erro. No bojo dessa campanha, o COREN-SP apresentou em 2010, uma cartilha que contempla 10 Passos para Promoção da Segurança do Paciente, com enfoque nos adultos, sendo eles: Identificação do paciente, Cuidado limpo e cuidado seguro (higienização das mãos), Cateteres e sondas (conexões corretas), Cirurgia segura,

Sangue e hemocomponentes (administração segura), Paciente envolvido com sua própria Segurança, Comunicação efetiva, Prevenção de queda e Segurança na utilização de tecnologias (AVELAR et al, 2010).

Pode-se considerar que todas as soluções e estratégias elaboradas, a partir de iniciativa internacional e nacional, têm apresentado como objetivo a redução da ocorrência de erros relacionados aos cuidados à saúde, com vistas à promoção da segurança do paciente (AVELAR et al, 2009).

De acordo com Schatkoski et al (2009), a produção brasileira de pesquisa sobre a segurança das crianças em ambiente hospitalar é incipiente, mas há em contrapartida uma consistente mobilização internacional para seu desenvolvimento, especialmente, nos Estados Unidos da América como se pode observar no guia publicado pela American Academy of Pediatrics (2001) para promover a segurança no sistema de saúde intitulado: Princípios da Segurança do Paciente em Pediatria, cujas recomendações são: construir um sistema de notificação de erros com criança, desenvolver guias para hospitais por equipes multidisciplinares para segurança especial do paciente pediátrico, e a criação de programa de segurança do paciente com compromisso coletivo com a segurança.

No que cabem à equipe de enfermagem, evidências indicam que os erros mais comuns e danosos às crianças hospitalizadas, entre outros, constituem-se em: tala mecânica desnecessária; erro em medicação; informação errônea; erro na manipulação de vias aéreas e ventilação mecânica, de drenos, cateteres e sondas e de equipamentos, materiais e queda (SCHATKOSKI, 2009). Essa autora ainda ressalta que, tais ocorrências aumentam significativamente o tempo de internação de crianças, os custos e a mortalidade durante a internação.

Mesmo com o movimento emergente em prol da segurança do paciente pediátrico, pressupõe-se que as estratégias nacionais e internacionais para diminuição de erros e eventos adversos não estão sendo devidamente contempladas no processo ensino-aprendizagem do profissional de enfermagem, incluindo o técnico de enfermagem, principalmente quando o assunto abordado é a segurança no cuidado da criança.

Considerando a recente e crescente exposição na mídia com reportagens sobre erros cometidos por profissionais de enfermagem, muitas delas com base em dados fornecidos pelos Conselhos Regionais de Enfermagem de diferentes estados- e a pressuposta baixa publicação nacional sobre o ensino de enfermagem de nível técnico que proporcione cuidado mais seguro para a criança, o presente estudo foi proposto, pretendendo responder aos seguintes questionamentos:

- Quais são os principais erros, eventos adversos e as principais medidas apontadas pela literatura científica atual para a promoção da segurança no cuidado de enfermagem ao paciente pediátrico hospitalizado?
- Quais são as contribuições da literatura científica nacional e internacional e de educadores de escolas técnicas de enfermagem em relação à formação profissional para a promoção da segurança dessa clientela?

Com base nas respostas as essas questões, pretendeu-se sistematizar material de apoio para subsidiar a elaboração de planos de ensino que incluam o tema da promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas, a ser adotado por cursos técnicos de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Elaborar proposta sistematizada para subsidiar o planejamento de ensino técnico de enfermagem sobre promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas, com base na literatura especializada e a partir da perspectiva de docentes atuantes em escolas técnicas de enfermagem públicas do estado de São Paulo – Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.2.1 Identificar, por revisão integrativa da literatura, tipos de erros e eventos adversos relacionados à internação hospitalar pediátrica, medidas de promoção da segurança de paciente pediátrico em hospitais e propostas de ensino técnico em enfermagem sobre essa temática;

2.2.2 Apreender concepções e experiências de docentes de cursos técnicos de enfermagem do interior do estado de São Paulo – Brasil sobre o ensino voltado à promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas;

2.2.3 Sistematizar proposta para a inserção da promoção da segurança do paciente pediátrico no ensino técnico de enfermagem.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de estudo que adota a abordagem qualitativa de pesquisa. Nesse tipo de abordagem, busca-se apreender dados que se referem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e do objeto em estudo, ressaltando a satisfação dos sujeitos quanto ao mesmo (TURATO, 2005).

A pesquisa de abordagem qualitativa, segundo Minayo (2008), aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, de como constroem seus artefatos e a si mesmo e de como sentem e pensam os fenômenos estudados.

Esse método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, caracterizando-se pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Sabe-se que estudos que se propõem a apreender esse nível da realidade dos fenômenos sociais e da saúde mostram-se importantes, dada a função estruturante dos aspectos subjetivos envolvidos nos mesmos. Ou seja, a partir do sentido que dão às coisas, as pessoas organizam seus modos de vida e de saúde (MINAYO, 2008).

3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Com enfoque na educação realizada pelo sistema público de nível técnico, o presente estudo foi contextualizado no Centro Paula Souza, autarquia do Governo do estado de São Paulo vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia, que apresenta a missão de promover a educação profissional pública dentro de referenciais de excelência, visando ao atendimento das demandas sociais e do mundo do trabalho (CENTRO PAULA SOUZA, 2013).

O Centro Paula Souza (2013), administra 207 Escolas Técnicas Estaduais (ETEC), distribuídas em 159 municípios paulistas que atendem cerca de 230 mil estudantes. Dessas, 43 escolas são de curso técnico de enfermagem.

O projeto político pedagógico (PPP) para esses cursos mostra-se coerente com os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico – Área: Saúde (2000), no que se refere à subfunção da Assistência à Criança e às respectivas proposições de competências e habilidades a serem desenvolvidas, assim como no enfoque das bases tecnológicas voltadas ao atendimento de enfermagem ao recém-nascido, identificando características normais, escala de apgar, cuidados imediatos e mediatos, alojamento conjunto, noções de fisiologia, psicologia e patologias e acidentes mais comuns na infância e adolescência, puericultura, ECA, nutrição e anotação de enfermagem em pediatria (CENTRO PAULA SOUZA, 2013).

Cabe ressaltar que segundo o PPP, o profissional será considerado técnico em enfermagem pelo Centro Paula Souza quando possuir visão crítica e reflexiva, além de demonstrar habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, fundamentadas nos conhecimentos técnicos e científicos, éticos, políticos e educativos que contribuam para o alcance da qualidade do cuidar em enfermagem (CENTRO PAULA SOUZA, 2013). No referido projeto, não há referências específicas sobre o tema da promoção

da segurança do paciente hospitalizado, sendo que entre as bases tecnológicas incluídas nesse instrumento, no conteúdo a ser abordado pela disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, a abordagem da segurança no cuidado infantil prevê enfoque somente em ambientes não hospitalares.

Para a coleta dos dados qualitativos, a população de estudo foi composta por docentes que há mais de um ano ministravam aulas nos cursos técnicos de enfermagem do Centro Paula Souza e tiveram a oportunidade de atuar no ensino teórico e/ou prático de enfermagem pediátrica. Especificamente, pelas possibilidades de acesso da pesquisadora, foram incluídos docentes dos cursos técnicos de enfermagem dos municípios de Barretos, Lins, Cafelândia e Botucatu, que concordaram em participar, representando um número de 10 participantes.

O número de participantes foi delimitado, em última instância, pelo critério de saturação dos dados. Segundo premissas da pesquisa qualitativa, esse critério pode ser definido pela ausência de dados novos em relação aos que já tenham sido mencionados pelos respondentes às indagações do pesquisador, demonstrando a suficiência do material coletado para alcançar o objetivo estabelecido. Portanto, foram incluídos no estudo, sujeitos que forneceram dados ricos, interessantes e suficientes para exprimir as informações pretendidas, com diferentes pontos de vista (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.3 TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS

Inicialmente, foi realizada revisão integrativa da literatura nacional e internacional publicada no início deste século, sobre erros e eventos adversos e medidas de promoção de segurança no cuidado de enfermagem do paciente pediátrico e de sua inserção no ensino técnico.

A revisão integrativa da literatura pode ser definida como aquela em que os resultados e conclusões de estudos anteriormente conduzidos são sumarizados, a fim de que se formulem inferências sobre um tópico específico (GANONG, 1987). O processo de sua elaboração encontra-se bem definido, entretanto, diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão de tal processo com pequenas modificações. Mas, no geral, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas: estabelecimento do problema/seleção da(s) questão(ões) para revisão; seleção da amostra de pesquisas que serão incluídas na revisão: definir e organizar as características das pesquisas revisadas e analisar os achados a partir dos critérios de inclusão; categorização e análise dos estudos: ler os estudos e utilizar formulários para coletar os dados; discussão dos resultados: interpretar os resultados, discuti-los, estabelecendo relações com outras teorias, dando sugestões para futuras pesquisas; síntese dos dados e publicação da revisão: comunicar e publicar a revisão, tornando acessíveis os procedimentos adotados e indicando as ameaças que comprometeram a validade dos achados (GANONG, 1987).

As questões norteadoras dessa revisão foram: Quais erros e eventos adversos são relacionados ao cuidado de enfermagem pediátrica hospitalar? Quais medidas são propostas para promover a segurança infantil nesse contexto? Como deve ser o ensino em relação a esses assuntos?

Para a localização dos artigos a serem incluídos na presente revisão, foi utilizada a combinação dos seguintes descritores, com as respectivas versões em inglês e espanhol: segurança do paciente, enfermagem pediátrica, educação em enfermagem, erros médicos e eventos adversos.

Os critérios de inclusão de pesquisas nessa revisão foram: artigos completos indexados em bases eletrônicas de dados da área da saúde, publicados em periódicos nacionais e internacionais nos idiomas português, inglês e espanhol, de janeiro de 2000 a dezembro de 2012 e que apresentassem potencial para responder às questões norteadoras acima citadas. Inicialmente foi feita a leitura dos resumos dos artigos selecionados para, depois, lê-los na íntegra, confirmando a propriedade ou não de serem incluídos no estudo.

Os dados relacionados às concepções e experiências de docentes de cursos técnicos de enfermagem do interior do estado de São Paulo – Brasil, sobre o ensino voltado à promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas, foram colhidos por meio de entrevista semiestruturada gravada, seguindo roteiro previamente estipulado, com questões norteadoras (Apêndice 1).

A entrevista semiestruturada possibilita, partindo de questões básicas relacionadas aos objetivos do estudo, as ampliações para outras que surgem à medida que as respostas vão sendo obtidas. Permite, também, que os entrevistados participem da elaboração do conteúdo da pesquisa. A opção por esse tipo de coleta de dados se faz, ao admitir que por meio do discurso, que é o modo que naturalmente as pessoas pensam, se torna possível o acesso aos dados da realidade de caráter subjetivo, com a profundidade pretendida. Ao mesmo tempo, pressupõe-se que esse método valoriza a presença do investigador, oferecendo ao informante as

perspectivas possíveis para que alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 2009).

As entrevistas foram agendadas previamente pela entrevistadora com os entrevistados, nas escolas onde estavam vinculados, tomando os devidos cuidados para que não houvesse interferências no andamento institucional.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

O material obtido pela revisão integrativa foi caracterizado quanto aos aspectos de publicação, dados do primeiro autor, objetivos e métodos desenvolvidos. Os resultados e conclusões dos artigos revisados, ao responderem às questões norteadoras estabelecidas foram sistematizados de forma descritiva, após a organização em categorias e construídas com base nas convergências e divergências do que foi levantado.

A análise do material obtido pelas entrevistas realizadas embasou-se em princípios da proposta de interpretação qualitativa de dados, denominada Análise de Conteúdo (MINAYO, 2008).

A análise de conteúdo configura-se como um conjunto de técnicas de análise de comunicação realizada por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, para obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção destas mensagens. E, dentre as vertentes de Análise de Conteúdo, foi realizada a Análise Temática que, ao recortar, a partir do conteúdo das mensagens obtidas, as unidades de registro, permite descobrir os núcleos de sentido que compõem a investigação, cuja presença signifique o objeto analítico visado, por temas de análise.

Operacionalmente, esse processo analítico se divide em três partes: Pré-análise: consiste na leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos; Exploração do material: consiste na operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto pela categorização, que é um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas; Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações que permitam colocar em relevo as informações obtidas. Por fim, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando com o quadro teórico (MINAYO, 2008; BARDIN, 2011).

Na análise a realizada, buscou-se proceder à síntese de todo material obtido, no intuito de atingir o objetivo geral proposto. Para a discussão dos dados e elaboração da proposta prevista, foram consideradas as diretrizes políticas atuais da educação de nível técnico para a Enfermagem, bem como os postulados de Paulo Freire.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Como primeira conduta, solicitou-se a autorização da instituição central (Centro Paula Souza - São Paulo) que gerencia todas as ETECs pesquisadas, anteriormente citadas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista- Júlio de Mesquita Filho - UNESP - Botucatu (Protocolo CEP 4396/2012), a fim de se cumprir as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, estando em acordo à Resolução 466/12 do mesmo conselho (Anexo 1).

Para participação no estudo, os sujeitos foram consultados quanto ao interesse e disponibilidade e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo

esclarecidos de todas as peculiaridades da pesquisa (Apêndice 2) Cabe ressaltar que foi garantido o caráter confidencial e voluntário da participação, bem como o compromisso de manter este caráter na divulgação dos resultados do trabalho.

4 RESULTADOS

4.1 PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ERROS, EVENTOS ADVERSOS E MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM HOSPITAIS

Apesar de se ter pesquisado onze bases de dados importantes da área da Saúde (Lilacs, Medline, IBECs, Biblioteca Cochrane, Scielo, PAHO, WHOLIS, BDEF, PUBMED, portal CAPES e Google acadêmico), foram encontrados artigos que preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos em apenas quatro delas: Lilacs: sete; Pubmed: sete; Portal da Capes- periódicos: dois e Scielo: um, totalizando 17 artigos indexados (Apêndice 3).

Os artigos foram publicados de janeiro de 2001 a dezembro de 2012, sendo que o maior número de publicações se deu em 2012, conforme consta no Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão integrativa, segundo ano de publicação e título. Botucatu, 2013

N	Ano de Publicação	Título do Artigo
A	2005	Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente.
B	2006	Desenvolvimento de um quadro de educação nacional de segurança do paciente para a Austrália.
C	2009	Segurança e proteção para a criança hospitalizada: revisão de literatura.
D	2011	O estresse de acadêmicas de enfermagem e a segurança do paciente.
E	2011	Erros de medicação em pediatria.
F	2012	Segurança na administração de medicamentos em pediatria
G	2012	Segurança do paciente na circunstância do cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização de crianças.
H	2012	A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem.
I	2007	Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria.
J	2012	Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante.
K	2001	Princípios de segurança do paciente em pediatria.
L	2004	Segurança do paciente pediátrico em hospitais: um quadro nacional em 2000.
M	2005	Relevância da Agência de pesquisa de saúde e indicadores de qualidade para segurança do paciente de hospitais pediátricos.
N	2007	Eventos de segurança do paciente pediátrico durante a hospitalização: abordagem para quantificar os efeitos na instituição.

O	2010	Melhora da análise comparativa usando uma estrutura explícita para o desenvolvimento de indicadores compostos: um exemplo de uso para a qualidade dos cuidados pediátricos
P	2012	Registro em tempo real de eventos adversos em crianças hospitalizadas holandesas em unidades pediátricas gerais: primeiras experiências.
Q	2012	Segurança: um quadro integrado para raciocínio clínico e reflexivo para estudantes de graduação de enfermagem.

Verificou-se equilíbrio entre as publicações em periódicos nacionais e internacionais com nove publicações nacionais (A,C,D,E,F,G,H,I,J) e oito publicações internacionais (B,K,L,M,N,O,P,Q). Houve, também, equilíbrio entre o idioma inglês, com oito artigos (B,K,L,M,N,O,P,Q) e o português, com nove publicações (A,C,D,E,F,G,H,I,J). Nenhum artigo em espanhol preencheu os critérios de inclusão adotados.

Quanto ao país de origem do estudo, constatou-se que nove eram do Brasil (A,C,D,E,F,G,H,I,J), seis dos Estados Unidos (K,L,M,N,O,Q) , um da Austrália (B) e um da Holanda (P).

Dentre os aspectos especificados para análise, quanto aos dados de identificação do primeiro autor, encontrou-se que oito eram de enfermeiros: cinco ligados à docência (D,F,H,Q,K) e três à assistência (C,J,I) sete de médicos: todos ligados à docência (B,G,L,M,N,O,P) e dois estudantes de graduação em enfermagem (A,E) .

Em relação aos aspectos metodológicos, 15 artigos utilizaram abordagem quantitativa de pesquisa (A,B,C,E,F,G,H,I,K,L,M,N,O,P,Q) e dois a abordagem qualitativa (D,J). De acordo com os seus objetivos, os artigos revisados foram agrupados conforme os propósitos comuns, configurando-se quatro grupos:

1 - Descrever a produção do conhecimento sobre a segurança do paciente pediátrico (C, G, J, K, Q);

2 - Construir quadros para explicitar o conhecimento sobre as medidas de segurança do paciente pediátrico para formulação de indicadores de segurança e posterior indicação de estratégias preventivas (K, M, N, O),

3 - Identificar erros no processo de medicação das crianças internadas em hospitais (A, E, F, I) e

4 - Desenvolver estrutura metodológica educativa para concretização da promoção da segurança do paciente (B, H, Q, D).

Analisando as publicações incluídas na pesquisa, através da leitura exploratória dos seus resultados e suas conclusões, foram obtidas as principais convergências entre eles, que foram sintetizadas e agrupadas, formando três categorias destacadas e apresentadas a seguir, denominadas:

1° “Tipos de erros e eventos adversos nos cuidados de crianças hospitalizadas”,

2° “Medidas para promoção da segurança do paciente pediátrico” e

3° “Educação formal como estratégia para a promoção da segurança do paciente pediátrico”.

4.1.1 Tipos de erros e eventos adversos relacionados à internação hospitalar pediátrica

Os tipos de erros e eventos adversos citados nas publicações revisadas seguem apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Tipos de erros e eventos adversos relacionados à internação hospitalar pediátrica apontados pelos artigos incluídos na revisão integrativa. Botucatu, 2013

Erros e Eventos Adversos	Artigos
Erro no processo de medicação.	A, C, E, F, G, I, J, K, L, M, N, P
Erro no processo de hemotransusão.	H
Erro na manipulação de equipamentos e materiais, como agulhas, cateteres, sondas e drenos.	C, G, J, M
Falha no cuidado relativo à ventilação mecânica.	C
Jejum prolongado desnecessário.	C
Falha no processo de reanimação cardiopulmonar.	C, J, N
Burocratização do atendimento.	C
Não aplicação ou seguimento indevido de protocolos.	J
Imprecisão do diagnóstico médico.	G
Solicitação indevida de exames.	C
Identificação incorreta ou ausente do paciente.	G
Comunicação ineficaz ou ausente no processo de cuidar.	C, G, J
Falta de pontualidade nas intervenções.	G
Procedimento cirúrgico não agendado previamente.	C
Infecção atribuída a erro nos cuidados.	C, G, L, M, N
Trauma obstétrico.	C, L
Úlcera por decúbito prolongado.	L, N
Fratura por manipulação ou excesso de força.	L, N
Corpo estranho deixado durante procedimento.	N, M
Pneumotórax iatrogênico.	M
Lesão devido a quedas.	C, D, G
Fratura por contenção mecânica desnecessária ou apertada.	E
Lesão por queimadura ou lacerações.	J

4.1.2 MEDIDAS PARA A PROMOÇÃO DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Como os erros e eventos adversos em relação ao processo de medicação se destacaram nos artigos revisados, coerentemente, as medidas apontadas para sua prevenção também foram as mais frequentes. Chama atenção que a medida em destaque foi relacionada à capacitação dos profissionais para o processo de medicação. Sendo assim, seguem apresentadas no Quadro 3, as medidas para prevenção dos erros e eventos adversos ligados à terapêutica medicamentosa em crianças hospitalizadas e, no Quadro 4, as medidas para a prevenção das demais situações-problema, destacando-se o desenvolvimento do sistema de notificação de erros.

Quadro 3 - Medidas para a promoção da segurança do paciente pediátrico em ambiente hospitalar, relativas à medicação, apontadas pelos artigos incluídos na revisão integrativa. Botucatu, 2013

Medidas relativas à Medicação	Artigos
Farmácia com ambiente físico adequado à pediatria, especialmente no que se refere à padronização dos medicamentos e armazenamento, com rotulagem clara e precisa dos mesmos.	F
Disponibilização de material e equipamentos adequados para administração de medicamentos em crianças	F
Assistência contínua do farmacêutico, disponível 24 horas mesmo a distância.	E, F
Acesso facilitado às informações relevantes sobre medicamentos pediátricos.	A, E, F
Implantação de sistema de doses unitárias e com código de barras para administração de medicamentos pediátricos.	F
Implantação de prescrição médica eletrônica, estabelecendo limites adequados de doses para pediatria (padronização de escalas e sistemas de mensuração da criança).	A, E, F, I
Capacitação dos profissionais de saúde quanto à prescrição, rotulagem, distribuição, administração e monitoramento da medicação pediátrica, principalmente para equipe técnica de enfermagem.	A, E, F, G, K
Educação e envolvimento de pacientes e familiares no processo de medicação.	F, G, J
Estabelecimento de políticas adequadas para “ordens verbais” e sobre medicamentos administrados pela mãe ou acompanhante.	F
Disponibilização de equipe de enfermeiros especialistas em pediatria, para realizarem prescrição de enfermagem quanto aos cuidados de preparo, administração e monitoramento dos resultados da terapia medicamentosa pediátrica.	F
Estabelecimento de protocolos institucionais no que tange a terapia medicamentosa para crianças privativa do enfermeiro.	F, G
Utilização de bombas de infusão volumétricas para promover maior acurácia nas infusões intravenosas em crianças.	A, F, G
Utilização de protocolos e de sistema de alerta para medicamentos pediátricos de risco e para interação medicamentosa, conforme faixa etária da criança, tipo de atendimento e terapêutica medicamentosa prescrita.	F
Utilização de formulários que contenham área específica para registros de pesos e alergias das crianças.	F
Documentação cuidadosa do processo que envolve a administração dos medicamentos pediátricos.	A, F, G, P
Utilização dos sete certos como metodologia de prevenção: paciente, leito, fármaco, horário, via, orientação e documentação.	I

Quadro 4 - Medidas para a promoção da segurança do paciente pediátrico em ambiente hospitalar, em geral, apontadas pelos artigos incluídos na revisão integrativa. Botucatu, 2013

Medidas em Geral	Artigos
Desenvolvimento da Cultura de Segurança (identificação do erro no cuidado com crianças e estudo do seu padrão de ocorrência).	A, C, G, K
Desenvolvimento de sistema de notificação de erros no cuidado com crianças.	A, C, F, G, J, K
Envolvimento do acompanhante na vigilância do cuidado com crianças.	G, J
Revisão e conferência de procedimentos realizados com as crianças, fazendo a dupla checagem.	G
Melhora e qualificação dos registros de procedimentos realizados em pacientes pediátricos.	A, G, P
Extirpação do caráter punitivo frente ao erro no cuidado com crianças.	A, C, G, K
Abolição da abordagem individual na ocorrência de erro no cuidado com crianças e introdução de abordagem sistêmica.	A, G, K
Inclusão da temática promoção da segurança do paciente pediátrico nos currículos das profissões da saúde.	G, Q
Implementação de programas de certificação e qualidade em hospitais focando o paciente pediátrico.	G
Incentivo a produção do conhecimento e o consumo de pesquisa sobre a segurança do paciente pediátrico.	G, P
Adoção de processos, protocolos e diretrizes de trabalho para promoção da segurança do paciente pediátrico em hospitais, através de práticas seguras.	G
Integração da equipe de saúde em rodas de discussão sobre erros no cuidado de crianças.	A, K
Abolição da cultura de silenciar monitores, bombas e ventiladores mecânicos dos pacientes pediátricos.	J
Treinamento das lideranças do hospital para melhorias dos processos de trabalho e tratamento sistêmico de erro nos cuidados com crianças.	K
Utilização da tecnologia da informação para coordenar a assistência às crianças por toda a equipe de saúde.	K
Estruturação e organização do conhecimento sobre segurança do paciente pediátrico através da utilização de indicadores de segurança pelas unidades hospitalares	K, M, N, O
Educação formal como estratégia para a promoção da segurança do paciente pediátrico	Q
Implementação do Guia da American Academy of Pediatrics	C

4.1.3 ESTRATÉGIAS PARA A INSERÇÃO DO TEMA DA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA EDUCAÇÃO FORMAL DE ENFERMAGEM

Apenas quatro das 17 publicações incluídas na revisão se referiram ao ensino de enfermagem sobre a promoção da segurança do paciente (B,D,H,Q). Nessa reduzida amostra, apenas um artigo era específico sobre o ensino de enfermagem da promoção da segurança do paciente pediátrico (Q), além disso, as propostas de educação formal em enfermagem que foram identificadas na literatura revisada eram direcionadas para o ensino superior da enfermagem, sendo que nenhum artigo era voltado para o ensino técnico de enfermagem.

Seguem apresentadas no Quadro 5, as estratégias para a inserção da promoção da segurança do paciente na educação formal de enfermagem, que foram encontradas na literatura revisada.

Quadro 5 - Estratégias para a inserção do tema da promoção da segurança do paciente na educação formal de enfermagem, apontadas pelos artigos incluídos na revisão integrativa. Botucatu, 2013

Estratégias	Artigos
Ajudar os estudantes a compreenderem a complexidade das organizações para oferecer cuidado seguro.	B, D
Utilizar metodologias ativas, esclarecendo ideias e proporcionando aos estudantes a expressão de seus pensamentos, oralmente e por escrito.	Q, H
Aplicar atividades que proporcionem aos estudantes de enfermagem a abordagem de conceitos em cenários do mundo real.	D, Q
Usar ferramentas que desenvolvam o raciocínio clínico para planejar e avaliar o cuidado de crianças, norteando a prática dos estudantes.	D, Q
Aproveitar a interação estudante-paciente para o desenvolvimento de raciocínio clínico e prática de tomada de decisão durante toda vida escolar, orientando-os quanto à percepção e à análise das mudanças no quadro clínico do paciente pediátrico, para decidir um plano de ação junto ao professor, avaliando as respostas e modificando ou não o cuidado.	Q
Apresentar sinopses de casos com o planejamento e resultado dos cuidados prestados na prática, para discussão com os colegas	Q
Facilitar a identificação, prevenção e gestão de erros e eventos adversos.	B
Estimular o diálogo aberto sobre os erros cometidos e as lições aprendidas.	D, Q
Evitar cuidados em locais errados, procedimentos errados e tratamentos errados.	B
Facilitar o processo da medicação refletindo sobre segurança do paciente	B
Criar critérios de avaliação que removam consequências punitivas para as ações dos estudantes.	D, Q
Refletir ao final sobre o dia de estágio e sobre o impacto das decisões tomadas	Q

Em síntese, os artigos incluídos na revisão integrativa realizada apresentaram uma ampla possibilidade de ocorrência de erros e eventos adversos direta ou indiretamente ligados aos cuidados às crianças prestados pela equipe de saúde em unidades de internação pediátrica (A, C, E, F, G, I, J, K, L, M, N, O, P); 12 artigos enfocaram erros e eventos adversos no processo de medicação (A, C, E, F, G, I, J, K, L, M, N, P), sendo que oito artigos apresentaram medidas de promoção de segurança a serem tomadas em diferentes momentos desse processo (A, E, F, G, I, J, K, P); 11

artigos apresentaram além das relativas ao processo de medicação, outras medidas de promoção da segurança infantil (A, C, F, G, J, K, L, M, N, O, P); quatro publicações abordaram a inserção do tema da promoção da segurança do paciente na educação formal de enfermagem no nível de graduação (B, D, H, Q) e dessas, apenas uma voltou-se especificamente à pediatria (Q).

4.2 Formação de técnicos de enfermagem para a promoção da segurança do paciente pediátrico em hospitais: concepções e experiências de docentes

Apresentam-se, a seguir, os dados que foram obtidos junto às docentes de escolas técnicas de enfermagem sobre o objeto em estudo.

4.2.1 Breve caracterização dos participantes da pesquisa

Com o intuito de contribuir com subsídios para favorecer maior aproximação aos dados obtidos, apresentam-se abaixo alguns aspectos pessoais e de formação/vinculação ao ensino técnico na área de enfermagem pediátrica das docentes acima referidas.

Participaram da pesquisa dez docentes de cursos técnicos de enfermagem de escolas públicas do interior do Estado de São Paulo.

O Quadro 6 ilustra que a idade dos docentes variou de trinta e dois a cinquenta e dois anos, sendo todos do sexo feminino, com tempo de graduação mínimo de seis anos e máximo de trinta anos. O tempo de docência em curso técnico de enfermagem apresentado pelas docentes foi de dois a vinte e dois anos. Especificamente quanto ao tempo de docência em enfermagem pediátrica, esse variou de um a 10 anos.

Verificou-se que nenhuma das participantes relatou desenvolver curso de formação voltado à saúde infantil, após a graduação.

Quadro 6 – Breve caracterização dos docentes do ensino técnico de enfermagem pediátrica das ETCS selecionadas para o estudo. Botucatu, 2013

Docentes	Idade (anos)	Sexo	Tempo de Graduação (anos)	Tempo de docência em curso técnico (anos)	Tempo de docência em Enfermagem Pediátrica (anos)	Cursos formais em saúde infantil, após a graduação
1	46	F	23	22	10	Não
2	48	F	24	2	1	Não
3	33	F	11	10	6	Não
4	48	F	21	15	7	Não
5	52	F	28	15	3	Não
6	48	F	30	8	1	Não
7	32	F	10	9	3	Não
8	34	F	6	2	2	Não
9	38	F	18	10	10	Não
10	34	F	7	5	2	Não

O Quadro 7 apresenta a síntese dos temas e núcleos de sentido obtidos, a partir dos depoimentos colhidos junto às docentes de cursos técnicos de enfermagem:

Quadro 7 - Síntese dos temas e respectivos núcleos de sentido obtidos a partir dos depoimentos dos docentes. Botucatu, 2013

Tema 1 - Segurança de crianças internadas em hospitais
Crianças em internação hospitalar estão expostas a diferentes tipos de erros e eventos adversos.
A equipe de saúde deve ter perfil e estar capacitada para a prevenção de erros e eventos adversos com crianças internadas.
Deve haver a institucionalização de medidas de promoção da segurança infantil em hospitais.
Tema 2 - Ensino técnico de enfermagem sobre a promoção da segurança de crianças internadas em hospitais
A Saúde da Criança, atualmente, é pouco abordada na formação dos técnicos de enfermagem.
O conteúdo sobre a promoção da segurança de crianças internadas não está suficientemente inserido no ensino técnico de enfermagem.
A promoção da segurança de crianças internadas precisa ser mais bem abordada nos cursos técnicos de enfermagem.
A aquisição de competência técnica e científica para o cuidado seguro prestado a crianças deve se dar por métodos ativos de ensino-aprendizagem.

Os temas estudados com seus respectivos núcleos de sentido seguem apresentados na íntegra, sendo ilustrados por recortes dos depoimentos obtidos (unidades de registro), por sua vez, identificados pelas siglas das entrevistadas (D). Na sequência da sigla, está indicado o respectivo número da entrevista (1 a 10).

Tema 1 - Segurança de crianças internadas em hospitais

As entrevistadas afirmaram que *crianças em internação hospitalar estão expostas a diferentes tipos de erros e eventos adversos* que ameaçam a integridade física das mesmas, podendo inclusive levar a morte. Os exemplos citados variaram, sendo relacionados a diferentes procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. Também, foram apontadas ocorrências de queda, corte, queimadura, engasgo, enforcamento, dentre outros:

...é vaselina na veia, é alimentação na via errada, é dedo cortado ao invés de cortar a tala, é queda de cama, é boca queimada, porque passou ácido ao invés do sedativo... Menina! Cada barbaridade sem tamanho, que dá medo de internar! Criança, então, nem se fala! O importante não é a quantidade dos fatos, mas a relevância, porque um dedo perdido, no caso da criança, gente, não volta! Você imagina essa criança, esse pai, essa mãe? Imagina? Vai esperar perder quantos dedos? (D8)

... e, na hora da criança se alimentar, ela está sujeita a engasgar... (D3)

Mas, outros acidentes ocorrem... Infelizmente, até enforcamento eu já presenciei. (D1)

Os erros e eventos adversos relacionados com administração de medicamentos foram os mais presentes nos depoimentos colhidos, atribuindo as ocorrências principalmente à falta de preparo dos profissionais para a realização da terapêutica medicamentosa com segurança, inclusive para reconhecer as especificidades do cuidado com crianças:

O erro de medicação na criança sempre é o medo, o vilão! Eu mesma não cheguei a presenciar, mas já ouvi histórias... Vi funcionário não saber administrar medicamento e outro ser mandado embora por erro de técnica de medicação... (D5)

Pode ter erro em todo o processo de medicação, que para a equipe de enfermagem vai desde a leitura da prescrição. Há o problema com aquelas letras feias e rabiscadas dos médicos... O pessoal tem que ficar brincando de adivinhar e essa brincadeira é perigosa, o preço pode ser alto, muito alto... Vi uma técnica recém-formada, aliás, não sei onde se formou que deu até vergonha! Sem conhecimento algum! A criança não quis tomar o medicamento pela boca, criança não gosta de tomar remédio, e a técnica com aquela loucura de cumprir a prescrição diluiu o comprimido e tentou passar na veia! Ainda bem que o equipo estava obstruído. Não era a hora da criança se despedir desse mundo mesmo... (D9)

Porque percebo que muitas vezes, quem está aplicando a medicação ou assistindo a criança, iguala-a ao adulto. Então, não se tem o cuidado de considerar que a criança está na fase da infância, que tem menos quilos para administração de uma droga... (D3)

Os coitados dos pacientes internados, leigos e tão vulneráveis... Você instala uma coisa errada na veia e ele nem questiona... E com a criança, então! É bem mais perigoso. É uma estrutura corporal frágil, um sistema imunológico frágil, psicologicamente frágil, suscetível, bem suscetível a qualquer erro. (D7)

Em coerência com o exposto anteriormente, verificou-se que as entrevistadas consideram que a *equipe de saúde deve ter perfil e estar capacitada para a prevenção de erros e eventos adversos com crianças internadas.*

Sobre o perfil dos profissionais que trabalham com crianças internadas, foi apontada a necessidade, basicamente, da identificação daqueles com a área:

Vale a pena dizer que para se trabalhar com crianças tem que gostar, ter perfil... É melhor e mais seguro para todos! (D1)
Uma coisa que a gente percebe é que o pessoal que trabalha na área é, muitas vezes, bastante despreparado, principalmente, teoricamente. Faz, mas não sabe o que ou para que está fazendo. É um cumpridor de tarefas e Deus do céu! Como isso é perigoso! E a gente percebe que mesmo o profissional que foi treinado, muitas vezes, não gosta de trabalhar com crianças. Isso dificulta muito a qualidade da assistência. E, na questão da segurança, então... (D6)
Eu acredito que na criança, para você cuidar dela, tem que ter certo envolvimento, uma empatia, porque a criança demanda uma condição exclusiva de cuidado, não é? Então, você tem que estar disposto, tem que estar aberto, tem que sorrir mais, tem que interagir e muitos profissionais, eles não conseguem, esse contato, essa interação com a criança. (D3)

Em relação à capacitação, houve destaque à necessidade de toda a equipe de saúde ter habilidades para lidar com crianças, sendo reconhecida a falta de preparo que os profissionais apresentam ao serem contratados, dentre eles, os da Enfermagem:

As pessoas se preocupam muito com a segurança do paciente adulto, mas da criança, deixa um pouco a desejar. (D2)
Eu acredito que para cuidar de criança, precisa de uma equipe multidisciplinar. A criança é um ser em desenvolvimento, em crescimento constante, com suas peculiaridades na internação, nem sempre favoráveis a sua segurança. Então, uma equipe preparada seria muito importante para a continuidade segura da assistência, certo? (D3)
Tem, também, a falta de conhecimento, aí entra a formação, não é? O profissional já chega deficiente, às vezes, parece que o curso foi feito pelo correio, não sabe o básico, está feia a coisa... Não sei o que a literatura traz sobre isso, mas para mim a maior causa de problemas em relação à segurança da criança internada é a falta de

conhecimento dos profissionais envolvidos no cuidado dela... E se você pensar que a Enfermagem está envolvida 24 horas neste cuidado, olha o perigo... Às vezes, a pessoa cuida e não sabe nem o que significa a doença que a criança tem, não sabe identificar alterações no quadro clínico, não tem habilidade suficiente. Porque tem que ter habilidade em todos os sentidos com a criança, da habilidade técnica à emocional, não é fácil não... (D8)

O recém-formado pode ir trabalhar, muitas vezes, num serviço que nem educação permanente tem. Lá vai agir como os funcionários mais antigos, que passam a ser `professores` e podem não ser os melhores exemplos, cheio de vícios... E onde fica a segurança da criança nisso? (D6)

O problema é que no quesito formação, a coisa não está muito boa... (D9)

O que afeta hoje, a segurança do paciente é a oferta de profissional da enfermagem que é ruim e mal preparado e que está sendo lançado no mercado de trabalho. (D10)

As entrevistadas citaram o cálculo de medicação, comunicação com os pais e com as crianças e educação em saúde como principais tópicos, em relação aos quais os profissionais de enfermagem apresentam deficiências de capacitação que podem levar a erros e eventos adversos com crianças internadas:

Cálculo de medicação para criança é muito fracionado. O técnico de enfermagem, às vezes, não sabe nem regra de três... (D9)

A comunicação boa é sinal de segurança na assistência da criança, mas nem sempre a passagem de plantão é boa... (D9)

Quando você fala com um adulto, ele entende. A criança, muitas vezes, não entende, a criança chora... A comunicação com ela é difícil e isso pode trazer erro. (D2)

Eu acho que há a falta de informação para os familiares, já que a gente sabe que, muitas vezes, a criança é bem pequenininha, não vai adiantar orientar a criança. Então, tem que orientar a família. Essa orientação ou é ausente ou é muito falha. (D7)

Houve referência, também, à importância do preparo da chefia da equipe de enfermagem como fator predominante para o sucesso da prevenção de erros e eventos adversos com crianças internadas, principalmente no que diz respeito à educação permanente dos membros da equipe recém-contratados ou mesmo os mais antigos:

A liderança tem muito a ver com a forma de lidar com os erros. A liderança, a chefia de enfermagem precisa prestar atenção em quem entra novo. Eu sei que é muita burocracia, mas a prioridade é acompanhar pelo menos um pouco quem é admitido no serviço, para saber que pode depois virar as costas e confiar, respirar em paz. Se o líder for líder mesmo, ele vai conseguir ‘sacar’ as necessidades dos funcionários novos e antigos. Porque não é só o novo que pode fazer bobagem não! A liderança poderia olhar mais, também, para a passagem de plantão, porque a gente sabe, comunicação pode ser boa coisa ou causadora de problemas. Isso na Enfermagem é muito serio! (D9)

Ainda em relação ao Tema 1, pode-se apreender que, para as entrevistadas, mediante aos riscos existentes para a ocorrência de erros e eventos adversos nas unidades de internação pediátrica, *deve haver a institucionalização de medidas de promoção da segurança infantil em hospitais.*

As docentes reconheceram que existem problemas institucionais que aumentam a chance da ocorrência de erros e eventos adversos com crianças internadas, como localização e estrutura inadequadas da unidade de internação pediátrica, o quantitativo reduzido de profissionais de enfermagem para prestarem os devidos cuidados com as crianças e a falta de política de educação permanente:

O local da Pediatria, às vezes, não é adequado. Eu tive experiência de ver a Pediatria no 2º piso e, geralmente, a gente sabe que tem que ser no térreo, com área para tomar banho de sol e, assim, para ficar próxima do Pronto Socorro. É, então, já na infraestrutura deixa a desejar na questão da segurança que está meio precária e isto compromete o serviço do profissional... (D2)

Então, em muitas unidades que a criança está hospitalizada não têm estrutura adequada, mobiliário adequado, nem tem brinquedoteca e a criança acaba ficando a maior parte do tempo da sua internação, no leito. (D3)

Até mesmo o próprio quarto hospitalar, tantas vezes idêntico ao do adulto, salvo o berço. Não se pensa hoje, em muitos hospitais, na infraestrutura, que dirá na segurança... (D6)

Tem também o problema dos berços, ou “caminhas”, na verdade caminha não, não é? Porque o leito, muitas vezes é do mesmo tamanho que de um adulto! E o que mata de raiva, é que o pessoal do hospital está pedindo praticamente para a criança cair... Com aquelas camas enormes e sem grade, causando queda, entra com uma bronquiolite e sai com um TCE... Para mim isso é um problema

sério que interfere na segurança da criança no hospital, porque criança deita e rola, cai mesmo. (D7)

E a equipe de enfermagem, muitas vezes, está reduzida em número. A gente não tem um quantitativo de funcionários! É isto que a gente observa na maioria dos hospitais e instituições, não dá para exclusivamente prestar assistência à criança. (D3)

Presenciei não se prestar os cuidados na Pediatria por falta de tempo e gente para trabalhar... E você acha que, assim, não acontecem erros na assistência? (D5)

Acho que a instituição é muito negligente no treinamento... Sei lá! Só sei que choca. (D9)

A soma do dimensionamento de pessoal ruim e a falta de estrutura de trabalho é uma mistura explosiva, nitroglicerina pura para segurança da criança que fica exposta a tantos fatores, que vai fazendo a Enfermagem ficar desacreditada (D10)

A possibilidade da ocorrência de erros e eventos adversos pela sobrecarga de trabalho dos profissionais, devido a múltiplas jornadas por melhores condições salariais, ao mesmo tempo, foi lembrada:

E outro problema que eu posso colocar é a questão da sobrecarga do profissional, é pior que a falta de vocação, sabe? Até acho que o primeiro ponto que prejudica a segurança é a sobrecarga. Porque, já vi técnico de enfermagem trabalhar em unidade pediátrica, cuidando de dez, doze crianças, para fazer todas as tarefas da unidade daquele hospital! Então, a sobrecarga, a jornada dupla, ter dois empregos para ter um salário descente. E o que acontece? Esse profissional trabalhou a noite toda, em um emprego e vai fazer mais uma jornada de 6 ou 8 horas no 2º emprego, cuidando das crianças... É, podem acontecer acidentes, falhas, erros, erro de medicação. Nossa! Principalmente porque, com criança você tem que observar bem a dosagem das medicações, e se o profissional não estiver realmente atento, 0,25mg para 25 ou 250... É um triz! E é uma diferença muito grande e isso é um fator preocupante. Profissional fica estressado, muitas vezes inexperiente, desgaste físico, mental, psicológico abalado e, na hora, que ele vai preparar a medicação ele vai cometer algum erro, não por querer! Mas, sim por descuido, falta de atenção, onde leva a comprometer a segurança da criança. (D2)

Foram indicadas algumas medidas que deveriam ser adotadas institucionalmente pelos hospitais/equipes de saúde que internam crianças para promover sua segurança. Dentre essas medidas, foram referidas aquelas diretamente ligadas à equipe de saúde, como: verificar a real necessidade da internação, envolver

adequadamente os pais no cuidado, orientando sobre os cuidados prestados e transmitir confiabilidade do serviço:

Segurança é a cautela na internação, por parte dos profissionais médicos. Também, o envolvimento dos pais ou responsáveis durante todo o tratamento. Dar orientações aos pais e crianças sobre assuntos como higiene, alimentação, sobre o tratamento, esclarecimentos a respeito de dúvidas que possam surgir, desde medicamentos até outros cuidados como prevenir acidentes, por exemplo. (D1)
Eu acho que comunicação... Saber comunicar aquilo que pode ser uma intercorrência. Ter a mãe, os pais, como parceiros para bloquear possibilidade de erros. Então, saber orientá-los é imprescindível! (D4)
É importante transmitir, principalmente, confiabilidade do serviço onde a criança está sendo internada. (D10)

Também, foram citadas medidas para a promoção da segurança do paciente pediátrico de responsabilidade da gestão/administração do hospital, como: o estabelecimento adequado do alojamento conjunto nas unidades de internação pediátrica e também a valorização das medidas de segurança por meio do desenvolvimento de pessoal:

É para pensar no sistema hospitalar, porque o erro é uma corrente e, ultimamente, a coisa está feia, se erra mesmo. (D8)
Hoje está bem diferente, hoje têm os acompanhantes, têm as mães, não é? Acho, ao contrário do que as pessoas pensam, que assim ficou mais fácil. Hoje, até podem acontecer erros, mas sem a ajuda das mães devidamente orientadas aconteceriam muito mais! (D4)
...precisa de um olhar diferente, atualização dos profissionais, olhar crítico nas instituições. Vejo isso pelo ambiente que trabalho agora. (D7)
Então, a própria instituição deveria investir mais em treinamento. O erro é do sistema, não só da pessoa... E outra medida importante é parar de focar em punição (daquele que cometeu o erro) e focar em educação! Tem que se investigar antes de punir, se não, só se vai saber a pontinha do problema. Porque o funcionário, sabendo que vai ser punido, não vai se atrever a falar, só se for doido... (D9)

Tema 2 - Ensino técnico de enfermagem sobre a promoção da segurança de crianças internadas em hospitais

Configurando-se como tema central a ser estudado, o Tema 2 ao ser abordado pelas entrevistadas foi associado inicialmente à ideia de que a *Saúde da Criança*, atualmente, é pouco abordada na formação dos técnicos de enfermagem:

Lá no final da matéria, a gente trabalha a Saúde da Criança... Você trabalha mais a Saúde da Mulher que é no começo e, ainda, tem a Saúde da Criança e do Adolescente e, sobre esse, é só uma pincelada. A carga horária é pequena para a disciplina... A gente não tem muito tempo para todos os assuntos que tem para dar, quem dirá o que não está no plano?(D2)

Antes, lá atrás, a disciplina era dividida, um docente dava a Saúde da Mulher e outro tinha um tempo específico para abordar a Saúde da Criança. Agora que juntou, parece, pelo tempo, pelas bases tecnológicas, que a prioridade não é a Saúde da Criança não! Tem mais o enfoque na Mulher, na parte de Obstetrícia e pouco enfoque na parte da Criança, que na minha visão fica um pouco negligenciada, lá no final. (D4)

Dou aquilo que está no Plano, a base tecnológica de Saúde da Mulher e da Criança, que hoje é junto, que está lá, eu dou, direitinho, mas não vou muito além. (D5)

Eu falo da dificuldade para lidar na parada cardiorrespiratória em criança, dificuldade do acesso venoso, o medo de utilizar via errada, medicação, queda, perigo de machucar usando excesso de força no cuidado... E eu falo disso para eles, sempre que dá... Espero que esteja dando certo, que eles estejam absorvendo, porque é serio! (D8)

Constatou-se que, para as entrevistadas, o conteúdo sobre promoção da segurança de crianças internadas não está suficientemente inserido no ensino técnico de enfermagem:

Então, na Saúde da Criança a gente trabalha com as patologias mais comuns, o ECA e prevenção de acidentes domiciliares em casa: descuido com produtos de limpeza, medicamentos ao alcance da criança, queda, corpos estranhos, fogo... A gente trabalha muito esta parte, que está no Plano de Ensino. E se eu falo na Saúde da Criança sobre o ambiente hospitalar, fora as doenças que a gente fala e acaba envolvendo o hospital, é por conta e muito pouco. (D2)

... sobre segurança a gente fala, acaba falando também, mas é um ponto aqui, conversa outro ponto lá, em outro tópico da matéria. Não estão juntos os assuntos, não tem essa base (tecnológica) específica. (D5)

Em minha escola abordamos os principais acidentes que ocorrem na infância desde o nascimento, como engasgo, até possíveis acidentes de trânsito, uso de drogas... Levo o educando de forma dinâmica a pensar sobre isso para sua vida pessoal e profissional. Mas se você

for ver, isso tudo não é no hospital que é um ambiente que por si só, pelos tratamentos invasivos que realizamos enquanto profissionais, é perigoso... Ambiente que proporciona perigo! É como se você soubesse hoje que vai internar, tem esta certeza, mas o jeito que vai sair... Se vai ser melhor do que entrou, já é um jogo de sorte hoje... Então, é preciso abordar mais este tema! (D7)

A gente não fala tanto sobre medicação na criança. A medicação dá aquele medo no aluno. A gente fala mais nisso em procedimentos básicos, ensina a aspirar, injetar, treina no boneco, às vezes, um no outro. Mas quando o assunto é criança, a gente não volta a falar maciçamente, porque já falou sobre o adulto. Dá uma pincelada e não é o suficiente! (D8)

Quando eu `entro` na Saúde da Criança, falo tudo que está no conteúdo programático e termino falando um pouquinho dos cuidados no hospital e dos 10 Passos para Segurança do Paciente tentando adaptar para criança. É o que eu consigo fazer, não sei se está do jeito que precisava, mas é mais do que está lá para passar. E, na medicação, apesar de não voltar para o laboratório, eu foco bastante na teoria, nos 5 certos, eu acrescento mais três: paciente certo, medicação, hora, via, dose, explicação certas, monitoramento certo e anotação certa. Se, ao menos, o aluno gravar isso e saber a importância disso na prática, faz menos besteira, porque estará mais ligado nesse processo. (D9)

Não é que não ensinemos sobre segurança do paciente, mas esse tópico está diluído em várias matérias. Lá na Criança falamos muito de acidentes domésticos, não há foco no ambiente hospitalar propriamente dito (D10)

Em coerência com as concepções e experiências relatadas anteriormente pelas entrevistadas, elas apontaram que a *promoção da segurança de crianças internadas precisa ser mais bem abordada nos cursos técnicos de enfermagem:*

Como docente, eu acho que precisaríamos abordar primeiramente o que é direito e o que é dever da criança, da família e do profissional, e também a relação interpessoal, especialmente sobre os perigos na falha da comunicação entre família-criança-profissional. E também, penso que o hospital deveria ter um mecanismo de acompanhamento e vigilância da criança e o aluno devia ser sensibilizado para isso. Um sistema de vigilância de erro, para que o aluno tenha uma consciência crítica e possa desenvolver isso, no seu contexto de trabalho. (D3)

Deve se reforçar a informação na passagem de plantão que é ouro! O aluno deve ser treinado a passar plantão e mais, saber a importância desse momento para a continuidade de cuidado com qualidade. Porque não é “empurração de plantão” é passagem de plantão, estou errada? Isso tem a ver com segurança da criança, não é? (D7)

Em minha opinião, em primeiro lugar, para falar de segurança da criança tem que falar de planta física adequada e de materiais

adequados para crianças, como o mobiliário. As camas, os leitos, principalmente as grades, pensando nas quedas desses pacientes, porque criança se não cuidar cai mesmo! Olha sei que vai haver reformulações no Plano Pedagógico, de todos os cursos, e da Enfermagem também. Porque nossa escola está atendida com as mudanças. Então, eu acho que a hora de discutir é agora. Quem sabe englobar os 10 Passos para Segurança do Paciente, que tem para adulto, mas não tem para criança. Poderíamos estudar, adequar... Aproveitar esse momento e incluir. (D8)

Tem que ensinar o suporte básico, ao menos, para saber atender basicamente uma intercorrência e não perder a criança por mau atendimento. Tem que abordar todo gerenciamento de risco, como por exemplo: possibilidade de queda, de úlcera e todos os outros. Uma coisa boa para adotar, são os 10 Passos para Segurança do Paciente. Sei que não é abordado pelo Plano, e nem é voltado para crianças, mas a gente também não vai querer que um plano se renove a cada inovação, pois Saúde é algo dinâmico, não há Plano que seria suficientemente bom, pois as coisas mudam com a velocidade da luz, não é? Temos o dever de passar para os alunos um olhar diferenciado em Pediatria, principalmente no que diz respeito à segurança. Porque, além da criança e da família ser afetadas por esta ocasião, o profissional responderá legalmente por isso. (D10)

Entre os aspectos da promoção da segurança infantil em ambientes hospitalares, que deveriam ser abordados com mais propriedade pelos cursos técnicos de enfermagem, as docentes salientaram aqueles relacionados ao processo de medicação:

E, falar sobre segurança e não falar sobre preparo e administração de medicamentos não dá! Considero extremamente importante ter conhecimento a respeito, para se trabalhar nesta área. (D1)

Sabe? No meu ponto de vista, tinha que ser separada a disciplina e dentro da carga horária deveria focar mais na parte de farmacologia, diluição de medicamentos. (D2)

Bom, acho que tem que abordar medicação mais especificamente. Preparar esse aluno mais para diluição, fracionamento, voltar àqueles cálculos, que eles detestam, mas com criança tem que saber. É um problema a abordagem de medicação, porque depois este aluno vai se formar, ai de repente passa muito tempo e ele nunca mais vê esses conceitos novamente. Se não aprendeu certo, com a vida pratica vai aprender errado e olha ai o erro... A escola precisa reforçar isso. (D5)
Deve-se dar foco na administração de medicamentos, que na criança é bem fracionado. E os alunos já vêm com uma dificuldade matemática grande, tem que treinar! Valorizar o ensino das tecnologias, porque vai mexer com muita bomba de infusão, por

exemplo. Tem que saber manipular, para não ficar perdido lá na vida real. (D10)

Ainda em relação ao Tema 2, as entrevistadas discorreram sobre os aspectos metodológicos que vêm adotando ou deveriam ser empregados no ensino técnico, em geral, fazendo algumas referências sobre os métodos a serem desenvolvidos no ensino da promoção da segurança do paciente pediátrico. Neste sentido, as docentes destacaram que *a aquisição de competência técnica e científica para o cuidado seguro prestado a crianças deve se dar por métodos ativos de ensino-aprendizagem. A* Problematização foi bastante citada, bem como foram apontadas técnicas diferentes das tradicionalmente utilizadas que poderiam ser empregadas neste processo:

Sou sempre a favor da Problematização. (D1)
Tem que sair do método GLS (risos): giz, lousa e saliva! Tem que se preparar e diferenciar. O Paula Souza é pioneiro na Plataforma MODLLE, é uma plataforma virtual com acesso de professores e alunos para diversificação das atividades de aprendizagem online. Às vezes, você nota preguiça de copiar, ler e tentar entender o conteúdo, mas a partir do momento que você reúne a sala, forma grupos, você já faz um estudo de caso com identificação dos problemas e possíveis soluções. Discutir em seminário, eles gostam, porque é diferente. Eu uso vídeos educativos, que chamam e prendem a atenção do aluno. Tem que colocá-lo para refletir após e discutir. Trabalho com dinâmica de grupo. Tem que ter material e estratégia própria! Não simplesmente uma apostila ou, então, uma referência bibliográfica. Vai ao xerox, xeroca... Aula expositiva, método tradicional não! Eu trabalho muito com dinâmica, principalmente em grupo, pois é uma forma de diversificar, a sua maneira de trabalhar. Eu percebo que o método de ensino tem que prender a atenção do aluno. Mesmo em um curso de nível médio, a gente não está lidando só com adolescentes não! Eu percebo quando eu trago os alunos para o laboratório, eu explico e eles manipulam o boneco infantil, prende a atenção! E isso é muito importante, eu procuro sempre trabalhar neste sentido (D2)

Eu acredito que a gente tem que trabalhar com situações problema, para desenvolver e discutir com o aluno coisas que acontecem no cotidiano. O docente precisa ir além do Plano de Ensino, que é extremamente teórico... Se o aluno não consegue ter evidências, ele não consegue enxergar suas situações práticas. Então, ele vai para o campo de estágio, apenas com uma teoria que ele não conseguiu fazer associação com a prática. Poderia se fazer estudos de caso, situações problema sobre segurança da criança no hospital, visitas

nas instituições hospitalares durante as aulas teóricas para que os alunos, ao menos, vejam a criança no ambiente de internação e entendam este contexto. Poderíamos usar recursos didáticos como os filmes específicos para o assunto, hoje temos recursos áudio visuais que são ricos para trabalhar estes aspectos em sala de aula! Seminários para que estes alunos possam trazer situações do seu cotidiano, também aproveitando as experiências deles, não é? (D3)

Eu acho que temos que fazer projetos, que façam essa ponte da teoria com a prática, para o aluno conhecer e discutir situações reais. (D4)

O método tradicional, você fala o aluno engole, é desestimulante nos dias de hoje e demorado, sabe aquela coisa de passar a matéria? Tem que usar recursos didáticos com imagens disponíveis na tecnologia, e isso, olha! Parece que não, mas faz uma diferença danada... O aluno fala que fica mais dinâmico, tanto para o professor, quanto para o aluno. Ele não perde tempo, se souber isso ao seu favor, o recurso didático auxilia o novo método de discussão e dá mais tempo para ele se concretizar. Os alunos vão aprender melhor e, muitas vezes, eles mesmos falam isso. Preferem quando a gente relaciona teoria e situações da prática, conta histórias... Eu acho que o aluno não deveria ter seis meses de teoria e só depois prática! Deveria ter três meses de teoria e já ir para a prática, ao menos, observar. Teoria junto com a prática, se não o conhecimento fica lá... distante! (D5)

Você tem que ter uma estratégia para avaliar como este aluno aprende melhor, se ele aprende melhor fazendo, visualizando, etc.. Já existem testes para perceber isso. Então, de acordo com aquilo que a classe, na sua maioria faz melhor, é o que você deve adotar, e usar como método, se ele aprende melhor visualizando, use recursos didáticos com imagem, se aprende melhor fazendo, saia do abstrato, aqueles modelos de corpo humano, os bonecos, os berços e incubadoras do laboratório, manipule, coloque com ele a mão na massa. Construa diagramas da matéria para trabalhar os textos, e assim ir construindo seu próprio conhecimento, pois ele vai ter que ler e estudar para construir seu conhecimento, ele traz para a sala o que você pediu, e em uma discussão explica para a sala. Isso tem um poder de fixação muito grande, melhor do que ficar com esta história de giz e lousa. (D6)

O método de ensino que mais funciona é sair do tradicional, lousa, giz e até do Datashow, fazer uma roda e discutir aquilo que é necessário. São considerações ricas, baseadas na experiência. Eu leio bastante sobre a tal da Problematização, trabalhar sobre situações reais. Então, no estágio, eu observo as situações junto com eles e uso isso como ferramenta lá na sala de aula. É como se você contasse uma história, e no final o aluno vai refletir com você possíveis soluções. Eu jogo um problema-situação e coloco os alunos para criticarem e pensarem em possíveis situações. Você aproveita a vivência do aluno. O aluno não é um copo vazio, ele tem experiências prévias que ajudam na construção do profissional que ele vai ser, não é? Quando o aluno vai para o estágio é melhor ainda, porque vivencia. E o mais gostoso é que como quase sempre a Problematização que eu faço é

em cima de coisas verdadeiras, a probabilidade de ocorrer novamente é grande. Ai, eles vêm todos felizes, porque já sabiam lidar com esta situação, tomam decisões, claro, dentro daquilo que lhes cabem e se sentem seguros. No final do dia, a gente faz uma reflexão, que é para não deixar passar batido nada. Se não o aluno fica entupido até a avaliação e, isso não é interessante, eles botam as experiências para fora, o erro ou experiência de um, ajuda na construção do outro, e o grupo cresce junto, e eu fico orgulhosa da escola, de mim, do trabalho, do crescimento deles... Então, eu tenho um retorno positivo, eu sinto que eles aprendem e sinto que eles gostam de estudar Enfermagem. (D9)

Ao falarem sobre o processo ensino-aprendizagem para a aquisição da competência em foco, as entrevistadas destacaram o papel e à responsabilidade do professor:

O professor tem que ser o mediador, mostrar para o aluno que boas práticas trazem bons resultados. Não adianta adotar um método não tradicional e não saber conduzir. Tem que ser o veículo para que o aluno entenda e tenha segurança, que aquilo que ele vai fazer vai repercutir em uma assistência boa, num resultado bom, lá na frente e vai fazer sentido. O ensino tem que fazer sentido, isso sim é um aprendizado significativo, o que faz sentido. É trazer para o aluno o que acontece. Onde ele vai atuar e mostrar para ele que isso traz resultados. Então, a assistência à criança tem que ser mostrada com resultados bons, propondo estratégias para evitar resultados ruins. Trazer índices, epidemiologia, quantas crianças morrem por erro de medicação, por exemplo. Mostrar para o aluno que estratégias preventivas trazem coisas boas para a qualidade da assistência, impactos positivos. Se não, o aluno não é sensibilizado para os perigos, ou se for, vai achar que nada pode ser feito, ou que isso nunca vai ter resultado e ele não vai sair do lugar. (D3)

Você coloca uma sala em círculo para fazer uma discussão, e esta argumentação que você conduz gera conhecimentos novos. Se você tiver preparado para enfrentar isso, porque o papel do professor neste método de discussão, é coordenar os pensamentos dos alunos e estimular, é levar o aluno, saber fechar a discussão. A metodologia inovadora é fazer com que ele faça conhecimento dele, ele construa, usando ferramentas de facilitação. Mas se você não souber conduzir isso, fica perdido, sem sentido, você é quem dá sentido nessa construção. E, além disso, usar um método para avaliar se está dando resultado. Se não o trabalho é perdido. A avaliação é dia a dia, em cada discussão. O professor tem que perceber como essa sala é, depois usar uma estratégia apropriada de acordo com o resultado da sala. (D6)

O professor é responsável por fazer o aluno refletir sobre aquilo que precisa, fazer pensar, ensinar a pensar. Estranho, não é? Até engraçado... Porque eu sempre achei que pensar a gente já sabia... Hoje eu percebo através dos alunos que o pensar é resultado de reflexão. O professor tem que se adequar aos novos tempos! Por exemplo, outro dia eu vi uma professora que na matéria dela ficaram 17 de exame, a sala tem 20, faz as contas? Três passaram direto. Ai eu pergunto: Esse professor não precisa rever seu método de ensino? Porque a maioria está com dificuldade, será que em nenhum momento é o método do professor o problema? (D9)

O professor precisa se instrumentalizar para atender as necessidades dos alunos. E o melhor instrumento não é só o recurso audiovisual, mesmo que este chame atenção, ainda o melhor instrumento chama-se professor, aquele professor persuasivo que faz o aluno ter vontade de escutá-lo, porque não é maçante, modera e altera seu tom de voz de acordo com a necessidade da sala ou de acordo com o sono da "galera", aquele que sabe prender a atenção do aluno, pega um assunto chato e faz o negócio ficar bom. (D10)

DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação, os quais foram obtidos pela revisão integrativa de literatura e pelas entrevistas com os docentes de escolas técnicas de enfermagem, seguem discutidos em conjunto.

As circunstâncias de cuidado envolvem a ação propriamente dita (intervenção, procedimentos, condutas), a equipe (profissionais), os pacientes (crianças), o contexto (processos de trabalho, corporações, regimentos, regras, cultura hospitalocêntrica) e o cenário (hospital e unidades de internação). Esses elementos das circunstâncias de cuidado devem contribuir e influenciar o cuidado seguro na atenção à saúde, mas existem assincronias/desvios relacionados aos mesmos, que materializam os erros e eventos adversos nesse arcabouço sistêmico que constitui a segurança do paciente (WEGNER; PEDRO, 2012).

As docentes afirmaram que, na atualidade, a disseminação dos erros e eventos adversos relacionados ao cuidado de crianças internadas tornou-se assunto grave que merece discussão acurada nas instituições hospitalares. Segundo elas, é necessário pensar o erro como resultante de uma corrente de situações, sendo importante transmitir confiabilidade do serviço em que a criança está internada.

A produção científica revisada permitiu confirmar a necessidade de estudos sobre o tema da promoção da segurança em unidades de internação pediátrica, mediante as evidências encontradas sobre a ocorrência de vários tipos de erros e eventos adversos que ocorrem com crianças internadas nestes locais, com destaque aos relativos à terapêutica medicamentosa (Quadro 2). Ao mesmo tempo, as concepções e experiências das docentes sobre a ocorrência de erros e eventos adversos em unidades de internação pediátrica mostraram-se convergentes com o

que foi identificado na revisão integrativa de literatura realizada (Tema 1: *Crianças em internação hospitalar estão expostas a diferentes tipos de erros e eventos adversos*).

Analisando o conjunto de tipos de erros e eventos adversos que ocorrem no cuidado de crianças hospitalizadas, os quais foram identificados nesta pesquisa, verifica-se que o mesmo pode ser relacionado tanto às ações dos profissionais da equipe de saúde, incluindo os da enfermagem (ações diagnósticas, terapêuticas e de cuidados gerais), quanto àqueles decorrentes do contexto e cenário de sua ocorrência (características mais amplas de cunho institucional).

A maioria dos artigos revisados abordou variados tipos de erros e eventos adversos relacionados ao processo de medicação.

De fato, erros de medicação em unidades de internação pediátrica têm sido priorizados como objeto de estudo da literatura científica atual, quando comparados a demais possibilidades de erros (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009).

Os depoimentos das docentes corroboram esses achados, relatando conhecimento e/ou experiências prévias com essas ocorrências durante as diversas etapas desse processo. Dentre os relatos foi apontada, como exemplo, a administração de medicamentos por via endovenosa, sendo esses de administração tópica ou oral. Ao relatarem essas ocorrências, as docentes deixaram transparecer sua indignação diante da gravidade das mesmas, especialmente por se tratar de crianças, destacando o erro de medicação como o “vilão” dentre as possibilidades de erros.

Os erros no processo de medicação se caracterizam por serem evitáveis, ocorrerem em qualquer fase da terapia medicamentosa e causarem ou não danos ao paciente (HARADA; CHANES; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012). De qualquer forma, destaca-se a grande importância da atenção a essas ocorrências, uma vez que as

mesmas têm grande potencialidade de prejudicar pacientes e suas famílias, aumentar o período de internação e os custos hospitalares e, em muitos casos, gerar efeito dramático, não somente na vida dessas pessoas, mas também nas dos profissionais de saúde envolvidos (MELO; PEDREIRA, 2005).

Tem-se que, a cada ano, cerca de um milhão de pacientes de todas as idades são vítimas de erros com fármacos e, desses, 140.000 morrem. A probabilidade de morte decorrente de erros com medicação em pacientes hospitalizados (390/dia) é três vezes maior, do que as decorrentes de acidentes automobilísticos (125/dia) (MELO; PEDREIRA, 2005).

Um dos primeiros estudos sobre erros de medicação em crianças foi publicado em 1987. Farmacêuticos revisaram prescrições de medicamentos de dois hospitais pediátricos, sendo detectada a taxa de 0,49 erros por 100 medicamentos prescritos que, ao ser comparada com taxas de erros por medicamentos de outras unidades hospitalares, revelou-se significativamente mais comum. Dentre outras recomendações o citado estudo já alertava que, mesmo não sendo a prescrição uma responsabilidade da equipe de enfermagem, checá-la e conferi-la antes de realizá-la, torna-se uma condição fundamental para promover a segurança do paciente (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011).

Ressalta-se que a equipe de enfermagem é quem executa, em última instância, as técnicas de administração de medicamentos, porém o processo de medicação se inicia com o diagnóstico/prescrição por outros profissionais, principalmente os médicos, que também devem se responsabilizar pela manutenção e avaliação da terapêutica adequada, enquanto necessária (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009). Entretanto, devido ao fato da equipe de enfermagem realizar as referidas técnicas, é sobre os profissionais dessa área que recai mais fortemente a

responsabilidade pelos erros (YAMANAKA; PEREIRA; PEDREIRA; PETERLINE, 2007).

Segundo as concepções e experiências das docentes, o processo de medicação é muito complexo, sendo que erros cometidos pela equipe de enfermagem podem ser provocados desde a etapa da prescrição, quando o profissional responsável pela separação ou preparação da medicação deparar-se com caligrafia médica de má qualidade e, supondo entender, administra-a de forma inadequada. Outro aspecto em relação aos erros na administração de medicação em crianças, referido pelas docentes, diz respeito às características próprias da infância, como a variação de peso em relação à idade adulta, as reações emocionais mais exteriorizadas ao procedimento e a falta de discernimento sobre o que se está fazendo com elas.

Há evidências na literatura de que as crianças estão sujeitas a maior proporção de erros no processo de medicação devido à necessidade do uso de doses fracionadas de fármacos (MELO; PEDREIRA, 2005), uma vez que a apresentação da maior parte deles ser para adultos. Também, deve-se considerar que a faixa etária pediátrica cobre uma grande extensão de tempo, quando há grande variação nos parâmetros de peso, o que dificulta o cálculo da dosagem, além de apresentarem variações no nível de maturação fisiológica e pouca habilidade na comunicação (WALTON; SHAW; ROSS, 2006).

Somando-se às possibilidades de erros advindos do processo de medicação, foram encontrados outros relativos a demais ações diagnósticas, terapêuticas e de cuidados gerais realizados pela equipe de saúde, incluindo a de enfermagem em unidades de internação pediátrica, tais como: imprecisão do diagnóstico médico, solicitação indevida de exames, erro no processo de hemotransfusão, erro na manipulação de equipamentos e materiais, como agulhas, cateteres, sondas e drenos,

falha no cuidado relativo à ventilação mecânica, jejum prolongado desnecessário e falha no processo de reanimação cardiopulmonar.

Em relação à imprecisão do diagnóstico médico, Gomes (2009) divide o erro de diagnóstico em evitáveis e inevitáveis. O inevitável é decorrente da falta de recursos, de condições técnicas ou insuficiência da própria medicina, diminuindo sempre com o progresso, sendo que a rigor, não constitui exatamente erro médico, mas insuficiência de meios. Entretanto, avanços em técnicas de procedimentos diagnósticos permitem menor margem de erro, mas não impedem que esses sejam cometidos (CURY; NETO; ZANETTA, 2005). Os evitáveis, por sua vez, são de responsabilidade direta do médico, e havendo a intenção, qualifica-se como infração prevista no código penal (GOMES, 2009).

A solicitação indevida de exames para as crianças hospitalizadas foi apontada pela revisão integrativa da literatura como possibilidade de erro e causa de sofrimento durante seu tratamento. Maksoud (1995) afirma que, muitos exames complementares são solicitados sem critério, de modo inadequado ou indiscriminado, não atendendo ao princípio fundamental que é o de esclarecer diagnóstico, tendo o problema se agravado com o passar do tempo, principalmente pelo aparecimento de novos métodos diagnósticos, gerando nos médicos a falsa sensação de estar praticando uma medicina moderna, segura e eficiente, quando, na verdade, trata-se de uma medicina desvirtuada, sem lógica e sem respeito ao doente.

Cabe considerar que esses dois últimos tipos de erros médicos discutidos, quando ocorrem em ambiente de internação pediátrica, podem comprometer todo o processo de trabalho do restante da equipe, induzindo a ocorrência de outros tipos de erros e eventos adversos.

Quanto aos erros na hemotransfusão em crianças, considera-se que os mesmos podem levar a consequências graves (WEGNER; PEDRO, 2012). Para sua ocorrência, vários aspectos podem não estar sendo abordados a contento, tais como: falta de checagem da prescrição médica, seleção inadequada de materiais e equipamentos para infusão, falta de preparo do paciente e de verificação prévia de sinais vitais, problemas na obtenção do hemocomponente no banco de sangue, erros no preparo para a administração, no início e na monitorização da infusão e demora na suspensão em caso de aparecimento de reações adversas (WEGNER; PEDRO, 2012).

Sobre erros na manipulação de equipamentos e materiais, tanto na literatura revisada como em alguns depoimentos colhidos houve referências sobre os mesmos. Neste aspecto, por exemplo, foram apontadas a falta de atenção nos cuidados com o cateter vesical após a sua inserção, problemas na sua passagem ou a não abertura da clampagem e as várias tentativas frustradas de punção venosa (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009). Esses tipos de ações, realizadas para viabilizar a terapêutica prescrita, são consideradas como das mais dolorosas aplicadas às crianças hospitalizadas, o que dificulta sua realização nesta faixa etária, exigindo além de técnica, tranquilidade, cooperação, experiência e avaliação do melhor local (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012).

As falhas no cuidado com a ventilação mecânica em pacientes pediátricos incluem: extubação acidental por inadequação dos circuitos do ventilador mecânico, muitas vezes pesado ou mal posicionado na criança, posicionamento inadequado da cânula para ventilação, acúmulo de líquidos condensados nos circuitos ventilatórios e circuitos com sujidades, ausência de umidificação e calor ideal para o copo umidificador do ventilador mecânico (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO,

2009). Esses tipos de erros foram classificados em estudo, como dos mais frequentes identificados em um hospital universitário em São Paulo, Brasil, sendo que de 2,9 erros, 29,2% eram referidos a este processo (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009).

O jejum prolongado ou desnecessário foi apontado pela literatura revisada, como erro que ocorre no cuidado de crianças internadas. A prescrição e o cumprimento de qualquer tipo de preparo antes de um exame ou cirurgia na criança têm como objetivo tornar o procedimento mais seguro, devendo ser fundamentados em estudos que mostrem o benefício real de sua prática. O tempo de espera das crianças pode ser muito longo e superior ao previsto, a fome pode ser muito perturbadora para essa clientela, podendo ocasionar hipoglicemia e desidratação (RABELO et al, 2009).

Outro tipo de erro preocupante, encontrado na revisão realizada, que inclusive pode causar consequências letais ao paciente pediátrico, é a falha no processo de reanimação cardiopulmonar infantil. Essa afirmação confirma-se por um estudo realizado com 5,7 milhões de crianças e adolescentes, menores de 19 anos, em vinte e sete estados americanos, no ano de 2000, que buscou descrever os erros em crianças hospitalizadas e avaliar fatores relacionados a esses, baseando-se em indicadores de segurança do paciente desenvolvidos pela Agency for Health Care Reasearch and Quality. Os indicadores evidenciaram que, dentre as principais falhas durante o atendimento pediátrico hospitalar estão as “falhas no salvamento das crianças” em momentos de intercorrência (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009).

As docentes também advertiram sobre a dificuldade comum de profissionais no atendimento da parada cardiorrespiratória em crianças internadas, relacionando a mesma à falta de treinamento para o suporte básico de vida.

Existem evidências de que grande parte dos erros na reanimação cardiorrespiratória em unidades pediátricas acontece, principalmente, em plantões noturnos e aos finais de semana, ocorrendo em, aproximadamente, 10% de todos os pacientes admitidos no setor (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011), o que demonstra a gravidade da falha nesse processo.

Em outra perspectiva, foi possível identificar na revisão integrativa de literatura realizada, características institucionais consideradas como comprometedoras para a segurança no cuidado de crianças hospitalizadas como: a burocratização do atendimento, não aplicação ou seguimento indevido de protocolos, identificação incorreta ou ausente do paciente, falta de pontualidade nas intervenções, procedimento cirúrgico não agendado previamente e comunicação ineficaz ou ausente no processo de cuidar.

As docentes, por sua vez, também apontaram aspectos institucionais que quando insatisfatórios interferem negativamente na segurança de crianças internadas. Foi lembrado o erro ocorrido pelo despreparo de profissionais, especialmente, de técnicos de enfermagem recém-admitidos nos setores infantis dos hospitais e a quantidade exacerbada de atividades burocráticas que os enfermeiros líderes desenvolvem e são cobrados diariamente, não podendo realizar o acompanhamento inicial e treinamento das atividades assistenciais desses técnicos. Outro erro citado pelas entrevistadas foi a negligência e a falta de pontualidade no cumprimento das ações devido à sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais, principalmente de enfermagem.

A falta de padronização e, até mesmo, a não aplicação de protocolo assistencial, podem ser fatores que levam à assistência não segura, podendo potencializar a ocorrência de erros e eventos adversos nos cuidados com crianças internadas

(SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009), bem como se considera a identificação incorreta ou ausente da criança um erro grave, que pode gerar consequências descomuns ao paciente pediátrico (WEGNER; PEDRO, 2012).

As docentes destacaram, em vários momentos, a necessidade da implantação dos 10 passos para segurança do paciente, sendo que, o primeiro passo dessa cartilha prioriza a identificação do paciente como prática indispensável para garantir a sua segurança. A cartilha aponta que falhas na identificação do paciente podem resultar em erros de medicação, erros durante a transfusão de hemocomponentes, em testes diagnósticos, procedimentos realizados em pacientes errados e/ou em locais errados, entrega de bebês às famílias erradas, entre outros (AVELAR et al, 2010).

Em relação a procedimentos cirúrgicos não agendados previamente, situação apontada pela literatura como possibilidade de erro no cuidado de crianças internadas, cabe lembrar que, a área problemática escolhida para ser abordada no Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente em 2007 a 2008, foi a “Segurança da Assistência Cirúrgica”, isto porque, dentre outros motivos o número de cirurgias realizadas no mundo é quase o dobro do volume anual de nascimentos (OMS, 2009).

De acordo com Stumm; Maçalai; Kirchrer (2006) muito se tem escrito sobre a necessidade do planejamento prévio da assistência no período pré-operatório, mas na prática, muitas vezes o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico de forma não eletiva, o que dificulta a qualidade da assistência prestada e prejudica a segurança da criança que será operada.

Uma característica institucional que foi apontada, tanto pela literatura revisada quanto pelas docentes, foi a comunicação ineficaz ou ausente no processo de cuidar. Tem-se que a boa comunicação é sinal de segurança na assistência à criança e que

a passagem de plantão efetiva entre a equipe multidisciplinar é fundamental para a concretização dessa premissa (AVELAR et al, 2010).

Neste sentido, as docentes destacaram a responsabilidade da equipe de enfermagem na condução do processo de comunicação eficaz no cuidado da criança internada, principalmente, por que tais profissionais estão ao lado dos pacientes 24 horas por dia. Apontaram também a importância da comunicação com a família da criança envolvendo-a no cuidado para torná-lo seguro. Ainda podendo ser consideradas como problemas institucionais, a falta de treinamento para identificação de intercorrências e a demora na comunicação das mesmas foram citadas pelas entrevistadas como fatores predisponentes de erros e eventos adversos.

Os eventos adversos consequentes aos cuidados prestados a crianças hospitalizadas que foram identificados na literatura revisada foram: infecção atribuída a erro nos cuidados, trauma obstétrico, úlcera por decúbito prolongado, fratura por manipulação ou excesso de força, corpo estranho deixado durante procedimento, pneumotórax iatrogênico, lesão devido a quedas, fratura por contenção mecânica desnecessária ou apertada e lesão por queimadura ou lacerações. Sabe-se que os eventos adversos estão significativamente associados ao aumento do tempo de internação e nos custos da hospitalização, interferindo no aumento, no caso de formação de úlcera por pressão em até 18 dias a mais, do que a criança ficaria internada (MILLER; ZHAN, 2004). Assim como, fraturas por manipulação inadequada ou excesso de força e as lacerações, principalmente por contenção mecânica indevida, agravam esse contexto (MILLER; ZHAN, 2004).

Corroborando com a literatura, as docentes entrevistadas citaram como exemplos de eventos adversos resultantes de erros no cuidado de crianças internadas: dedo cortado/lacerado no momento do corte de tala com tesoura, perigo

de lesionar a criança por usar excesso de força na sua manipulação e a formação de úlcera por pressão.

O evento adverso “corpo estranho deixado em procedimento realizado na criança” foi comentado por Antônio e Fontes (2011), que denominam a cirurgia como invasão e agressão cruenta ao paciente, que entrega a própria vida, nas mãos de um médico, muitas vezes tendo nesse procedimento sua única opção terapêutica. Esses autores relatam que a cirurgia sempre está exposta às imperfeições do homem, ao erro essencial.

O ambiente hospitalar foi caracterizado pelas docentes, como local de tratamentos invasivos e perigosos, relatando que o paciente sabe que vai ser internado, mas não pode garantir pelas características do cuidado prestado, a forma que vai sair dessa internação, sendo um jogo de sorte.

Deixar material indevido durante procedimentos realizados com a criança, além de outros riscos, pode ocasionar outro evento adverso: a infecção hospitalar. De fato, esse indicador tem sido evidenciado na literatura em grande escala (SEDMAN et al, 2005). Quanto mais jovem o paciente, mais significativo é o risco de adquirir infecções, como resultado do cuidado inadequado ou não seguro da equipe (MILLER; ZHAN, 2004). Esse evento adverso foi abordado pela maioria dos artigos revisados.

Estudo desenvolvido em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital universitário em São Paulo, Brasil, apresentou 2,9 ocorrências de erros por criança, como resultado da prática de cuidados de enfermagem, sendo que 16,8% dessas ocorrências foram relacionadas a infecções ocasionadas por falha nos procedimentos (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009).

O trauma obstétrico, como evento adverso, foi apontado pela literatura, sendo que o período considerado como mais lesivo ao feto corresponde às três derradeiras

horas do trabalho de parto (MIYADAHIRA; FRANCISCO; ZUGAIB, 2006) Além do trauma obstétrico, o pneumotórax iatrogênico foi citado como possível evento adverso em crianças internadas, sendo caracterizado por acúmulo de ar no interior do espaço pleural, tendo sua importância justificada por suas consequências ventilatórias e hemodinâmicas devastadoras às crianças e que podem levá-las ao óbito (JUNIOR; STOCCO; ISHIE; CARDOSO, 2007)

As quedas configuram-se como outro tipo de intercorrências danosas em unidades de internação pediátrica. As docentes caracterizaram as crianças como clientela vulnerável que demanda uma condição exclusiva de cuidado, frisando a queda como um fator associado, muitas vezes, à falta de estrutura da unidade de internação hospitalar, à dificuldade de manter um quantitativo de colaboradores suficientes e adequados para a prestação do cuidado e observação da segurança e integridade da criança, à problemática da inserção dos familiares no cuidado, à ausência de orientação aos pais, ao cansaço dos profissionais, à sobrecarga de pacientes por excesso de internação médica.

Em estudo que foi realizado em um hospital nos Estados Unidos da América e analisou prontuários de 200 pacientes que apresentaram quedas, identificou que 82% das crianças estavam acompanhadas dos próprios pais durante as quedas. Isso pode ter relação com a insegurança e apreensão dos pais dentro do ambiente hospitalar, além das circunstâncias propiciadas pelos trabalhadores no cotidiano da sua prática e questões relacionadas às instituições de atenção à saúde (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009). Na ótica dos próprios profissionais da Enfermagem, as quedas de pacientes pediátricos ao solo são concebidas como erro grotesco (WEGNER; PEDRO, 2012).

As queimaduras, que foram citadas pelos artigos revisados e pelas entrevistadas como outros eventos adversos resultantes de cuidados com criança hospitalizada, podem ocorrer devido à ausência da placa de bisturi que deve ser posicionada antes do início de procedimento cirúrgico, pela permanência indevida do sensor de oxímetro nos dedos da criança, pelo tempo excessivo no uso de bolsas e compressas quentes ou frias, pela ingestão de alimentos e infusões com temperatura inadequada, uso inadequado de cobertor térmico, erro na administração de medicamentos corrosivos, entre outros (SILVA; WEGNER ;PEDRO, 2012).

Além dos erros e eventos adversos, com a revisão integrativa realizada foi possível elencar algumas medidas para prevenção dos mesmos, especialmente as relativas ao processo de medicação de crianças hospitalizadas (Quadro 3) e de outras relacionadas aos demais cuidados prestados nesse contexto para promover a segurança desses pacientes (Quadro 4). Também, permeando os depoimentos colhidos junto às docentes entrevistadas, emergiram sugestões de medidas para a promoção da segurança infantil no contexto hospitalar, com destaque ao perfil e capacitação da equipe de enfermagem para tal e às medidas institucionais mais amplas (Tema 1: *A equipe de saúde deve ter perfil e estar capacitada para a prevenção de erros e eventos adversos com crianças internadas e Deve haver a institucionalização de medidas de promoção da segurança infantil em hospitais*).

Tendo em vista que erros e eventos adversos decorrentes da terapia medicamentosa representam grave problema em unidades de internação pediátrica, que nas últimas décadas têm alcançado proporções elevadas, torna-se um grande desafio para toda instituição e equipe de saúde, incluindo a de enfermagem, promover mudanças nesse contexto, que permitam a organização institucional e a

reestruturação de processos de trabalho, com a implementação de estratégias seguras no cuidado prestado (HARADA; CHANES; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

A literatura estudada recomenda como medida de promoção da segurança do processo de medicação do paciente pediátrico, a existência de farmácia hospitalar, com ambiente físico e recursos humanos especializados.

As docentes deixaram transparecer em seus depoimentos que, no cuidado pediátrico, faz-se necessário um olhar diferenciado, principalmente no que tange às questões da segurança, justificando que além da criança e família serem afetadas por esse universo os profissionais deverão responder legalmente pelas injúrias ocasionadas. Sendo assim, uma farmácia hospitalar com recursos humanos qualificados para lerem a prescrição médica e encaminharem as medicações de forma adequada é ideal para segurança do cuidado.

Como outra medida de promoção da segurança no processo de medicação em pediatria foi identificada, na revisão integrativa realizada, a disponibilização de materiais e equipamentos adequados para administração de medicamentos, como a utilização de bombas de infusão volumétrica para promover maior acurácia nas infusões intravenosas e implantação de tecnologias para cálculo da dosagem de medicamentos fracionado (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011). Em convergência, foi identificada pelas docentes a necessidade de se atentar para o fracionamento das medicações em pediatria, voltando-se para a importância dos cálculos. Neste aspecto, a utilização de tecnologias como as bombas volumétricas atendem as expectativas relacionadas à segurança nas infusões (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011).

A assistência contínua do farmacêutico, disponível 24 horas, mesmo à distância, foi indicada pelos artigos revisados, junto à importância da adequação da farmácia

hospitalar. A atuação clínica dos farmacêuticos nas unidades de atendimento tem sido descrita como estratégia de prevenção e redução de erros com medicamentos em pediatria. Um dos estudos revisados concluiu que 81% dos erros de medicação entre crianças hospitalizadas poderiam ter sido evitados se o farmacêutico fosse um profissional integrante da equipe multiprofissional (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011). A presença de um farmacêutico proporciona outra medida preventiva no erro de medicação, descrita com a implantação de um sistema de alerta para determinadas interações medicamentosas que possam ocasionar malefícios às crianças ou anular o efeito de uma ou outra medicação, também se mostra como uma medida eficaz, sendo recomendada a padronização de medicamentos específicos em pediatria e estabelecimento de políticas institucionais adequadas para prescrição e administração de medicação (HARADA; CHANES; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

A incorporação de tecnologias e sistemas de informação na prática assistencial como estratégia de sucesso na prevenção de erros e eventos adversos relacionados à utilização de medicamentos foi destacada nos artigos revisados, indicando como exemplos o uso de códigos de barras e a prescrição médica eletrônica (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011). Em relação a esses aspectos, as docentes revelaram-se temerosas quanto às tentativas de tradução das prescrições médicas pelos demais membros da equipe de saúde hospitalar. Portanto, o uso de prescrição eletrônica seria medida preventiva eficaz, pois essas oferecem acesso imediato às informações sobre o paciente, reduzem a possibilidade de seleção incorreta do medicamento, garantem prescrições completas e em formato adequado, fornecem suporte para o cálculo de doses e volume para reconstituições e diluições e proporcionam a possibilidade de verificações sobre interações e incompatibilidades medicamentosas, contraindicações e alergias (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011).

Adicionalmente, a literatura revisada preconiza a adoção de intervenções educacionais sobre a temática, para a equipe de saúde, pacientes e familiares/cuidadores, promovendo medidas destinadas a evitar ou minimizar a ocorrência dos erros e eventos adversos, reestruturando atividades, processos e o próprio sistema de medicação. Torna-se válido lembrar que para se obter um processo de medicação seguro, além de ser imprescindível a existência de recursos humanos qualificados, necessita-se de um quantitativo suficiente e apropriado ao trabalho transdisciplinar, compartilhando conhecimentos de cada ciência para o alcance de resultados cada vez mais efetivos (YAMANAKA; PEREIRA; PEDREIRA; PETERLINE, 2007).

Foi compartilhada pelas docentes, a percepção da necessidade da existência de perfil adequado para o trabalho com pacientes pediátricos, sendo que os profissionais, estando dispostos e abertos, poderão interagir com a clientela infantil desempenhando o trabalho com qualidade e humanização. Porém, percebe-se que para as entrevistadas, apenas o perfil profissional não é suficiente para o desenvolvimento do cuidado seguro, faz-se necessário também o preparo teórico e prático daqueles que trabalham com crianças. Em conjunção a essa informação, as docentes levantaram a problemática do dimensionamento de pessoal, muitas vezes, insuficiente para a demanda de trabalho, o que acarreta sobrecarga profissional e conseqüente possibilidade de erro, principalmente com medicação.

O estabelecimento de políticas adequadas para “ordens verbais” e sobre medicamentos administrados pela mãe ou acompanhante é uma importante medida preventiva de erros e eventos adversos encontrada na literatura. Segundo Melo e Silva (2008), nas unidades hospitalares a segurança na terapia medicamentosa das crianças merece enfoque especial, pois o erro relacionado ao medicamento aumenta

duas vezes o risco de morte desses pacientes e a formulação de protocolo para organização de ordem verbal e administração de medicação de uso da criança pela mãe faz-se fundamental para promoção da segurança nesse aspecto.

Além disso, a literatura revisada propõe que haja a disponibilização de equipe de enfermeiros especialistas em pediatria para realizar a prescrição de enfermagem quanto aos cuidados para administração e monitoramento dos resultados da terapia medicamentosa da criança (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011).

As docentes focaram a liderança e suas ações como possibilidades efetivas para a promoção da segurança do cuidado pediátrico. Para elas, enfermeiros especialistas, como líderes, poderiam não somente traçar planos e prescrições que conduzissem os cuidados, como também, treinar os novos colaboradores através de protocolos e diretrizes.

Em relação ao trabalho da equipe de enfermagem, há evidências de que para controlar o processo de medicação sob sua responsabilidade e garantir a segurança da criança são necessárias tanto a utilização de programas de educação continuada como a incorporação de tecnologias e sistemas de informação na prática assistencial, como acesso às informações relevantes sobre medicamentos pediátricos, além da confecção de protocolos institucionais para a administração de medicações de risco, como privativa do enfermeiro (MELO; PEDREIRA, 2005).

Em consideração à Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986) é necessário preconizar que práticas mais complexas sejam executadas por enfermeiros. No cotidiano da assistência, entretanto, observa-se que as instituições de saúde conferem a enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, as mesmas atribuições na terapia medicamentosa realizada em crianças, o que aumenta

significativamente a possibilidade do erro (HARADA; CHANES; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

A utilização de bombas de infusão volumétricas para promover maior acurácia nas infusões intravenosas em crianças tornou-se o meio mais rápido e eficiente para a administração de soluções em velocidade de infusão difíceis de serem obtidas por controle gravitacional em pacientes hospitalizados, sendo recomendadas nas terapias intensivas, principalmente em pacientes pediátricos e neonatais. Este equipamento reduz a probabilidade de não conformidades de infusão nas crianças, sendo importante medida preventiva de erro medicamentoso se corretamente utilizado (CARVALHO et al, 2007).

A utilização de sistema de alerta de risco ou de interação medicamentosa por faixa etária, tipo de atendimento e terapêutica medicamentosa prescrita proporcionam, segundo Silva; Silva; Gobbo; Miasso (2007) conhecimentos sobre a administração segura de medicação, com eficiência e responsabilidade. Assim, os autores sugerem o desenvolvimento de formulários para utilização correta dos medicamentos principais ou mais perigosos na área pediátrica.

Também, foi apontada como medida preventiva para o erro de medicação pediátrica, a utilização de impressos que contenham área específica para anotação do peso e da existência de alergia. Como anteriormente comentado, para que uma boa comunicação exista entre os profissionais de saúde, as informações contidas no prontuário são indispensáveis, já que esse é um dos principais meios de transmissão de informações sobre o paciente entre os membros da equipe multiprofissional (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

O código de ética dos profissionais de enfermagem, na resolução COFEN 311/2007 estabelece que é de responsabilidade de enfermagem, conforme o artigo

25 registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar. Nos artigos 71 e 72 que tratam das responsabilidades e deveres, estabelece que é dever da enfermagem incentivar o registro e fazê-lo de forma clara, objetiva e completa. (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011)

Nada foi levantado pelas docentes em relação à sistematização, padronização de condutas e protocolos de medicação como estratégias preventivas de erros.

A documentação cuidadosa do processo que envolve a administração dos medicamentos pediátricos é uma medida preventiva para o erro de medicação que foi encontrada na revisão integrativa da literatura e revela a importância do treinamento para padronização e uso efetivo dos sete certos da medicação, o que também foi lembrado pelas entrevistadas: paciente certo, leito certo, fármaco certo, hora certa, via certa, monitorização certa e documentação certa. O treinamento para a documentação cuidadosa e de qualidade é necessário para prevenir e até entender os erros de medicação, salientando-se a necessidade de padronização nas instituições de saúde de nomenclaturas, símbolos e métodos de anotação do processo de consecução da terapia (MELO; PEDREIRA, 2005). Desse modo, todas as atividades de enfermagem executadas junto ao paciente, do planejamento ao acompanhamento dos resultados dos cuidados, devem ser registradas de modo sistematizado em todas as unidades de atendimento hospitalar, incluindo aspectos relativos à terapia medicamentosa, com anotações executadas por todos os membros da equipe de enfermagem (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011).

Em relação às medidas propostas que foram identificadas pela revisão integrativa realizada para a promoção da segurança do paciente pediátrico, as quais se voltaram a outros aspectos de cuidados para além do processo de medicação,

pode-se constatar a grande preocupação dos autores na busca da implantação da Cultura de Segurança no ambiente hospitalar.

Para tal, recomenda-se a implantação e manutenção de sistemas de notificação de erros pediátricos, que fossem revestidos de caráter não punitivo. Assim, seria possível a identificação de erros cometidos pelos profissionais, com posterior estudo sobre o padrão de ocorrência dos mesmos, desenvolvendo e treinando medidas preventivas, abolindo assim o atendimento individual do erro perante a introdução da abordagem processual e sistêmica. Tal sequência de medidas se relaciona e se completa em seus propósitos, sendo abordada por sete (MELO et al 2005; Walton et al 2006; SCHATKOSKI et al 2009; HARADA et al 2012; WEGNER et al 2012; SILVA et al 2012; HICKSON et al, 2001) dos 17 artigos estudados, principalmente no documento internacional da Academia Americana de Pediatria, intitulado “Princípios da Segurança do Paciente Pediátrico” (HICKSONS et al, 2001) que enfatiza em suas recomendações o esforço para implantação da abordagem sistêmica de erros e eventos adversos, revelando que, esses raramente representam o fracasso de um cuidador individual somente. Portanto, por meio da abordagem sistêmica, deve-se identificar os erros cometidos no cuidado com crianças hospitalizadas, de forma a discuti-los sem imputar culpa.

As docentes compartilham da opinião de que os erros e eventos adversos devem ser abordados pelas instituições de saúde de forma processual e sistêmica, não individualmente, com a extirpação da cultura da punição e com o foco em medidas educativas e protetoras para o paciente, pois muitas vezes o colaborador é punido, mas o erro permanece.

Para conquista da Cultura de Segurança Pediátrica no ambiente hospitalar, os artigos evidenciaram a necessidade da formação de uma rede de apoio para

comunicação dos erros referentes ao paciente pediátrico (desenvolvimento de um sistema de notificação de erros) (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009). Tem-se que é muito importante que os erros e eventos adversos sejam comunicados quando ocorrem. Isso possibilita que as medidas necessárias para sua reversão sejam tomadas rapidamente (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009).

Em relação à realidade brasileira, foi abordado por um dos artigos incluídos na revisão integrativa que há incipiência dessa cultura de comunicação da intercorrência no ambiente hospitalar, bem como a dificuldade de problematizar com a equipe de saúde a importância da segurança e proteção do usuário frente às possibilidades de erros (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009). Entre as razões para não se comunicar as ocorrências, foram encontradas: o enfoque da equipe de enfermagem estar mais na pessoa do que no sistema e as enfermeiras terem medo das consequências que sofreriam ao comunicar os erros (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009). Considera-se que isso se dá, justamente, pela ausência de da referida rede de apoio aos profissionais para comunicarem os erros cometidos por eles ou por outros membros da equipe de saúde, como política interna da instituição hospitalar.

Muito embora a extirpação do caráter punitivo frente aos erros e eventos adversos resultantes do cuidado com as crianças seja necessária para diminuição dos mesmos, a ação comumente adotada frente aos erros, infelizmente, é a punição por parte do hospital e a consequente omissão por parte do praticante. Além do profissional estar se sentindo culpado devido ao erro que cometeu, ele pode receber desde uma advertência até ser demitido. Isso contribui para subnotificação das ocorrências, devido ao medo de ser punido (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009).

Foi identificado o consenso entre as docentes entrevistadas quanto à necessidade das próprias instituições hospitalares investirem mais em ações para o desenvolvimento dos profissionais que lá trabalham, não em punição, pois como frisaram, o profissional que errou, sabendo que vai ser punido, não comunicará o erro.

Experiências provenientes de outras áreas do conhecimento têm demonstrado que a abordagem punitiva produz efeito contrário ao esperado. Punição resulta em esforços cada vez maiores para esconder falhas, o que dificulta a identificação, análise e correção dos fatores implicados. Contrariamente à Promoção da Segurança do Paciente Pediátrico, punição e culpabilidade tornam muito mais difícil a redução dos erros. Assim, justifica-se a necessidade da medida proposta pela literatura revisada e pelas docentes quanto à necessidade da extirpação do caráter punitivo frente a erros e eventos adversos relativos ao cuidado com crianças internadas em hospitais.

Cabe ressaltar que o estabelecimento da Cultura da Segurança deve se dar como medida de prevenção, destacando-se o equilíbrio entre eficiência e a real possibilidade produtiva, a criação e a sustentação da confiança na organização, a gestão ativa e participativa nos processos de mudança, a participação dos profissionais nas decisões de desenho dos processos de trabalho e a implementação de cultura de aprendizado constante nas questões vinculadas ao processo de trabalho (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009).

A busca da extirpação do caráter punitivo a identificação de erros, o desenvolvimento de sistema de notificação dessas situações e o estudo de seus padrões de ocorrência reforçam a importância da abordagem sistêmica, na qual, todo o sistema deve ser considerado, ou seja, a solução é aprender com os erros, não por meio de análises individuais e sim, redesenhando o sistema para reduzir a presença

dos mesmos e criando uma Cultura de Segurança que permita a contínua possibilidade de gerenciar riscos (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009), servindo como subsídio para as instituições de saúde melhorar a qualidade, segurança e saúde em pediatria.

Assim, a vigilância individual apesar de necessária, não é suficiente para construir o cuidado seguro às crianças. A abordagem sistêmica, por sua vez, tem como princípio examinar falhas do processo que possam ter desencadeado o erro, e propor estratégias que visem impedir sua recorrência ou minimizar seu impacto caso ele atinja o paciente. Caracteriza-se assim, pela promoção da Cultura de Segurança, não punitiva e receptiva às mudanças e intervenções necessárias para um nível ótimo de segurança do paciente (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009).

O envolvimento do acompanhante na vigilância do cuidado com as crianças internadas em ambiente hospitalar também foi apontado na literatura pesquisada como outra medida de apoio para a promoção da segurança infantil.

A presença das mães foi relacionada à diminuição do tempo de internação, com a queda do índice de infecção hospitalar, queda do número de reinternações, diminuição do número de quedas e acidentes no ambiente hospitalar (CRISTO; MELLO; BERBET; BRAGA; KAMADA, 2005).

Acredita-se que a fiscalização e a vigilância dos cuidados prestados é o principal papel do acompanhante. A capacidade de observar, oferecer proteção e amparo à criança e ser questionadora são atitudes proativas das mães no processo de comunicação com os profissionais, sendo que a presença do acompanhante/cuidador foi considerada requisito para o desenvolvimento da Cultura de Segurança no contexto da hospitalização infantil (CRISTO; MELLO; BERBET; BRAGA; KAMADA, 2005).

A participação dos acompanhantes nos cuidados prestados à criança internada foi reconhecida como positiva pelas docentes entrevistadas, que reconheceram esta situação como facilitadora na manutenção da segurança da criança, se associada à informação e à orientação eficaz por parte da equipe multidisciplinar para tal.

A revisão e conferência de procedimentos realizados com as crianças, com o procedimento de dupla checagem e a consequente melhoria dos registros de procedimentos realizados foram outras medidas citadas pela literatura revisada para a promoção da segurança das crianças hospitalizadas.

Considera-se que o registro dos erros é o primeiro passo para o bom monitoramento da qualidade do atendimento na prática pediátrica. É uma ferramenta útil, desde que seja integrada na prática diária de todos que trabalham em unidades pediátricas: enfermeiros, médicos, técnicos e outros. Há necessidade de revisar e conferir os procedimentos realizados com as crianças e de melhorar a qualidade dos registros desses procedimentos. Concentração e cautela, somadas às medidas anteriores, potencializam a assistência segura (WEGNER; PEDRO, 2012). Em virtude dessa realidade, nota-se a necessidade de melhorar este processo nas unidades pediátricas (MELO; PEDREIRA, 2005).

A dupla checagem é um passo incluído na prevenção dos erros e eventos adversos relacionados aos procedimentos em pediatria. Adicionalmente, durante a passagem de plantão, o enfermeiro/equipe deve conferir a documentação e os registros corretos dos procedimentos realizados. Recomenda-se que essa estratégia deve ser adotada para todas as circunstâncias de cuidado, principalmente na realização de procedimentos e intervenções invasivas às crianças hospitalizadas (STARRE et al, 2012).

Como medida preventiva de erros e eventos adversos destacou-se também, a importância da abordagem da segurança pediátrica nos currículos das profissões da saúde e, na Enfermagem, em especial. Constatou-se que essa abordagem deve ser discutida como tema transversal durante a formação dos profissionais, atentando para a importância do tema no ambiente escolar, para que, quando esse profissional tenha contato com a criança, já esteja previamente sensibilizado dos perigos da intervenção não segura (WEGNER; PEDRO, 2012).

As docentes relataram que, muitas vezes, quem trabalha na área pediátrica está despreparado para tal. Em relação aos técnicos de enfermagem, segundo as entrevistadas, a maioria apresenta-se como cumpridores de tarefas, o que prejudica a manutenção do cuidado seguro. As docentes demonstram nítida preocupação com a qualidade de técnicos de enfermagem lançados no mercado de trabalho, que por falhas em sua formação irão necessitar de participarem de processos educativos para desenvolverem suas práticas profissionais a contento, principalmente na área pediátrica.

A educação permanente em saúde foi apontada na literatura revisada como proposta pedagógico-metodológica para (re)orientar os trabalhadores na saúde, sendo recomendada a realização de rodas de conversa entre os gestores e trabalhadores e responsáveis pelos pacientes, como estratégia para problematizar o tema em foco nos contextos de trabalho (WEGNER; PEDRO, 2012).

Dessa forma, pode-se destinar a todos um espaço de protagonismo na condução das ações locais de saúde/formação, possibilitando a verbalização dos problemas e nós críticos referentes ao processo de trabalho, encontrando soluções e encaminhamentos de maneira coletiva (WEGNER; PEDRO, 2012).

Entre as medidas elencadas pela presente revisão integrativa de literatura, salientou-se a implementação de programas de certificações de qualidade nos hospitais com enfoque no paciente pediátrico associado à implantação de indicadores de Segurança Pediátrica para medição de processos, por meio da adoção de protocolos e diretrizes de trabalho para segurança infantil.

As instituições de saúde devem adotar processos e diretrizes para fomentar o trabalho interdisciplinar e de colaboração e os programas de certificação e qualidade podem colaborar na instituição para o estabelecimento da já referida Cultura de Segurança (WEGNER; PEDRO, 2012).

A utilização de padrões, processos, diretrizes e certificações de qualidade se faz necessária para a prevenção dos erros tanto quanto a utilização de tecnologias da informação para coordenar a assistência administrada por toda a equipe à criança. Além disso, há evidências de que a incorporação de tecnologias e sistemas de informação na prática assistencial é uma estratégia de sucesso na prevenção de erros. Destaca-se que vários países têm angariado esforços para a informatização integrando os sistemas de saúde, fornecendo informações relativas aos pacientes nos diversos locais de prestação de assistência, que promovem a prevenção de erros pediátricos (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011).

A tecnologia da informação tem um grande potencial para minimizar erros nos pacientes pediátricos. Como visto no que se refere à prevenção de erros com medicações, o sistema computadorizado é importante para coordenar a assistência dada à criança promovendo a segurança de modo geral (HICKSON, 2001).

Outra medida para a promoção da segurança infantil encontrada pela revisão integrativa realizada foi a necessidade do incentivo da produção do conhecimento e o consumo de pesquisas sobre esse tema, incentivando a integração da equipe de

saúde hospitalar em rodas de discussão quanto à possibilidade de erros no cuidado dessa população. Sabe-se que a produção do conhecimento e o consumo de pesquisas sobre a segurança do paciente pediátrico pode subsidiar a socialização e a expansão do assunto em todos os contextos da sociedade contemporânea (WEGNER; PEDRO, 2012).

Práticas baseadas em evidências precisam ser mais investigadas na população pediátrica, com a difusão de pesquisas na área, e inclusão do tema nos currículos escolares (WEGNER; PEDRO, 2012).

Outra medida que se revelou neste estudo como muito importante para a promoção da segurança das crianças hospitalizadas foi a necessidade de se abolir a cultura que a equipe de enfermagem possui de “silenciar” monitores, bombas de infusão e ventiladores mecânicos dos pacientes pediátricos, quando esses estão alarmando. Sabe-se que esses podem estar identificando intercorrências importantes para a manutenção da vida da criança (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012).

Segundo as docentes, preparar o estudante para o cuidado seguro deve se dar desde sua formação escolar, desenvolvendo a responsabilidade de se prestar o cuidado adequado. Neste sentido, cabe complementar, que há a necessidade da abordagem da ética profissional no processo ensino aprendizagem dos técnicos de enfermagem (BRASIL, 2000).

Preparar lideranças do hospital para melhorias dos processos de trabalho e tratamento sistêmico de erros no cuidado de crianças hospitalizadas revelou-se como um dos principais pontos para a promoção da segurança pediátrica. A supervisão do enfermeiro na atuação direta da equipe deve ensejar a tomada de decisão, fundamentada no conhecimento científico, amparado na legislação, que promova a

garantia da segurança e proteção da criança (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI; PEDRO, 2009).

O desenvolvimento de atitudes proativas e de liderança por parte dos profissionais no contexto da segurança do paciente constitui premissa essencial no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes pediátricos (BELELA; PEDREIRA; PETERLIN, 2011).

As docentes consideram que existe interrelação entre a maneira de liderar e a existência ou prevalência dos erros no ambiente hospitalar. Segundo seus depoimentos, para que o enfermeiro possua competência em liderança, deverá ter percepção aguçada para identificar as necessidades de sua equipe e poder treiná-la a fim de obter ótimos resultados em relação à qualidade do cuidado pediátrico.

A utilização de indicadores de segurança pelas unidades hospitalares, como medida de prevenção dos erros e eventos adversos para alicerçar posteriormente a capacitação dos profissionais, tem sido usada amplamente em pacientes adultos. Porém, apenas recentemente, em pediatria, o interesse na medição do desempenho do cuidado prestado está aumentando. Vários países como Canadá e Austrália, estão desenvolvendo quadros, através de estudos com medidas de qualidade apontadas através de indicadores para a saúde pediátrica (PROFIT, 2010).

Os artigos incluídos na presente revisão integrativa da literatura defendem o uso de indicadores como uma abordagem para medir a qualidade da assistência ao paciente pediátrico e controlá-la. A intenção dos indicadores seria fornecer uma ferramenta de triagem útil para identificar processos de cuidado pediátrico na perspectiva da segurança (MILLER; ZHAN, 2004). Porém, as docentes não fizeram menção alguma sobre a importância dessa temática para o monitoramento e medição da segurança da criança.

O documento “Principles of Patient Safety in Pediatrics” (Princípios de Segurança para Pacientes Pediátricos) da Academia Americana de Pediatria adotou recomendações para a segurança do paciente exclusivamente pediátrico onde se destacam as seguintes medidas: atuar em equipe a fim de criar ambientes de prática seguros e prevenir a ocorrência de erros; focar a abordagem sistêmica para a promoção da segurança do paciente pediátrico, com prevenção de erros, elaborando sistemas para identificação e notificação, possibilitando assim que se aprenda com eles; explorar os problemas relacionados aos erros de dose em pediatria, em especial devido à complexidade de seu cálculo; direcionar ações específicas voltadas à segurança do paciente em pediatria e desenvolver guias de cuidado a fim de coordenar ações de intervenção para a promoção da segurança desse grupo; Implementar práticas seguras com medicação; conduzir pesquisas de análise dos erros em pediatria a fim de identificar estratégias de intervenção (HICKSON, 2001). Essas propostas corroboram com as encontradas na literatura incluída na revisão integrativa realizada.

Passando a discutir os achados sobre a inserção do tema da promoção da segurança do paciente pediátrico no ensino técnico de enfermagem, apesar da incipiente produção científica encontrada sobre esse tema (Quadro 5), bem como da insuficiente abordagem do mesmo, no contexto estudado (Tema 2: *A Saúde da Criança, atualmente, é pouco abordada na formação dos técnicos de enfermagem e O conteúdo sobre a promoção da segurança de crianças internadas não está suficientemente inserido no ensino técnico de enfermagem*), foi possível confirmar a propriedade dessa proposta.

Das publicações que abordaram o ensino da temática (WALTON et al 2006; SANTOS et al 2011; CARARRO et al 2012; RUSSELL et al 2012), apenas duas

discorreram sobre a necessidade da inclusão da mesma nos currículos das escolas de graduação em enfermagem (WEGNER et al 2012; RUSSELL et al 2012), ambas de 2012, e apenas uma dessas publicações abordou especificamente a inserção, no ensino, o tema da promoção da segurança do paciente pediátrico (RUSSELL et al, 2012).

O Ministério da Educação do Brasil apresenta os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde que contém as competências, habilidades e bases tecnológicas como elementos para embasar a organização dos currículos da educação profissional (BRASIL, 2000). Esse documento traz que as escolas de nível médio terão autonomia na composição dos seus desenhos curriculares, desde que, independente da configuração do currículo, sejam contempladas todas as competências profissionais gerais do técnico de nível médio em Saúde, constantes da Resolução nº 4/99 do CNE e arroladas no núcleo dessa área. Cabe destacar que, embora as matrizes curriculares tenham sido resultado de ampla discussão com profissionais e especialistas da área, certamente dão margem e espaço para esperadas complementações, adequações e ajustes por parte dos sistemas e estabelecimentos de ensino (BRASIL, 2000).

Assim, os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde (BRASIL, 2000) conferem autonomia para as escolas de nível médio na área da saúde para configurarem seus currículos conforme suas necessidades, desde que contemple as competências necessárias para a formação do técnico de enfermagem, reconhecendo que, mesmo diante de discussões sólidas para estruturação das temáticas a serem desenvolvidas, ainda há possibilidade eminente da existência de lacunas e necessidade de adequação, fato identificado nas falas das docentes entrevistadas.

Como já apresentado na introdução deste estudo, o processo de trabalho descrito na subárea da Enfermagem nos referidos Referencias Curriculares está centrado nas ações do cuidar. Também, foi apresentado que nesse documento a temática “saúde da criança” é abordada em conjunto com a assistência do adolescente e da mulher, sendo previstas as competências e habilidades (a serem desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem a serem formados) e bases tecnológicas (tópicos seguidos pelos docentes para estruturar o roteiro de temas abordados) (BRASIL, 2000).

Lembrando, são ao todo 11 competências divididas entre a saúde da criança, adolescente e mulher, destas quatro focam a criança: Conhecer os aspectos biopsicossociais da saúde da criança; Conhecer os parâmetros de crescimento e desenvolvimento infantil nas diferentes faixas etárias; Identificar sinais e sintomas que indiquem alterações fisiológicas, psicológicas e patológicas da criança e do pré-adolescente, Identificar na criança e no pré-adolescente sinais e sintomas de submissão a riscos no desenvolvimento.

São descritas 14 habilidades necessárias, cinco focando o cuidado à criança como: Prestar cuidados de enfermagem ao recém-nascido e lactente sadios, doentes e em situações de risco; Prestar cuidados de enfermagem à criança e ao pré-adolescente sadio, doente e em situações de risco. Operar equipamentos e manusear materiais e instrumentos utilizados na assistência de enfermagem à criança e ao pré-adolescente; Realizar o controle antropométrico da criança e do pré-adolescente; Registrar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do pré-adolescente.

Diante da necessidade do desenvolvimento das competências e habilidades necessárias, são dispostas 29 bases tecnológicas para serem desenvolvidas como

temas nas aulas, dessas, cinco são à saúde da criança e duas delas ainda divididas com a saúde do adolescente e mulher, como: Noções da fisiologia, psicologia e patologias mais comuns na mulher, na criança e no adolescente; Estatuto da Criança e do Adolescente; Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC); Enfermagem em pediatria; Farmacologia: cálculo e administração de medicamentos em pediatria.

A literatura revisada aponta que no processo de formação, os profissionais da saúde não são preparados para avaliar e prevenir erros e eventos adversos de ocorrência hospitalar. O que ocorre é, portanto, o contrário do cuidar, é o descuido, que leva a uma situação de risco por uma atitude ou decisão, que pode ser desencadeada por uma série de fatores psíquicos, físicos e culturais (SANTOS; RADUNZ, 2011).

Considera-se que, embora se tenha oficialmente a intenção de uma ampla abordagem sobre Saúde da Criança pelos cursos técnicos de enfermagem, as experiências relatadas pelas docentes não confirmaram essa possibilidade, pelo contrário, constatou-se um curto período de tempo para abordar o que é proposto pelo MEC, bem como para introduzir novos conteúdos teóricos e práticos de interesse local (BRASIL, 2000), inclusive sobre a promoção da segurança da criança internada, como foi reconhecido pelas docentes entrevistadas.

Embasado nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde (BRASIL, 2000), o PPP da Enfermagem do Centro Paula Souza (2012), também associa no mesmo bloco didático a saúde da criança, do adolescente e da mulher. Apontando a temática: A hospitalização da criança e da família, mas não focando diretamente a segurança do paciente pediátrico neste ambiente.

Em vários momentos, as entrevistadas justificaram a não inclusão ou a abordagem insatisfatória dessa temática no ensino técnico de enfermagem que realizam, pela mesma não estar incluída nos PPP das escolas em que atuam que, por sua vez, seguem o que está disposto nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde (BRASIL, 2000). Talvez, tal documento não faz referência direta à promoção da segurança do paciente devido às discussões sobre isso serem mais presentes em meados de 1999, principalmente após a publicação americana do relatório “Errar é Humano” pelo Instituto de Medicina e Comitê de Qualidade e Cuidado a Saúde Americano (2000).

Pelos achados do presente estudo, pode-se propor, com base nas evidências científicas existentes e pelas experiências acumuladas há mais de 10 anos, a inserção como base tecnológica de cursos técnicos de enfermagem: Promoção da segurança do paciente em instituições de saúde.

Ressaltou-se, pela revisão integrativa realizada, a necessidade da facilitação dos estudantes no processo de compreensão da complexidade das organizações hospitalares, para que possam oferecer o cuidado seguro. As instituições de ensino de enfermagem devem realizar análises frequentes da sua prática em relação ao ensino da segurança, abordando programas para gerenciamento de risco e manutenção do cuidado seguro e de qualidade, sensibilizando os discentes para a importância e gravidade do tema, diminuindo a probabilidade de risco, pelo ganho prematuro de informações e estratégias, mesmo antes de adentrarem o mercado de trabalho (SANTOS; RADUNZ, 2011). Essa necessidade também foi identificada pelas docentes entrevistadas (Tema 2: *A promoção da segurança de crianças internadas precisa ser mais bem abordada nos cursos técnicos de enfermagem.*)

É fundamental o desenvolvimento da “visão” do estudante de enfermagem sobre a complexidade das instituições em que irão trabalhar. Recomenda-se que é necessário conhecer os fatores que envolvem e subsidiam a organização hospitalar como: o trabalho em equipe, o fator liderança, a fragilidade humana diante do erro, a necessidade da continuidade do cuidado e os eventos adversos envolvidos na má qualidade deste processo, a fadiga e estresse diário do profissional, para desenvolver mecanismos que permitam a interação da pessoa diante desta complexidade de fatores, trazendo segurança para o profissional e conseqüentemente para o paciente.

As docentes também consideram a necessidade de apresentar para os discentes desde o início da disciplina, aspectos sobre a infraestrutura adequada dos setores infantis para a segurança da criança, mas seguindo o plano de ensino vigente, abordam essa temática de forma fragmentada.

Sabe-se que as instituições de ensino da área da Saúde ainda realizam o ensino segundo o modelo biomédico, em que se prega o saber-fazer como predominante sobre o saber-ser. Especialistas em segurança de pacientes são unânimes em afirmar que a mesma depende, sobretudo, das pessoas, de sua forma de agir e reagir, de hábitos seguros e de processos de trabalho bem organizados, principalmente na área da saúde, em que os ambientes são altamente complexos e que qualquer equívoco pode causar danos severos e até irreversíveis a outros seres humanos (SANTOS; RADUNZ, 2011).

A segunda estratégia para a inclusão da promoção da segurança do paciente em cursos de enfermagem que foi apontada pela literatura (Quadro 5) e, com bastante frequência pelas docentes, consistiu na utilização de metodologias ativas do processo ensino-aprendizagem (Tema 2: *A aquisição de competência técnica e científica para*

o cuidado seguro prestado a crianças deve se dar por métodos ativos de ensino-aprendizagem.).

Postula-se que esse tipo esclarece ideias, proporciona aos estudantes a expressão de seus pensamentos, oralmente e por escrito e permite que eles articulem teoria e prática, mobilizando conhecimentos sobre esse tema (RUSSELL et al, 2012).

As docentes entrevistadas elegeram em seus discursos a Pedagogia da Problematização como a estratégia que mais se aproxima do ideal de ensino que buscam desenvolver, utilizando-se de situações como discussão em roda sobre os temas apresentados. Para elas, a Pedagogia da Transmissão, como destacado por Paulo Freire (1987), é desestimulante para os estudantes da atualidade. Citam que o professor deve ser mediador do conhecimento, e não mero transmissor.

Estudantes de enfermagem precisam de orientação estruturada para reflexão significativa sobre suas decisões frente à saúde da criança e, contrastando com os métodos tradicionais de ensino dos conteúdos, as estratégias ativas de ensino-aprendizagem envolvem os estudantes, esclarecendo-lhes ideias, aplicando conceitos de cenários realistas, estimulando-os a expressar seus pensamentos e permitindo a auto reflexão (RUSSELL et al, 2012).

Assim, considerando-se os postulados de Paulo Freire, bem como as estratégias propostas pela revisão integrativa realizada e nos depoimentos colhidos junto às docentes do ensino técnico de enfermagem, é fundamental que seja utilizado o método da Problematização. Esse método baseia-se em uma relação horizontal, dialógica e participativa, em que não existe um que sabe e outro que não sabe, mas um educador que pode aprender com os educandos e educandos que podem aprender com o educador, em uma possibilidade permanente de troca de conhecimentos (SILVEIRA et al, 2005).

O Círculo de Cultura proposto pela literatura revisada como um dos temas a serem abordados no ensino da promoção da segurança do paciente internado baseia as suas discussões em métodos problematizadores, trazendo a realidade para dentro da sala de aula. Na Problematização, os sujeitos, através do diálogo e do crescente desvelamento crítico da situação, procuram reconhecer-se como sujeitos da sua história, desencadeando uma reflexão relativa à suas práticas, problematizando-as, buscando desenvolver uma consciência crítica que os mobiliza para outra ação onde “problematizar é propor a situação como problema” (SILVEIRA et al, 2005).

Os autores anteriores consideram que a proposta de Paulo Freire pode marcar profundamente a formação profissional, política e afetiva dos educadores da área da saúde/enfermagem, inspirando práticas educacionais do Brasil e exterior. A prática da enfermagem reveste-se de forte componente educativo, seja com cliente, família, comunidade, seja com o educando. Para tanto, é realmente pertinente refletir sobre a educação vigente que, na maioria das vezes, é pouco crítica, colaborando para a acomodação de educandos e educadores. Isto implica repensar atitudes, mudar, renovar, repensar o real para transformá-lo a partir do movimento, do tempo, da historicidade. Esse desejo de mudança requer ações educativas pautadas em um agir ético, em uma transformação possível da postura profissional do enfermeiro, que depende do compromisso e do envolvimento entre educandos e educadores (RUSSELL et al, 2012).

Para que se possa exercer um cuidado crítico na Saúde e na Enfermagem, precisa-se compreender a educação como um instrumento que transforma o cuidado. Não deve ser, contudo, uma educação de transmissão, na qual o docente se vê como o detentor do saber, o que lhe dá poder para interferir e decidir pelas pessoas de quem está ensinado, mas sim educar, como na proposta de Paulo Freire, em que educação

é uma ferramenta de conscientização e transformação cujo eixo norteador é a participação do indivíduo nas decisões (CHAGAS et al, 2009).

Neste sentido, no limite entre teoria e filosofia da educação, há evidências de que o pensamento de Paulo Freire tem colaborado de forma significativa na construção de uma educação reflexiva na Enfermagem, incorporando a educação crítica e problematizadora, tendo como precursor o diálogo entre docentes e seus educandos; compreendendo o que é e para que serve a Educação, indo contra à proposta pedagógica ainda hegemônica do monólogo, batendo de frente com aqueles conteúdos prontos e preestabelecidos. Assim, se entende quem é o estudante, que ser é esse que está no mundo e com o mundo e como ele pode ser mais (MIRANDA; BARROSO, 2004)

Diante do exposto, torna-se possível compreender as várias referências dos docentes entrevistados sobre a necessidade da utilização de práticas educativas para aquisição de competências técnicas e científicas para o cuidado seguro prestado a crianças, por meio de métodos ativos de ensino-aprendizagem, visto a supremacia dos resultados proeminentes da valorização do estudante durante a facilitação do conhecimento.

Todavia, cabe ressaltar que mudanças no ensino para incorporar tais estratégias, as quais envolvem mesmo a superação do paradigma Positivista, já contestado teoricamente, mas que resiste na prática, consiste em complicado processo que exige considerável esforço coletivo (CHAGAS et al, 2009).

Além do uso de ferramentas com as descritas acima, para desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, outras estratégias de ensino foram encontradas na literatura revisada, como a necessidade de aplicar atividades que proporcionem ao estudante de enfermagem conceitos em cenários do mundo real.

Acredita-se que para pensar em educação na Enfermagem, torna-se necessário compreender a Educação como uma forma de intervenção no mundo, devendo sempre, docentes e estudantes de enfermagem estar atentos a que tipo de intervenção eles querem vivenciar, na medida em que se possa vincular teoria e prática, objetividade e subjetividade, transportando o estudante para situações reais, para que o ensino não seja tão abstrato e faça sentido (SANTOS; RADUNZ, 2011).

As docentes também confirmaram essa necessidade e ao comentarem sobre suas práticas acadêmicas, relataram utilizar a discussão de situações-problema emergentes de contextos de trabalho de enfermagem reais, buscando a gerando reflexão e discussão para a formação do pensamento crítico.

O uso de ferramentas que desenvolvam o pensamento crítico do discente foi apontada por Russell et al (2012) que recomendam incluir no ensino da promoção da segurança pediátrica, o uso de ferramenta capaz de desenvolver o raciocínio clínico para planejar e avaliar o cuidado aplicado ao paciente pelo profissional enfermeiro. Essa ferramenta foi denominada “Ferramenta da Segurança” e segue os passos de coletar os dados subjetivos e objetivos do paciente; planejar a assistência após análise dessa coleta; aplicar a assistência planejada; checar a resposta clínica do cuidado; avaliar se há necessidade de mudança de conduta, adequação, aperfeiçoamento, ou manutenção da assistência prestada. Na situação de ensino, todas as condutas e seus resultados devem ser discutidos posteriormente, com apresentação de casos aos colegas de sala pelos próprios estudantes (RUSSELL et al, 2012).

Assim, para a promoção da segurança do paciente pediátrico, foi também recomendado pelos artigos revisados o aproveitamento da interação entre estudantes e pacientes para o desenvolvimento do raciocínio clínico para a tomada de decisão

durante toda vida escolar, orientando-os quanto à percepção e a análise das mudanças no quadro clínico do paciente pediátrico, para assim, decidirem um plano de ação junto ao professor, avaliando as respostas e modificando ou não o cuidado.

As docentes destacaram a importância dos estudantes do curso técnico de enfermagem em desenvolver a capacidade de detectar as mudanças clínicas da criança internada, refletindo criticamente sobre seu quadro.

Ao encontro da necessidade de criticar e refletir sobre as alterações psicobiológicas de crianças internadas a estratégia da apresentação de sinopses de casos com o planejamento e resultados dos cuidados prestados na prática, para posterior discussão com os colegas em sala de aula foi recomendada pela literatura. Em convergência a essa ideia, as docentes trouxeram, em suas falas, a necessidade de sensibilização dos estudantes para o reconhecimento de prioridades na prática do cuidado. O fechamento, a conclusão do plano de cuidado garante o feedback necessário à construção do aprendizado do discente em relação as discussões sobre promoção da segurança da criança, fazendo com que o aluno perceba, em qual momento da realização ou planejamento do cuidado houveram falhas ou possibilidades de falhas e quais as atitudes preventivas foram utilizadas ou traçadas para o cuidado da clientela (RUSSELL et al, 2012).

Como proposto pelas docentes, sendo corroborada pela revisão integrativa realizada, a facilitação pelo docente da identificação, prevenção, gestão de erros e eventos adversos se revelou como estratégia fundamental para o ensino da promoção da segurança do paciente pediátrico. Isto, precisa se dar de uma forma em que erros nos cuidados não devem ser tratados individualmente, mas por meio de uma abordagem mais ampla e contextualizada, enfatizando a necessidade de germinar essa cultura no terreno escolar.

As docentes referiram que a composição entre o uso de laboratórios e das práticas em instituições de saúde, como cenários de ensino sobre os cuidados pediátricos, deve ser mais explorada pelas escolas técnicas de enfermagem. Houve a lembrança de que, apesar de já existir nas instituições hospitalares setores direcionados a cultura do treinamento, o foco do ensino não deve ser transferido totalmente como de responsabilidade para as instituições em que os profissionais irão trabalhar futuramente, pois isso seria prejudicial à segurança da clientela pediátrica.

As docentes reforçaram que a potencialidade das discussões problematizadas em sala de aula e na realidade no campo de estágio é grandiosa, e que os estudantes, que passam por tal experiência demonstram mais segurança e satisfação por saberem conduzir situações já exploradas anteriormente.

As discussões teóricas, as vivências em cenários de práticas e momentos posteriores de reflexão/discussão com colegas e professor possibilitam ao aluno o desenvolvimento de competências técnica, crítica e ética inerentes ao técnico de enfermagem, conforme consta dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional (2000) e, no caso do ensino voltado à segurança do paciente pediátrico, proporcionará aos estudantes a oportunidade de se instrumentalizarem para identificar e atuar de modo proativo em situações em que o cuidado estiver sendo realizado de forma errônea, em toda sua complexidade.

Outro ponto importante que foi destacado pela literatura revisada em relação ao ensino da promoção da segurança do paciente consiste na criação de sistemas de avaliação que removam as consequências punitivas para as ações errôneas dos estudantes, estimulando o diálogo aberto sobre os erros cometidos e as lições aprendidas pelo estudante com. As supervisoras/docentes precisam estar abertas às queixas dos discentes, em constante relação dialógica, de forma a intervir mais

prontamente sobre os estressores gerados no estágio, minimizando seus efeitos sobre a saúde individual e coletiva (RUSSELL, 2012).

Para as docentes, a avaliação não punitiva do desempenho do estudante deve ser feita de forma contínua e articulada, ao longo das disciplinas do curso técnico de enfermagem. As docentes afirmaram não ser interessante deixar os aspectos a serem avaliados e apontados para estudantes apenas no último dia de oferecimento dessas disciplinas, pois esses não terão possibilidade de refletir e melhorar seus desempenhos.

Utilizando-se, então de métodos de avaliação formativa e não somente somativa, acredita-se que os estudantes poderão desenvolver sensibilidade e aptidão para trabalhar profissionalmente a contento, e isto influenciará positivamente todo o trabalho da equipe (RUSSELL, 2012).

Espera-se, que a análise aqui apresentada possa estimular a realização de futuros estudos sobre a problemática da ocorrência de erros e eventos adversos relacionados aos cuidados de enfermagem, bem como subsidiar a proposição e adoção de propostas facilitadoras de transformação da formação e qualificação de técnicos de enfermagem, para promoção da segurança do paciente pediátrico, como a que se pode sistematizar com a presente pesquisa (Apêndice 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a realização do presente estudo possibilitou confirmar a relevância em se adotar medidas específicas de promoção da segurança no cuidado de enfermagem pediátrica, revelando a importância da qualificação dos profissionais dessa área para implementarem tais medidas, a ser realizada em diferentes momentos, desde sua formação escolar.

Os achados obtidos pela revisão integrativa da literatura foram ilustrados pelas concepções e experiências das docentes entrevistadas, mostrando-se convergentes, em sua maior parte, na citação dos possíveis tipos de erros e eventos adversos e de medidas para a promoção da segurança de crianças hospitalizadas, bem como nas estratégias propostas para a inserção desse tema no ensino de enfermagem.

Cabe destacar que houve dificuldade para discussão de parte dos resultados obtidos na presente pesquisa, devido à escassa produção científica específica sobre o ensino técnico em enfermagem em geral e, especialmente da voltada à promoção da segurança nos cuidados de crianças hospitalizadas. Também, foi constatada a abordagem fragmentada da temática segurança do paciente pediátrico na prática educativa das escolas técnicas, o que indica a necessidade de se desenvolver esse tema de forma transversal nos conteúdos programáticos das diferentes disciplinas existentes.

Constatou-se que são muitos os desafios a serem enfrentados pelas instituições hospitalares e de ensino para que haja o cuidado seguro para as crianças internadas, sendo que a formação adequada dos profissionais de saúde e de enfermagem é premissa básica para a concretização dessa realidade.

Por fim, considera-se que a maior contribuição deste estudo, configura-se na proposta sistematizada sobre conteúdos e métodos pertinentes à formação escolar para a promoção da segurança, que sirva para subsidiar escolas técnicas de enfermagem a abordarem essa temática, de modo a instrumentalizar os futuros profissionais para atuarem, na prática profissional, como agentes transformadores em prol do cuidado seguro de crianças hospitalizadas.

REFERÊNCIAS

- Andrade EC. Rankings in education: types, problems, information and changes analysis of the most important Brazilian official rankings. *Estud. Econ.* 2011 Apr-Jun; 41(2): 480-487.
- Antonio EMRA, Fontes TMP. A ética médica sob o viés da bioética: o exercício moral da cirurgia. *Ver col bras.* 2011; 38(5): 355-360.
- Avelar AFM. Soluções para a segurança do paciente- Enfermagem dia a dia: Segurança do Paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2009.
- Avelar FMA et al. Cartilha dos dez passos para a Segurança do paciente. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo COREN-SP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. São Paulo, SP: Yendis; 2010.
- Backes DS, Marinho M, Costenaro RS, Rupolo SNI. Rethinking the to be a nurse teacher in the perspective of the complex thought. *Rev. Bras. Enferm.* 2010 may-jun; 63 (3): 110-121.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Pinheiro A, Reto LA, tradutor. São Paulo: Edições 70; 2011.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [internet]. [acesso em 2014 jan 17]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
- Braumman A. Positive practice environments: quality workforce: quality patienty care. *International Council of Nurses.* 2007:65-69.
- Cabral A. Pedagogia do Oprimido [internet]. 36.ed. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 2005. [acesso em 2013 dez 26]. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.html>
- Carvalho EB et al. Efeito da bomba de infusão de soluções sobre o grau de hemólise em concentrados de hemácias. *Rev bras hemato. hemoter.* 2007; 29(2): 149-152.
- Carvalho JSF. A qualidade de ensino vinculada à democratização do acesso à escola. *Estud.av.* 2007 may-aug; 21(60): 81-92.
- Cassiane SHB. Acordos básicos de cooperação na Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente. Ata inaugural da constituição da rede no Brasil. São Paulo; 2008.
- CENTRO PAULA SOUZA. Perfil e Histórico. São Paulo. [acesso em 2013 abr 28]. Disponível em: <http://www.centropaulasouza.sp.gov.br.html>
- Chagas NR, Ramos IS, Silva, LF, Monteiro ARMM, Fialho AVM. Critical and Creative care: Contribution of Paulo Freire education for nursing. *Cienc.enfer.* 2009 ago; 15 (2):23-28.

Chirelli MQ, Mishima SM. The critical reflexive teaching learning process. Rev Bras Enferm. 2004 jun; 57(3):98-106.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL) Dados Estatísticos. 2011. [acesso em 2013 ago 6] Disponível em:<http://www.portalcofen.gov.br/2007htm>

Cristo RC, Mello MDA, Berbet EFV, Braga TG, Kamada J. O acompanhante no setor pediátrico de um hospital escola: uma atividade de extensão e pesquisa. Rev. soc bras enferm ped. 2005; 5(2): 25-34.

Cury MRCO, Neto FC, Zanetta DMT. Avaliação de concordância entre diagnóstico clínico e relatórios finais de autópsias em hospital universitário. Arq Ciênc Saúde. 2005 jan-mar; 12(1):3-7.

Cyrino EG, Pereira MLT. Discovery-based teaching strategies in health: problematization and problem based learning. Cad. Saúde Pública. 2004 may-jun; 20(3): 67-76.

Erdmann AL et al. A avaliação de periódicos científicos qualis e a produção. Rev Lat-Am Enferm. 2009; 17(3):403-9.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (BRASIL). LEI nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [acesso em 2012 jun 16] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

Fernandes JD et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. Rev Esc Enfer. 2005 dez; 39(4):223-33.

Ferreira MA. Communication in care: a fundamental task in nursing. Rev Bras Enferm. 2006 may-jun; 59 (3):16-24.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública, 2008 jan; 24(1): 17-27.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

Freire P. Pedagogia do Oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Research in Nursing & Health. 1987;(10):1-11.

Gomes JCM. Erro médico: reflexões. Rev Bioética. 2009; 2(2): 18-24.

Heidemann IBS, Boehs AE, Wosny AM, Stulp KP. Incorporação teórico conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. Rev Bras Enferm, 2010 mai-jun; 63(3): 416-20.

Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. Nursing Teaching and the national curricular directives: utopia x reality. *Rev Esc Enferm*. 2006 dez; 40: 213-26.

Junior JLS, Stocco L, Ishie RT, Cardoso JJD. Pneumotórax em hospital geral: análise dos casos e condutas. *Arq Catarinense de med*. 2007; 36(2):44-49.

Kobayashi R, Frias MAE, Leite M.M.J. Characteristics of papers on professional Nursing education in Brazil. *Rev Esc Enferm*. 2011 mar; 35 (1):45-54.

Lino MM et al. Posturas pedagógicas adotadas no ensino de enfermagem e saúde na região Sul do Brasil. *Rev. Bras. Enfermagem*. 2011 jan-feb;64 (1):23-39.

Maksoud J.G. O uso inadequado dos exames complementares em pediatria. *Rev pediatria*. 1995; 17(1): 3-4.

Mark BA, Harless DW, Berman WF. Nurse staffing and adverse events in hospitalized children. *Policy, Politics Nurs Practice*. 2007 may; 8(2):83-92.

Martins F, Alvim NA. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da Proposta Educativa Problematizadora com a Teoria do Cuidado Cultural de Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012 mar-abr; 65(2): 368-73.

Melo ABR, Silva LDD. Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm*. 2008 mar; 12(1): 166-72.

Mello DF, Lima RAG. Technical attainment, practical success and practical knowledge: Hermeneutical bases for child nursing care. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2009 jul-agov;17(4):245-53.

Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev bras epidemiol*. 2005 dez; 8(4): 35-44.

Mendes KDS, Silveira RCCP; Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Rev texto contexto enferm*. 2008 out-dez; 17(4):758.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 .ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BRASIL). Educação Profissional- Referências Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico - Área Profissional: Saúde. Brasília, DF; 2000.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BRASIL) LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 6.ed.Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara;2011.

Miranda KCL, Barroso MGT. Freire's contribution practice and critical education in nursing. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004 jul-aug; 12 (4): 16-24.

Mitre SM et al. Active teaching- learning methodologies in health education: current debates. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 dec;13 (2).

Miyadahira S, Francisco RP, Zugaib M. Quais são os exames que podem relacionar a asfixia no parto e a paralisia cerebral. *Rev assoc med bras*. 2006 may-jun; 52(3): 34-39.

Morin EA. Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.

Morita ABPS, Koizume MS. Estrategias de enseñanza y aprendizaje em enfermería: análisis por la Escala de coma de Glasgow. *Rev Esc Enferm*. 2009 set;43(3):35-47.

Moura ECC, Mesquita LFC. Education- lerning strategies accordind to nursing students' perception. *Rev Bras Enferm*. 2001 set-oct; 63 (5): 123-34.

Oliveira PC, Carvalho P. A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire. *Paidéia*. 2007; 17(37), 219-230.

Pedreira MLG, Harada MJCS. Enfermagem dia a dia: Segurança do Paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis; 2009.

Pedrosa KKA, Souza MFG, Monteiro AI. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. *Rev rene*. 2011 jul-set; 12(3):568-73.

Rabelo LAAA et al. Crianças necessitam de jejum antes de ultrassonografia abdominal. *Rev radio bras*. 2009 nov-dez; 44(6):14-17.

Rodrigues HW. Popper and the teaching- learning- process for troubleshooting. *Rev Direito GV*. 2010 jan-jun; 6 (1):13-25.

Santos L, Pereira GP. Tendência Progressista Crítico Social dos Conteúdos ou Pedagogia Histórico Crítica: Uma análise histórica do processo de construção dessa teoria. VI Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade". 2012 set. [acesso 2013 set 06] Disponível em http://www.educonufs.com.br/cdvicoloquio/eixo_02/PDF/42.pdf.

Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S. Safety and protection for hospitalized children: literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009 may-jun; 17(3): 45-9.

Silva BK, Silva JS, Gobbo AFF, Miasso AI. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. *Ver eletr de enferm*. 2007; 9(3): 712-723.

Silveira RSS, Lunardi VL, Martins CR, Maia AR, Mano PS. Conceptualizando a pratica da enfermagem a partir de Paulo Freire. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2005 maio-ago; 4 (2):56-162.

Siqueira BR. Aprendizagem baseada em problemas: uma estratégia das sociedades de controle [monografia]. Rio de Janeiro: Curso de especialização em ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Steiner JE. Knowledge: future challenges for Brazil. *Estud. Av.* 2006 jan-abr; 20(56):67-7.

Stutz BL, Jansen NAC. Ensino técnico na área da saúde: os desafios do processo de aprendizagem. *Psicol Esc Educ.* 2006 dez; 10 (2): 123-129.

Stum EMF, Maçalai RT, Kirchrer RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. *Rev texto contexto enf.* 2006 jul-set; 15(3): 464-71.

Trivínos A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 18. ed. São Paulo: Atlas; 2009.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39(3):507-14.

Vasconcelos CMCB, Backes VMS, Gue JM. La evaluación en la enseñanza de grado em enfermería em America latina: uma revisão integrativa. *Revista eletrônica trimestral de enfermagem*, 2011 jul.

Zaiuth G, Hayashi MCPI. A apropriação do referencial teórico de Paulo Freire nos estudos sobre educação CTS. *Rev bras cienc tec soc.* 2011 jan-jun;2(1):278-292.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient safety: forward programme. 2004 [Acesso em 2012 jun 15] Disponível em: <http://www.who.int/patientssafety/en/html>

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Classificação internacional para segurança do paciente. [Acesso em 2012 jun 15] Disponível em: <http://www.who.int/patientssafety/en/html>

APÊNDICES

Apêndice 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM DOCENTES DE CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Número da Entrevista: _____

Data da entrevista: _____ Horário: início: _____ término: _____ Duração: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: _____

Data da Graduação em Enfermagem: _____

Oportunidade de formação no tema: “Promoção da Segurança da Criança”

Tempo de atuação no serviço de saúde: _____

Local: _____

Tempo de atuação como docente de Curso Técnico de Enfermagem: _____

Tempo de atuação como docente de enfermagem pediátrica em curso técnico de enfermagem _____

1-Fale-me sobre o tema da segurança do paciente pediátrico em ambiente hospitalar.

2-Conte-me sobre sua experiência no ensino desse tema (segurança do paciente pediátrico em ambiente hospitalar)

3-Em sua opinião, como deveria ser o ensino técnico da promoção da segurança do paciente pediátrico em ambiente hospitalar?

4-Tem mais alguma consideração a fazer sobre o tema?

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Promoção da segurança no cuidado de enfermagem pediátrica: contribuições para o ensino Técnico”, que tem como objetivo geral: elaborar proposta sistematizada para o ensino técnico de enfermagem sobre promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas, com base na literatura especializada e a partir da perspectiva de docentes atuantes em escolas técnicas de enfermagem públicas do estado de São Paulo - Brasil. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa de pesquisa e, caso aceite participar da mesma, gostaria que soubesse que os dados serão obtidos por meio de entrevista, com duração de aproximadamente trinta minutos. As falas serão gravadas, e depois de transcritas, sendo que o conteúdo gravado será excluído após a transcrição. Quando terminar a análise dos dados, os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos e poderão ser apresentados em encontros científicos e publicados em revistas. Porém, a identidade dos sujeitos pesquisados será preservada em todos os momentos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados ou na qual trabalha. Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem de docência na área de Saúde da Criança. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável e de sua orientadora, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Este documento após aprovação do CEP será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador. Desde já agradeço!

Botucatu, ____ de _____ de 20__

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da pesquisa

Juliana da Silva Garcia¹

Pesquisadora

Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete²

Orientadora

Telefone para contato do CEP:3880-1608/3880-1609

¹ Rua Trinta e Dois, 749, Centro. Cep: 14780-130 Barretos São Paulo Tel. (17) 81399563. E-mail: mestradounesp28@yahoo.com.br

² Rua General Telles, 1396, apto. 121, Centro. Cep 13930-000 Botucatu São Paulo Tel. (14) 38821842. E-mail: pamp@fmb.unesp.br.

Apêndice 3

RELAÇÃO DOS ARTIGOS QUE FIZERAM PARTE DA REVISÃO INTEGRATIVA

A-Melo LR, Pedreira MLG. Erros de Medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. Rev. Bras Enferm 2005 mar-abr; 58(2); 180-5.

B-Walton MM, Shaw T, Ross J. Developing a national patient safety education framework for Australia. Qual Saf Health Care. 2006 15:437-442.

C-Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Safety and protection for hospitalized children: literature review. Rev Latino-am Enferm. 2009 maio-jun; 17(3): 410-6

D-Santos VEP, Randuz V. O estresse de acadêmicas de Enfermagem e a segurança do paciente. Rev. enferm. 2011 out/dez, UERJ, Rio de Janeiro, 19(4):616-20

E-Belela ASC, Pedreira MLG, Peterlin AS. Erros de medicação em Pediatria. Rev. BrasEnferm. 2011 maio-jun, Brasília; 64(3): 563-9.

F-Harada MJCS, Chanes DC, Kusahara DM, Pedreira MLG. Safety in medication administration in pediatrics. Acta Paul Enferm. 2012 25(4):639-42.

G-Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. Rev Latino-Am. Enferm. 2012 May-jun; 20(3): 427-34.

H-Carraro TE et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. 2012 sept; 33(3).

I-Yamanaka TI, Pereira DG, Pedreira MLG, Peterline MAS. Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. Rev. bras.enferm. 2007 mar-apr; 60(2): 31-4.

J-Silva T, Wegner W, Pedro ER. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. Rev. Eletr. [internet].2012 abr-jun;14(2):337-44.

K-Hickson GB et al. Principles of patient safety in pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics, 2001; 107-1473.

L-Miller MR, Zhan C. Pediatric patient safety in hospitals: a national picture in 2000. Official journal of the American academy of pediatrics. 2004; 113-1741.

M-Sedman A et al. Relevance of the agency for healthcare research and quality patient safety indicators for children´s hospitals. 2005; 115-135.

N-Slonim A et al. Pediatric patient safety events during hospitalization: approaches to accounting for institution-level effects. Health Serv. 2007 Dez, 42(6 pt 1): 2275-2293.

O-Profit J et al. Improving benchmarking by using na explicit framework for the development of composite indicators: an example using pediatric quality of care implement Sci. 2010; 5-13.

P-Starre CVD et al. Real-time registration of adverse events in dutch hospitalized children in general pediatric units: first experiences. Eur J Pediatric. 2012 March; 171(3):553-558.

Q-Russell BH et al. Safety: an integrated clinical reasoning and reflection framework for undergraduate nursing students. Journal of nursing education v.52 n.1 2012.

Apêndice 4

PROPOSTA SISTEMATIZADA PARA SUBSIDIAR O PLANEJAMENTO DE ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM SOBRE PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO CUIDADO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Curso de Pós Graduação em Enfermagem

Juliana da Silva Garcia Nascimento

Proposta sistematizada para subsidiar o planejamento de ensino sobre promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas em cursos técnicos de enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete

APRESENTAÇÃO

Este documento configura-se como produto da dissertação de mestrado intitulada Promoção da segurança no cuidado de enfermagem pediátrica: contribuições para o ensino técnico desenvolvida por Juliana da Silva Garcia Nascimento junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Curso Mestrado Profissional (2012 – 2014).

Trata-se de uma proposta sistematizada para subsidiar o planejamento de ensino técnico de enfermagem sobre promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas, que foi elaborada com base em revisão integrativa de literatura especializada e recente e a partir de contribuições de docentes atuantes em escolas técnicas de enfermagem públicas do estado de São Paulo – Brasil.

Esta proposta foi estruturada didaticamente em dois grupos: o primeiro pontua aspectos conceituais necessários ao ensino da promoção da segurança pediátrica, destacando as principais possibilidades de erros e eventos adversos de ocorrência em unidades pediátricas hospitalares e as medidas preventivas dessas ocorrências. O segundo grupo apresenta estratégias metodológicas a serem empregadas no

processo ensino-aprendizagem de escolas técnicas de enfermagem sobre a promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas.

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NO CUIDADO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

TÓPICOS A SEREM ABORDADOS

Principais erros e eventos adversos* no cuidado de crianças hospitalizadas:**

Analisando o conjunto de tipos de erros e eventos adversos que ocorrem no cuidado de crianças hospitalizadas, os quais foram identificados nesta pesquisa, verifica-se que o mesmo pode ser relacionado tanto às ações dos profissionais da equipe de saúde, incluindo os da enfermagem (ações diagnósticas, terapêuticas e de cuidados gerais), quanto àqueles decorrentes do contexto e cenário de sua ocorrência (características mais amplas de cunho institucional)

Erros resultantes de ações dos profissionais da equipe de saúde:

Jejum prolongado desnecessário;

Imprecisão do diagnóstico médico;

Solicitação indevida de exames;

Procedimento cirúrgico não agendado previamente;

Trauma obstétrico;

Corpo estranho deixado durante procedimento;

Erro no processo de medicação;

Erro no processo de hemotransusão;

Erro na manipulação de equipamentos e materiais, como agulhas, cateteres, sondas e drenos;

Falha no cuidado relativo à ventilação mecânica;

Falha no processo de reanimação cardiopulmonar;

Identificação incorreta ou ausente do paciente;

Comunicação ineficaz ou ausente no processo de cuidar;

Falta de pontualidade nas intervenções;

Erro na proteção.

Erros relacionados à estrutura e cultura organizacional da instituição:

Burocratização do atendimento;

Não aplicação ou seguimento incorreto de protocolos;

Ausência de treinamento ou rodas de discussão;

Admissão de colaboradores sem perfil;

Negligência da liderança (enfermeiro) no acompanhamento inicial do colaborador recém admitido;

Estrutura e localização inadequada do setor (planta física);

Dimensionamento inadequado de colaboradores;

Cultura da punição individual.

Eventos adversos causados por erros no cuidado de crianças hospitalizadas:

Infecção atribuída a erro nos cuidados;

Úlcera por decúbito prolongado;

Fratura por manipulação ou excesso de força;

Lesão devido a quedas;

Fratura por contenção mecânica desnecessária ou apertada;

Lesão por queimadura ou lacerações;

Queda;

Asfixia.

Nota de rodapé

* O termo evento adverso é definido como lesão causada pelo cuidado e não pela doença de um indivíduo. Mais especificamente, o evento adverso é conceituado como lesão não intencional que resulta em alguma incapacidade, disfunção transitória ou irreversível e/ou prolongamento do tempo de permanência no hospital ou morte, como consequência do cuidado prestado (MENDES et al.,

2005, MENDES et al., 2008). Segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP), erro pode ser definido como falha não intencional na condução de uma ação planejada ou aplicação incorreta do plano de trabalho (WHO, 2009). O erro (falha na ação ou aplicação da conduta) pode ocasionar o evento adverso (lesão já instalada), sendo que o mesmo evento adverso nem sempre está relacionado a erro (YAMANAKA et al, 2007).

** As circunstâncias de cuidado envolvem a ação propriamente dita (intervenção, procedimentos, condutas), a equipe (profissionais), os pacientes (crianças), o contexto (processos de trabalho, corporações, regimentos, regras, cultura hospitalocêntrica) e o cenário (hospital e unidades de internação). Esses elementos das circunstâncias de cuidado devem contribuir e influenciar o cuidado seguro na atenção à saúde, mas existem assincronias/desvios relacionados aos mesmos, que materializam os erros e eventos adversos no arcabouço sistêmico que constitui a segurança do paciente (WEGNER; PEDRO, 2012).

Medidas preventivas: divididas em medidas específicas para os erros de medicação e medidas direcionadas para os erros em geral.

Medidas Relativas ao erro de medicação:

Farmácia com ambiente físico adequado à pediatria, especialmente no que se refere à padronização dos medicamentos e armazenamento, com rotulagem clara e precisa dos mesmos;

Disponibilização de material e equipamentos adequados para administração de medicamentos em crianças;

Assistência contínua do farmacêutico, disponível 24 horas mesmo a distância;

Acesso facilitado às informações relevantes sobre medicamentos pediátricos;

Implantação de sistema de doses unitárias e com código de barras para administração de medicamentos pediátricos;

Implantação de prescrição médica eletrônica, estabelecendo limites adequados de doses para pediatria (padronização de escalas e sistemas de mensuração da criança);

Capacitação dos profissionais de saúde quanto à prescrição, rotulagem, distribuição, administração e monitoramento da medicação pediátrica, principalmente para equipe técnica de enfermagem;

Educação e envolvimento de pacientes e familiares no processo de medicação;

Estabelecimento de políticas adequadas para “ordens verbais” e sobre medicamentos administrados pela mãe ou acompanhante;

Disponibilização de equipe de enfermeiros especialistas em pediatria, para realizarem prescrição de enfermagem quanto aos cuidados de preparo, administração e monitoramento dos resultados da terapia medicamentosa pediátrica;

Estabelecimento de protocolos institucionais no que tange a terapia medicamentosa para crianças privativa do enfermeiro;

Utilização de bombas de infusão volumétricas para promover maior acurácia nas infusões intravenosas em crianças;

Utilização de protocolos e de sistema de alerta para medicamentos pediátricos de risco e para interação medicamentosa, conforme faixa etária da criança, tipo de atendimento e terapêutica medicamentosa prescrita;

Utilização de formulários que contenham área específica para registros de pesos e alergias das crianças;

Documentação cuidadosa do processo que envolve a administração dos medicamentos pediátricos;

Utilização dos sete certos como metodologia de prevenção: paciente, leito, fármaco, horário, via, orientação e documentação;

Medidas em Geral:

Desenvolvimento da Cultura de Segurança (identificação do erro no cuidado com crianças e estudo do seu padrão de ocorrência);

Desenvolvimento de sistema de notificação de erros no cuidado com crianças;

Envolvimento do acompanhante na vigilância do cuidado com crianças;

Revisão e conferência de procedimentos realizados com as crianças, fazendo a dupla checagem;

Melhora e qualificação dos registros de procedimentos realizados em pacientes pediátricos;

Extirpação do caráter punitivo frente ao erro no cuidado com crianças;

Abolição da abordagem individual na ocorrência de erro no cuidado com crianças e introdução de abordagem sistêmica;

Inclusão da temática promoção da segurança do paciente pediátrico nos currículos das profissões da saúde;

Implementação de programas de certificação e qualidade em hospitais focando o paciente pediátrico;

Incentivo a produção do conhecimento e o consumo de pesquisa sobre a segurança do paciente pediátrico;

Adoção de processos, protocolos e diretrizes de trabalho para promoção da segurança do paciente pediátrico em hospitais, através de práticas seguras;

Integração da equipe de saúde em rodas de discussão sobre erros no cuidado de crianças;

Abolição da cultura de silenciar monitores, bombas e ventiladores mecânicos dos pacientes pediátricos;

Treinamento das lideranças do hospital para melhorias dos processos de trabalho e tratamento sistêmico de erro nos cuidados com crianças;

Utilização da tecnologia da informação para coordenar a assistência às crianças por toda a equipe de saúde;

Estruturação e organização do conhecimento sobre segurança do paciente pediátrico através da utilização de indicadores de segurança pelas unidades hospitalares;

Educação formal como estratégia para a promoção da segurança do paciente pediátrico;

Implementação do Guia da American Academy of Pediatrics;

Estratégias metodológicas a serem empregadas no processo ensino-aprendizagem de escolas técnicas de enfermagem sobre a promoção da segurança no cuidado de crianças hospitalizadas;

Ajudar os estudantes a compreenderem a complexidade das organizações para oferecer cuidado seguro;

Utilizar metodologias ativas, esclarecendo ideias e proporcionando aos estudantes a expressão de seus pensamentos, oralmente e por escrito;

Aplicar atividades que proporcionem aos estudantes de enfermagem a abordagem de conceitos em cenários do mundo real;

Usar ferramentas que desenvolvam o raciocínio clínico para planejar e avaliar o cuidado de crianças, norteando a prática dos estudantes;

Aproveitar a interação estudante-paciente para o desenvolvimento de raciocínio clínico e prática de tomada de decisão durante toda vida escolar, orientando-os quanto à percepção e à análise das mudanças no quadro clínico do paciente pediátrico, para decidir um plano de ação junto ao professor, avaliando as respostas e modificando ou não o cuidado;

Apresentar sinopses de casos com o planejamento e resultado dos cuidados prestados na prática, para discussão com os colegas;

Facilitar a identificação, prevenção e gestão de erros e eventos adversos;

Estimular o diálogo aberto sobre os erros cometidos e as lições aprendidas;

Evitar cuidados em locais errados, procedimentos errados e tratamentos errados;

Facilitar o processo da medicação refletindo sobre segurança do paciente;

Criar critérios de avaliação que removam consequências punitivas para as ações dos estudantes;

Refletir ao final sobre o dia de estágio e sobre o impacto das decisões tomadas;

Ensino dos 10 passos para a segurança do paciente.

Considerações finais

A formação adequada dos profissionais de saúde e de enfermagem é premissa básica para a concretização da promoção da segurança do paciente pediátrico. Apresentamos aqui uma proposta sistematizada sobre conteúdos e métodos pertinentes a esta temática para subsidiar escolas técnicas de enfermagem na construção do ensino, baseada na apreensão de docentes da área pediátrica e na literatura, instrumentalizando os futuros profissionais para atuarem, na prática profissional, como agentes transformadores em prol do cuidado seguro de crianças hospitalizadas.

Referências

Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev bras epidemiol.2005 dez; 8(4): 35-44.

Mendes KDS, Silveira RCCP; Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Rev texto contexto enferm. 2008 out-dez; 17(4):758.

Yamanaka TI, Pereira DG, Pedreira MLG, Peterline MAS. Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. Rev bras enferm. 2007 mar- apr; 60(2): 31-4.

Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. Rev Latino-Am Enferm. 2012 May-jun; 20(3): 427-34.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Classificação internacional para segurança do paciente. [Acesso em 2012 jun 15] Disponível em: <http://www.who.int/patientssafety/en/html>

ANEXOS

Anexo 1



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 05 de novembro de 2012

Of. 524/2012

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Vera Lúcia Pamplona Tonete
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^ª. Vera,

De ordem do Senhor Coordenador, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4396-2012) Promoção da Segurança no Cuidado de Enfermagem Pediátrica: Contribuições para o Ensino Técnico, a ser conduzido por Juliana da Silva Garcia, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 05/11/2012.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

