



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Natalia Fernanda Vitipó Cadavez


**As ações intencionais da equipe de enfermagem acerca dos seus registros e a
segurança da criança hospitalizada**

Rio de Janeiro

2017

Natalia Fernanda Vitipó Cadavez

As ações intencionais da equipe de enfermagem acerca dos seus registros e a segurança da criança hospitalizada



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sandra Teixeira de Araújo Pacheco

Coorientadora: Prof.^a Dra. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

C122 Cadavez, Natalia Fernanda Vitipó.
As ações intencionais da equipe de enfermagem acerca dos seus registros e a segurança da criança hospitalizada / Natalia Fernanda Vitipó Cadavez. – 2017.
101 f.

Orientadora: Sandra Teixeira de Araújo Pacheco.
Coorientadora: Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Registros de enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Criança hospitalizada. 4. Enfermagem Pediátrica. I. Pacheco, Sandra Teixeira de Araújo. II. Rodrigues, Benedita Maria Rêgo Deusdará. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Natalia Fernanda Vitipó Cadavez

As ações intencionais da equipe de enfermagem acerca dos seus registros e a segurança da criança hospitalizada

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 11 de dezembro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sandra Teixeira de Araújo Pacheco (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues (Coorientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Lia Leão Ciuffo
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todas as crianças que se encontram nos leitos hospitalares,
em especial aquelas por mim assistidas ao longo da trajetória como Enfermeira.
E a todos os profissionais de enfermagem que me auxiliaram no desenvolvimento de minhas
habilidades técnicas e reflexivas.
Que este estudo contribua para a valorização do cuidado de Enfermagem e garanta uma
assistência mais segura.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que guiou minha mente e mãos durante a construção do meu estudo, por ter acalmado meu coração em alguns momentos durante esta caminhada, me dando força para suportar os momentos de fraqueza e incertezas. E à minha protetora de todo momento, Nossa Senhora de Fátima, que sempre me rege, protege e ilumina!

Aos meus pais, Carlos e Hilda, pelo constante incentivo, dedicação e amor, por sempre terem acreditado que eu era capaz de crescer profissionalmente. Não tenho palavras para agradecer o esforço que sempre fizeram, principalmente para que eu tivesse uma educação de qualidade. Muito obrigada pelas palavras e gestos de carinho que me proporcionam. Vocês são fundamentais em minha vida! Amo muito vocês.

Ao meu marido João Marcos, pelo amor e companheirismo que me dedica todos os dias, e pelo constante apoio e compreensão nos momentos em que estive ocupada ao longo desta jornada. Muito obrigada por sempre estar ao meu lado, por me mostrar que posso sim enfrentar os períodos difíceis, por piores que pareçam, e que no final tudo dará certo. Sou imensamente grata por ter você como meu melhor amigo e namorado eterno. Obrigada por sempre fazer de tudo para que eu seja feliz. Amo você hoje mais do que ontem e amanhã mais do que hoje!

Aos meus sogros Fernando e Rosângela, e minha cunhada Ana, agradeço a receptividade e o carinho com que sempre me acolheram, de forma afetuosa em sua casa. Obrigada por acreditarem na minha carreira.

À dona Tania, que sempre me recebe de forma tão amorosa e me encoraja a crescer. Obrigada por ter me acolhido como neta.

A todos os meus familiares que, das mais diversas formas, contribuíram para que este trabalho fosse concluído.

Aos meus amigos, que, por vezes, acompanharam bem de perto minha trajetória, compartilhando comigo momentos de felicidade, alegrias, comemorações e também de incertezas, ouvindo cada uma das minhas reclamações, tentando, dentro do possível, me ajudar oferecendo seu ouvido, ombro ou palavra amiga.

Às professoras que participaram da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Lia Leão Ciuffo e Prof.^a Dr.^a Elisa da Conceição Rodrigues, por prontamente aceitarem o meu convite e terem sido tão cuidadosas ao analisarem o meu estudo. Muito obrigada pelas sugestões e por terem tornado o meu texto mais rico.

À querida Prof.^a Dr.^a Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas, pela receptividade e amorosidade que lhe são peculiares. Muito obrigada pelos nossos encontros sempre agradáveis e mensagens cheias de carinho. Suas contribuições foram únicas e muito enriquecedoras. Foi um imenso prazer ter lhe conhecido e ter absorvido um pouco de seus ensinamentos.

À minha eterna Prof.^a Dr.^a Sandra Teixeira de Araújo Pacheco, por sempre ter acreditado em meu potencial. Não tenho como agradecer todo o conhecimento a mim transmitido desde a graduação, por sempre me instigar a pesquisar e a fazer o melhor. Obrigada por ter me possibilitado tamanho crescimento.

À minha grande orientadora Prof.^a Dr.^a Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, por ter me acolhido de forma tão maternal ao longo desses dois anos. Quantos ensinamentos de vida e carreira pude ter o prazer de desfrutar a cada encontro. Pessoa com uma sensibilidade ímpar, capaz de compreender o próximo com poucos instantes de convívio. Sou imensamente grata pelas lições a mim ensinada com tanta dedicação e amor. Concluo o mestrado com um novo olhar sobre a vida e a Enfermagem.

Às minhas companheiras de mestrado Cristiane e Tuani, e às doutorandas Juliana Maciel e Ana Cláudia, pelo apoio e ajuda ao longo dessa jornada, além das alegrias, tristezas e dúvidas compartilhadas.

Aos companheiros do grupo de pesquisa em Saúde da Criança, pelas contribuições ao estudo e troca de experiências a cada encontro.

A todos os pacientes por mim assistidos ao longo da trajetória como Enfermeira, em especial as crianças, que me ensinaram e despertaram em mim a vontade de cada vez desempenhar cada vez mais um trabalho com qualidade.

Aos enfermeiros e técnicos de enfermagem que aceitaram fazer parte da minha pesquisa, destaco, principalmente, o carinho e apoio com que me receberam a cada coleta de dados.

À Diana Amado, Bibliotecária da UERJ, por toda a atenção a mim dedicada na formatação deste trabalho.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este estudo fosse realizado.

A vida é fruto da decisão de cada momento.

Talvez seja por isso que a ideia de plantio seja tão reveladora sobre a arte de viver.

Viver é plantar.

É atitude de constante sementeira, de deixar cair na terra de nossa existência as mais diversas formas de sementes.

Cada escolha, por menor que seja, é uma forma de semente que lançamos sobre o canteiro que somos.

Um dia, tudo o que agora silenciosamente plantamos, ou deixamos plantar em nós, será plantação que poderá ser vista de longe...

Padre Fábio de Melo

RESUMO

CADAVEZ, Natalia Fernanda Vitipó. **As ações intencionais da equipe de enfermagem acerca dos seus registros e a segurança da criança hospitalizada.** 2017. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O registro é a forma de comunicação escrita de informações relevantes a respeito do cliente e de seus cuidados; com isso, se torna elemento indispensável no processo de cuidar, uma vez que, escrito de maneira adequada, retratando a realidade, torna possível a comunicação permanente. Problemas na comunicação podem ocasionar danos ao paciente, aumentar o tempo de internação e uso ineficiente de recursos. O objeto do estudo é o registro da equipe de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente pediátrico. E os objetivos são: descrever quais elementos devem estar presentes nos registros da enfermagem de pediatria, na ótica da equipe de enfermagem; apreender a perspectiva da equipe de enfermagem ao realizar os registros; analisar a ação intencional de realizar os registros pela equipe de enfermagem e sua correlação com a segurança do paciente pediátrico. Trata-se de estudo de natureza qualitativa, pautado na Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz, realizado em enfermagem de pediatria de um Hospital Universitário, localizado no município do Rio de Janeiro, com a participação de 20 profissionais de enfermagem (04 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição, com o CAAE n.º 63991416.3.0000.5282, Protocolo n.º 1.908.487. Durante toda a pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista fenomenológica, realizada em um espaço reservado dentro da enfermagem de pediatria, durante o período de março a abril de 2017. A partir das falas dos participantes da pesquisa, emergiram três categorias que possibilitaram compreender os motivos “para” da ação dos profissionais de enfermagem ao realizarem os seus registros – ou seja, a intencionalidade destes –, tendo como denominações as categorias concretas do vivido: Visar a segurança da criança hospitalizada na perspectiva do tratamento; Registrar as ações de enfermagem no prontuário da criança para facilitar a comunicação da Equipe de Saúde; Respalda legalmente o profissional frente à assistência prestada ao paciente pediátrico. Dar voz a esses profissionais proporcionou o entendimento do significado do ato de registrar para cada um. Foi possível perceber que o cuidar está intimamente relacionado à sua bagagem de conhecimentos, tendo esta sido adquirida ao longo de sua vida por meio da vivência pessoal e profissional. Assim, foi possível compreender que, para a equipe de enfermagem, ao realizar a ação de registrar, tem-se como pretensão garantir a segurança da criança hospitalizada, facilitar a comunicação da equipe de saúde e respaldar-se legalmente. Espera-se que esta temática venha contribuir para um olhar mais atento por parte dos profissionais de enfermagem ao registro que é realizado, a fim de que ele se torne mais valorizado na assistência, proporcionando maior segurança à criança assistida, ao profissional e à instituição.

Palavras-chave: Registros de Enfermagem. Segurança do Paciente. Criança Hospitalizada.

Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

CADAVEZ, Natalia Fernanda Vitipó. **The intentional actions of the nursing team about its records and the safety of the hospitalized child.** 2017. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Records may be defined as the form of written communication of relevant information regarding the customer and its care, that is why they become indispensable elements in the caring process, because, when written accurately, portraying reality, they allow continuous communication. Communication problems may cause harm to the patient, increase length of stay, and also imply ineffective use of resources. In light of the foregoing, the object of this study is the record of the nursing team from the perspective of the safety of the pediatric patient. And the objectives are: to describe which elements should be present in the records of the Pediatric Nursing from the standpoint of the nursing team; to understand the perspective of the nursing team when performing the records; to analyze the intentional action of performing records by the nursing team and their correlation with the safety of the pediatric patient. This is a qualitative study grounded on the sociological phenomenology of Alfred Schutz, which was held at a Pediatric Nursing of a University Hospital located in the city of Rio de Janeiro, with the participation of 20 nursing professionals (04 nurses and 16 nursing technicians). This study was submitted and approved by the Ethics Committee of the Institution, under CAAE n° 63991416.3.0000.5282 and Protocol n° 1.908.487. During the course of this survey, we complied with the ethical aspects established in Resolution 466/12 of the National Health Council. Data were collected through a phenomenological interview that was conducted in a reserved space within the pediatric nursing during the period from March to April 2017. From the speeches of the survey respondents, we raised three categories that enabled us to figure out the reasons “for” the action of the nursing professionals when performing their records, i.e., their intentionality. The denominations taken into account are the concrete categories of the experienced: To seek the safety of hospitalized child from the perspective of the treatment; To record the Nursing actions in the child’s medical chart to ease up the communication of the Health Team; To support the professional in a legal manner in the face of the care provided to the pediatric patient. By giving voice to these professionals, we became able to understand the meaning of the act of recording for each of them. It was possible to realize that the act of caring for is intimately linked with their set of knowledge, which was acquired throughout life by means of personal and professional experience. Accordingly, it was possible to understand that, for the nursing team, when performing the action of recording, one intends to ensure the safety of the hospitalized child, ease up the communication of the health team and achieve legal support. We hope that this topic will contribute to a closer gaze on the part of the nursing professionals towards the records to be performed, with the purpose of making them more appreciated during the care actions, thereby providing the assisted child, the professional and the institution with a greater safety.

Keywords: Nursing Records. Patient Safety. Child Hospitalized. Pediatric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Principais assuntos abordados nos artigos selecionados.....	22
Figura 2 - Estruturação do registro de enfermagem.....	29
Figura 3 - Riscos à segurança do paciente.....	36
Figura 4 - Cuidar seguro.....	40
Figura 5 - Ação intencional.....	46
Figura 6 - Conceito dos motivos porque e para.....	46
Figura 7 - Elementos que devem estar presentes no registro para a equipe de enfermagem.....	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Resultados da busca de artigos nas bases de dados eletrônicos...	21
Quadro 2 -	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	58
Quadro 3 -	Elementos do registro de enfermagem: condições gerais e sintomas; condições físicas; sinais vitais; dispositivos e equipamentos	66
Quadro 4 -	Elementos do registro de enfermagem: alimentação; eliminações vesicointestinais; terapêutica e procedimentos realizados.....	68
Quadro 5 -	Elementos do registro de enfermagem: orientações; acidentes e intercorrências; condições do leito; acompanhante.....	70
Quadro 6 -	Elementos do registro de enfermagem: alergias/reações adversas; identificação do paciente; letra legível; assinatura/registo/carimbo.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	American Academy of Pediatrics
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPE	Cirurgia Pediátrica
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DIP	Doenças Infectoparasitárias
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
NESSA	Núcleo de Estudo da Saúde do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PP	Percentual de Preenchimento
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	CONTEXTUALIZANDO A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	18
1.1	Justificativa e relevância do estudo	20
2	BASES CONCEITUAIS	24
2.1	A comunicação na enfermagem	24
2.2	Registro de enfermagem: subsídio para uma comunicação efetiva	26
2.3	A segurança do paciente	31
2.3.1	<u>A segurança da criança hospitalizada</u>	37
3	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	41
3.1	A fenomenologia como método de pesquisa	41
3.2	A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz	44
3.2.1	<u>A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz e a enfermagem</u>	47
4	PERCURSO METODOLÓGICO	50
4.1	Cenário de estudo	50
4.2	Participantes do estudo	52
4.3	Aspectos éticos da pesquisa	52
4.4	Coleta de dados	54
4.5	Análise das falas	56
5	SITUAÇÃO BIOGRÁFICA	57
6	ANÁLISE COMPREENSIVA	60
6.1	Categoria I – Visar a segurança da criança hospitalizada na perspectiva do tratamento	61
6.2	Categoria II – Registrar as ações de enfermagem no prontuário da criança para facilitar a comunicação da equipe de saúde	74
6.3	Categoria III – Respaldar legalmente o profissional frente à assistência prestada ao paciente pediátrico	78
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICE A – Roteiro de Pesquisa	93
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94

APÊNDICE C – Vínculo do Pesquisador Principal.....	96
APÊNDICE D – Carta de Autorização para Realização da Pesquisa.....	97
ANEXO – Parecer de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	98

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O meu interesse acerca do registro de enfermagem surgiu a partir do meu vivido como profissional de enfermagem, tendo início durante a formação no Curso de Graduação na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mais especificamente na disciplina “Saúde, Trabalho e Meio Ambiente 3”. Naquele momento, nos foi desvelada sua definição, como deveria ser estruturado, o local adequado para a sua realização, suas implicações legais, bem como sua relevância para um atendimento seguro e de qualidade.

Porém, ao ingressar no campo de prática intra-hospitalar – segmento curricular obrigatório da disciplina supracitada –, deparei-me, por vezes, em diversos setores da instituição, com registros de enfermagem sendo realizados de forma incompleta ou contendo erros, tais como: não identificação de nome ou matrícula do paciente no impresso próprio; não colocação da data ou horário do registro e outros procedimentos realizados; rasuras; uso de corretivos; falta de assinatura/matricula/carimbo do profissional ao final da anotação; dentre outros.

Tais fatos levaram-me a refletir sobre o porquê de realizarem os registros daquela forma, se era por desconhecimento da maneira correta, se consideravam não ser importante ou indiferente para a prática assistencial; ou ainda, se poderia estar relacionado ao cansaço devido, muitas vezes, ao acúmulo de carga horária e a sobrecarga de trabalho.

Em 2011, ingressei como acadêmica bolsista numa instituição que estava em fase de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Nessa experiência, dentre alguns fatores que dificultavam a plena realização da SAE, a meu ver, destacou-se a deficiência nos registros de enfermagem, pois eles eram realizados de forma deficitária, uma vez que se dava grande valor às prescrições médicas em detrimento das ações de enfermagem. Com isso, deixava-se de registrar diversos dados importantes que poderiam embasar a assistência de enfermagem prestada, elevar a sua qualidade e beneficiar o paciente, garantindo sua segurança e integralidade do cuidado.

Já a minha aproximação com a área de Saúde da Criança se deu ao longo da graduação, por intermédio da subárea V “Atenção Integral à Saúde da Criança”. Porém, foi durante o internato que descobri o meu encanto pela assistência ao paciente pediátrico. O cuidar na área da pediatria é muito recompensador, ainda que haja tanta dificuldade de

conviver como sofrimento atrelado ao estado de adoecimento das crianças. Por meio da inocência e universo lúdico que vivem, tendem a trazer uma leveza para o ambiente.

No entanto, é uma clientela que exige maior atenção e habilidade por parte dos profissionais de saúde, devido às suas características anatomofisiológicas e ao desenvolvimento cognitivo que estão intimamente relacionados com a faixa etária, podendo ainda serem influenciados pela patologia. Com isso, eleva-se o risco de sofrerem algum evento adverso nas unidades de saúde, como, por exemplo: risco de queda, erro de medicação, erro durante a realização de algum procedimento, dentre outros, que podem causar algum dano temporário, permanente ou até o óbito dessa criança.

Logo, buscando me qualificar na área de Saúde da Criança, iniciei no Programa de Residência em Enfermagem em Pediatria, no ano de 2013, em um Hospital Universitário localizado no município do Rio de Janeiro. Ao longo dela, fui informada de que todos os setores de pediatria da unidade encontravam-se em fase inicial de implantação do processo de enfermagem, e que, por isso, todos os técnicos de enfermagem que lá atuavam receberiam treinamento, que consistia em: explicar o que é o registro de enfermagem, bem como sua importância para a segurança do paciente; diferenciar as anotações da evolução de enfermagem; e expor os elementos que deveriam estar contidos nas anotações, visto que um registro bem feito é uma das bases para garantir o cuidado de qualidade e o sucesso no tratamento.

Sendo assim, tal fato me despertou interesse, levando-me a realizar o trabalho de conclusão de curso de residência sobre a temática, intitulado “As anotações dos técnicos de enfermagem da área pediátrica a partir do treinamento para implantação do processo de enfermagem”, cujos objetivos foram: analisar as anotações dos técnicos de enfermagem antes e após o treinamento, comparando conforme a técnica definida ao longo do estudo; e apontar os itens dos aspectos procedimentais de maior ausência nas anotações dos técnicos de enfermagem no momento anterior e posterior ao treinamento.

Foi analisado um total de 240 (duzentos e quarenta) anotações realizadas pelos técnicos de enfermagem, sendo 120 (cento e vinte) no período de pré-treinamento e 120 (cento e vinte) no período pós, identificando-se algumas não estavam em conformidade com o que foi apresentado durante o treinamento.

No entanto, ao final da pesquisa, foi possível notar melhoria em alguns itens analisados, tais como: ortografia, uma vez que as escritas encontravam-se mais de acordo com as regras ortográficas; ausência de rasuras e corretores, pois houve redução nas palavras riscadas ou apagadas com o uso de corretivos; e descrição dos cuidados prestados ao longo do

turno, de forma mais bem detalhada; e a identificação do paciente, sendo este o item de melhoria mais significativa, tendo em vista que, antes do treinamento, apenas 19,2% dos registros possuíam o nome completo do paciente, mas, após o treinamento, passou para 35%.

Em relação aos itens que apresentaram piora foram: colocação da hora do registro ou do procedimento; ausência de espaços em branco, uma vez que era possível notar lacunas entre uma frase e outra; utilização de ordem cronológica, ou seja, algumas anotações encontravam-se fora da ordem de execução; e registro das medicações administradas, pois havia medicações checadas na prescrição médica, porém não registradas no impresso.

Os três itens que apresentaram maior ausência nas 120 (cento e vinte) anotações analisadas no pré-treinamento, foram: assinatura/registo/carimbo (82,5%); descrição de características (por exemplo, quantidade e aspecto das eliminações fisiológicas; via, tipo e quantidade da dieta administrada) (77,5%); e emprego de abreviaturas não padronizadas (58,3%).

Quanto ao período pós-treinamento, tendo sido também analisadas 120 (cento e vinte) anotações, foram identificados os seguintes itens como de maior ausência: assinatura/registo/carimbo (66,7%), descrição de características (59,2%), e emprego de abreviaturas não padronizadas (35%). Ou seja, em ambos os momentos, os elementos de maior ausência, por ordem decrescente, foram exatamente os mesmos. Com isso, percebeu-se que, apesar de terem apresentado pequena melhoria após o treinamento, os mesmos problemas permaneciam em grande parte das anotações de enfermagem.

Embora o trabalho tenha evidenciado alguns pontos negativos que continuavam prevalecendo nas anotações, também despertou a vontade de mudar, por parte de alguns técnicos de enfermagem frente a tal situação, uma vez que, ao saberem da pesquisa, passaram a buscar conhecimento para realizar um registro completo e correto, a partir dos resultados evidenciados no estudo.

O treinamento realizado proporcionou ainda a criação de um impresso próprio para as anotações de enfermagem na enfermaria de pediatria da unidade, no qual é possível registrar, em locais adequados, o nome do paciente, data, sinais vitais, além do espaço para a realização das devidas anotações.

Em 2015, ao ingressar no grupo de pesquisa “Cuidando da Saúde das Pessoas: aspectos filosóficos e bioéticos”/CNPq, do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem/UERJ, aflorou-me o desejo de ingressar no mestrado da referida instituição, na busca de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada à clientela pediátrica, principalmente em relação à segurança da criança hospitalizada.

Sendo assim, durante a escolha da temática de pesquisa a ser desenvolvida, tive como base para o projeto intencional a minha bagagem e situação biográfica, o que me despertou a necessidade de retomar ao meu campo de interesse – que são os registros de enfermagem– e, desse modo, associar essa forma de comunicação à segurança do paciente pediátrico e responder a algumas inquietações que me permeiam em relação ao assunto.

1 CONTEXTUALIZANDO A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Durante a assistência de enfermagem prestada à criança hospitalizada, é imprescindível que todo o processo aconteça de forma organizada e sistematizada, com a finalidade de garantir uma observação cautelosa das reais necessidades de saúde, que irão direcionar as atividades. E, uma das maneiras de se obter tais informações, é mediante a comunicação (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

A comunicação é fundamental para que a enfermagem exerça suas atividades de forma correta e segura, pois é por meio dela que se transmitem as informações acerca dos pacientes, entende-se o que estes estão sentindo e vivenciando, compreende-se suas necessidades e possibilita o cuidar humanizado. Mas essa comunicação efetiva por parte da equipe de enfermagem, apesar de ser de suma importância, ainda apresenta muitas carências (ROJAHN et al., 2014).

Problemas na comunicação podem ocasionar danos ao paciente, aumentar o tempo de internação e uso ineficiente de recursos. O risco à segurança do paciente aumenta consideravelmente quando levamos em consideração que os cuidados são realizados por diferentes profissionais e em diferentes turnos. Logo, é essencial, para a continuidade da assistência e do cuidado seguro, existir comunicação consistente e, para isso, uma das formas é garantir o registro de enfermagem de maneira correta, clara e completa (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

O registro é a forma de comunicação escrita de informações relevantes a respeito do cliente e de seus cuidados; com isso, se torna elemento indispensável no processo de cuidar, uma vez que, escrito de maneira adequada, retratando a realidade, possibilita a comunicação permanente, podendo ser utilizado para diversos fins, como: planejamento e avaliação da assistência prestada, acompanhamento da evolução do paciente, redução do risco de danos, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, dentre outros (ROJAHN et al., 2014; MATSUDA et al., 2006).

A segurança do paciente e todas as questões a ela relacionadas, atualmente, são um grave problema de saúde pública no mundo, pois o risco e a ocorrência de eventos adversos e iatrogenias vêm aumentando de forma gradativa em todos os ambientes da saúde, estando relacionados, principalmente, ao maior número de opções terapêuticas e diagnósticas. Mesmo em instituições de saúde melhor estruturadas, os pacientes e seus familiares estão em

constante risco de serem vítimas de erros ou eventos adversos evitáveis (SOUSA; SASSO; BARRA, 2012; PEDREIRA, 2009; TOFFOLETTO, 2008).

Apreensivas com tal fato, as unidades hospitalares estão cada vez mais buscando prestar assistência de qualidade, a fim de garantir a segurança de sua clientela mediante o gerenciamento de risco, quando se procuram implementar medidas de prevenção à exposição aos riscos, assim como reprimir danos ao paciente decorrentes de assistência inadequada. Nesse sentido, cabe destacar que a equipe de enfermagem, por passar maior tempo em contato com o cliente, se constitui dos profissionais mais aptos a participarem do gerenciamento de riscos (FASSINI; HAHN, 2012).

O profissional da saúde, no exercício de sua profissão, espera não cometer erros; porém, quando eles ocorrem, é comum esconder tal fato em razão do medo das penalidades, impedindo que seja averiguado o fator desencadeante do ocorrido. Com isso, a motivação permanece oculta, levando a novas eventualidades. Dessa forma, é fundamental uma reflexão crítica dos processos envolvidos na busca da identificação das causas, para que seja possível eliminar falhas, impedindo que novos incidentes ocorram (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Quando se trata de garantir a segurança do paciente pediátrico, é necessário que os profissionais que prestam assistência a essa clientela tenham conhecimento adequado sobre as técnicas que devem ser empregadas durante o processo de cuidar, de modo que se possa reduzir a probabilidade de ocorrer eventos adversos (YAMAMOTO; PETERLINI; BOHOMOL, 2011).

A garantia dos direitos da criança deve ser uma preocupação de todos os profissionais da área da saúde, com o propósito de assegurar a promoção da saúde dessa clientela, evitando que haja negligência ou qualquer tipo de ação que comprometa a sua saúde e o seu bem-estar. Tal garantia está preconizada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o que se faz necessário na preservação dos direitos fundamentais e disposições legais especificados no ECA (SCHATKOSKI et al., 2009).

Diante do exposto, o presente estudo tem as seguintes questões norteadoras:

- a) Que elementos devem estar presentes nos registros na visão da equipe de enfermagem?
- b) Qual a perspectiva da equipe de enfermagem ao realizar os registros?
- c) A equipe de enfermagem estabelece alguma relação entre seus registros e a segurança do paciente pediátrico?

Assim, o objeto do estudo é: o registro da equipe de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente pediátrico.

Para tanto, foram delimitados os seguintes objetivos:

- a) Descrever quais elementos devem estar presentes nos registros, na ótica da equipe de enfermagem;
- b) Aprender a perspectiva da equipe de enfermagem ao realizar os registros;
- c) Analisar a ação intencional de realizar os registros pela equipe de enfermagem e sua correlação com a segurança do paciente pediátrico.

1.1 Justificativa e relevância do estudo

Com o propósito de obter um maior entendimento e aprofundamento da temática a ser estudada, foi realizado, no período de março a junho de 2016, um levantamento das produções que tivessem como foco a segurança do paciente pediátrico, assim como a sua relação com os registros da equipe de enfermagem, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

Durante a busca, foram empregados os seguintes DeCS - Descritores em Ciências da Saúde: “segurança do paciente”, “pediatria”, “criança”, “criança hospitalizada”, “enfermagem pediátrica”, “equipe de enfermagem”, “registros de enfermagem”. A fim de delimitar a pesquisa, foi utilizado como recorte temporal o período de 2004 a 2015. A escolha do marco inicial se deu pelo fato de ter sido criada em 2004, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, cujo objetivo principal é garantir assistência segura ao paciente, por meio do emprego de diretrizes e estratégias que proporcionem a redução dos riscos de causar algum tipo de dano. Além disso, foi nesse momento que começaram a surgir as primeiras abordagens acerca do assunto no Brasil (WHO, 2008; SOUZA; MENDES, 2014).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos de pesquisa, teses ou dissertações que abordassem a temática segurança do paciente e o registro de enfermagem, os quais deveriam estar em português, inglês ou espanhol. Foram utilizados como critérios de exclusão: estudos de revisão, publicações que não fossem escritas por profissionais de

enfermagem e que não estivessem disponíveis na íntegra via *online*. Os trabalhos que se repetiram em mais de uma base de dados foram contabilizados uma única vez.

Após realizar uma busca utilizando as combinações: “segurança do paciente” and “registros de enfermagem”, “segurança do paciente” and “criança”, “segurança do paciente” and “criança hospitalizada”, “segurança do paciente” and “enfermagem pediátrica”, foram selecionados quatro artigos que mais se aproximaram da temática estudada.

O Quadro 1 apresenta esse cruzamento realizado com os DeCS, bem como o total de artigos encontrados e selecionados para o estudo em cada base de dados. E a Figura 1 mostra os pontos abordados nos artigos escolhidos que se aproximam da temática apreciada.

Quadro 1 – Resultados da busca de artigos nas bases de dados eletrônicas

	LILACS	BDEF	MEDLINE	Total de Artigos
Segurança do Paciente and Registros de Enfermagem	01	01	15	17
Segurança do Paciente and Pediatria	03	-	148	151
Segurança do Paciente and Criança	12	03	524	539
Segurança do Paciente and Criança Hospitalizada	-	01	05	06
Segurança do Paciente and Enfermagem Pediátrica	01	03	15	19
Total	17	08	707	732
Total (após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão)	-	01	03	<u>04</u>

Fonte: A autora, 2017.

Figura 1 – Principais assuntos abordados nos artigos selecionados



Fonte: A autora, 2017.

Assim, Johnson et al. (2014) compararam as informações que eram transmitidas durante a passagem de plantão, acerca dos cuidados prestados ao paciente, com o que estava descrito nas anotações de enfermagem. Além de contabilizarem os dados que apareciam com maior frequência em ambas as situações. Na passagem de plantão, os dados que apresentaram maior ênfase foram: identificação do paciente (31%), planejamento da assistência (25%), história clínica (13%) e o estado clínico (13%). Já nos registros de enfermagem, os dados que mais apareceram foram: planejamento da assistência (47%), estado clínico (24%), e os resultados ou metas do cuidado (12%). Com isso, concluíram que há semelhanças e diferenças na transmissão de informações de forma verbal e escrita durante as mudanças de turno, sendo necessário adotar medidas para que esses dados sejam os mais semelhantes possíveis. Destacam ainda a importância da transferência precisa de informações, como forma de garantir a continuidade e qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente.

Wegner e Pedro (2012) realizaram um estudo cujo objetivo era analisar como as acompanhantes/cuidadores e profissionais da saúde reconheciam os eventos adversos nas circunstâncias de cuidado. Dentre os resultados encontrados, está a falha no processo de comunicação, como foi ressaltado no relato de uma acompanhante, a qual afirmou que determinada medicação foi administrada duas vezes em sua filha, por falta de registro pela primeira técnica que administrou a medicação; dessa forma, quem assumiu o plantão administrou novamente o remédio. Como conclusão, ressaltaram a importância de mudanças na cultura organizacional das instituições de saúde para uma cultura de segurança, com ênfase no cuidado qualificado em saúde e visão sistêmica na avaliação da ocorrência de eventos adversos.

Sears et al. (2013) analisaram o ambiente de enfermeiras pediátricas, com o objetivo de determinar os principais fatores que levam ao cometimento de erros na administração de medicamentos. Foram analisados 372 formulários, nos quais se observaram diversos tipos de erro. Concluíram que os fatores que contribuíram em maior frequência para os erros na administração dos medicamentos estavam ligados à carga de trabalho, distração e comunicação ineficaz.

Bagnasco et al. (2013) tiveram por objetivo identificar medidas corretas e efetivas para melhorar a segurança do paciente no setor de emergência pediátrica. Sendo assim, investigaram a comunicação dos profissionais de enfermagem nas áreas de Acidentes Pediátricos e Departamentos de Emergência. Por serem áreas de grande estresse e movimento, a comunicação é bastante imprecisa. Cerca de 400 eventos foram analisados e a conclusão ressaltou que um dos fatores que aumentam o risco à segurança do paciente é justamente a pobreza na comunicação, principalmente nos momentos de transferência e alta hospitalar. A sugestão para o aprimoramento dessa comunicação seria a aplicação dos modelos SBAR (S- situação; B- breve histórico; A- avaliação; R- recomendação) e “rapid briefing”, que consistem na definição de padrões uniformes na comunicação entre os profissionais da saúde.

As combinações “segurança do paciente” and “registros de enfermagem” and “criança”, “segurança do paciente” and “registros de enfermagem” and “criança hospitalizada”, “segurança do paciente” and “registros de enfermagem” and “enfermagem pediátrica”, “segurança do paciente” and “registros de enfermagem” and “equipe de enfermagem” não apresentaram resultados.

Com isso, percebe-se uma lacuna nos estudos que envolvem a segurança do paciente, e mais especificamente nos que envolvem a criança hospitalizada, principalmente quando se relaciona ao registro de enfermagem. Nota-se também ausência de pesquisas que levem em consideração o que os membros da equipe de enfermagem esperam ao realizarem os seus registros. Logo, conclui-se que o estudo proposto é relevante e justifica-se a sua realização, pois permitirá maior reflexão acerca do tema tanto na área acadêmica quanto no campo de prática.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 A comunicação na enfermagem

O ser humano possui a capacidade e a necessidade de se comunicar com outras pessoas, pois é um comportamento que lhe é próprio. A comunicação vai muito além de expressar apenas o presente, é possível, por intermédio dela, se reportar ao passado e projetar coisas para o futuro. Sendo assim, ela é fundamental dentro da prática do cuidado, uma vez que, para se ter uma assistência de qualidade, é indispensável que as relações interpessoais se dêem de forma satisfatória (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

Logo, a comunicação significa uma troca de informações entre as pessoas. E para que esta ocorra, é necessário que se tenha primeiramente um emissor, um receptor e uma mensagem que se queira transmitir. Assim, a pessoa, ao transmitir o conteúdo de seu interesse, pensa na forma como fazê-lo (codificação) e como irá enviá-lo (canal), para que a informação chegue ao outro de forma clara, sendo a resposta (decodificação) uma reação à mensagem recebida (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; ITO et al., 2011).

Comunicação é, portanto, um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo. Esse intercâmbio de mensagens, trocas, percepção e interpretação permite às pessoas formar a imagem delas mesmas, do outro e do mundo à sua volta (STEFANELLI; CARVALHO, 2012, p.31).

A comunicação é uma ação dinâmica que, além de interferir nas relações, estimular e possibilitar o desenvolvimento e amadurecimento dos seres humanos, também induz comportamentos. A comunicação ocorre de inúmeras formas – podendo ser verbal (por meio da escrita ou da fala) e não verbal (pela linguagem corporal) –, mas é de extrema importância que não haja ruído nela; deve ocorrer de forma clara, fazendo com que o interlocutor receba a mensagem exatamente da forma imaginada pelo locutor. Qualquer comprometimento na qualidade da mensagem transmitida pode levar a falhas no entendimento do conteúdo, o que poderá acarretar um comprometimento das relações interpessoais, bem como nos resultados organizacionais (CADAVEZ, 2014; ITO et al., 2011; COREN-SP, 2010).

Sem a comunicação correta e eficaz na equipe de saúde, é impossível realizar o cuidado preciso e devido, pois as informações acerca do quadro geral do paciente e de tratamentos anteriores, aos quais foi submetido, são fundamentais para o caminhar correto das ações em saúde (CADAVEZ, 2014; COREN-SP, 2010).

O processo de comunicação ativo é um dos fatores determinantes para o monitoramento de qualidade na assistência prestada ao paciente. Se esse processo de comunicação ocorrer de forma correta, respeitando a interdisciplinaridade e linguagem única, a assistência dada ao paciente será muito mais segura, pois se evitarão informações equivocadas que poderão trazer um resultado não benéfico ao receptor dos cuidados (CADAVEZ, 2014; SILVA, WEGNER; PEDRO, 2012; DORNFELD; PEDRO, 2011; NEGREIROS et al., 2010).

A comunicação possibilita a informação que é indispensável, principalmente no contexto de saúde. A informação é baseada em dados dispostos em determinado contexto, que possibilitará ao interlocutor a devida orientação, permitindo o treinamento e conhecimento necessários. Sendo assim, os profissionais estarão aptos e com o arcabouço necessário para tomar a decisão coerente e desenvolver a atividade diante da situação que lhe é apresentada (CADAVEZ, 2014; SOUZA; SASSO; BARRA, 2012).

Factualmente, a escrita vem a ser uma tecnologia desenvolvida pelo homem como forma de comunicação. Rotineiramente, a principal função imputada à escrita é a de registrar informações, fazendo com que haja uma difusão destas, contribuindo para a construção de conhecimentos. Hoje, a escrita é indispensável para a prática da enfermagem, uma vez que promove a continuidade do atendimento, garante a segurança do paciente, além de respaldar o profissional e a instituição (ITO et al., 2011).

Falhas nas linhas de comunicação podem propiciar a ocorrência de eventos adversos, principalmente no contexto hospitalar, no qual o risco associado à assistência é mais evidente. As linhas de comunicação entre profissionais e diferentes setores podem ser um elemento de dificuldade à sua eficácia. Tal fato é possivelmente influenciado pelo modelo de gestão e da cultura organizacional, o que pode desdobrar-se nas práticas de (in)segurança do paciente (BOHRER et al., 2016).

2.2 Registro de enfermagem: subsídio para uma comunicação efetiva

Durante a Idade Média, período de grandes epidemias, os cuidados prestados aos enfermos, principalmente por diaconisas, eram repassados apenas de forma oral. Com a Reforma, iniciada no século XVI, instaurou-se um processo de reestruturação hospitalar, começando a ter maior preocupação em registrar, principalmente no ato da admissão, dados como o nome, origem e pertences que o paciente possuísse, e isto já foi um avanço, tendo em vista que anteriormente qualquer anotação era inexistente (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

No século XIX, Florence Nightingale revolucionou o cuidar na enfermagem, fazendo com que deixasse de ser entendida como uma prática religiosa e começasse a ser vista como profissão. Na comunicação, ressaltou a importância de se realizar os registros acerca da saúde do paciente, bem como os cuidados a ele prestados. E já salientava os problemas causados por falhas no processo de comunicação (STEFANELLI; CARVALHO, 2012).

O registro de enfermagem pode ser definido com uma forma de comunicação escrita de todas as informações pertinentes ao paciente, os cuidados a ele prestados e as orientações realizadas, seja em uma consulta ou durante sua internação hospitalar. Quando efetuado de forma clara, objetiva e que retrate de forma fidedigna a realidade, descrevendo as ações executadas, sinalizando os problemas reais e potenciais identificados, possibilita a comunicação permanente, bem como propicia uma assistência segura e de qualidade, auxilia no planejamento de ações, além de contribuir com pesquisas, auditorias e questões jurídicas (SEIGNEMARTIN et al, 2013; PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011; ITO et al., 2011).

O aumento da procura pelos serviços de saúde, bem como o maior esclarecimento à população acerca dos seus direitos enquanto consumidores, fazem com que a equipe de enfermagem tenha a necessidade de buscar maior aprimoramento teórico e prático, a fim de proporcionar uma assistência com qualidade (ITO et al., 2011).

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN n.º311/2007, é dever e direito da equipe de enfermagem registrar informações no prontuário, ou qualquer outro impresso próprio, pertinentes ao processo de cuidado, tornando expressamente proibido realizar anotações incompletas e inverídicas acerca da assistência realizada.

A Resolução COFEN n.º 240/2000, aponta, no Capítulo V das Proibições no Art. 64, que é vetada a assinatura de ações que não executou, assim como deixar que outro profissional assine as suas.

De acordo com a Resolução COFEN n.º 429/2012, que dispõe sobre os registros das ações profissionais no prontuário do paciente:

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a qualidade e a continuidade da assistência.

Art. 3º Relativo ao gerenciamento dos processos de trabalho, devem ser registradas, em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais, visando à produção de um resultado esperado – um cuidado de Enfermagem digno, sensível, competente e resolutivo.

Segundo o Código Penal Brasileiro, podemos constatar que:

CAPÍTULO III

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante (BRASIL, 1940).

No Código Processo Civil, Lei n.º 5.869 de 11 de janeiro de 1973, tem-se:

Art. 368. As declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, ou somente assinado, presumem-se verdadeiras em relação ao signatário. Parágrafo único. Quando, todavia, contiver declaração de ciência, relativa a determinado fato, o documento particular prova a declaração, mas não o fato declarado, competindo ao interessado em sua veracidade o ônus de provar o fato (BRASIL, 1973).

Apesar de estar descrito na legislação a importância de se realizar o registro de enfermagem de forma completa e consistente, a fim de garantir a segurança do cliente – além de servir como documentação e respaldo legal–, muitos estudos ainda apontam que mesmo esses profissionais estando cientes disso, continuam realizando registros de baixa qualidade ou até deixando de realizá-los, fazendo com que surja um problema de comunicação por essa via (AZEVEDO et al., 2012).

Tal fato foi evidenciado por Santos, Paula e Lima (2003), ao realizarem um estudo com enfermeiros em diferentes hospitais do município de João Pessoa, Paraíba (públicos, privados e filantrópicos), os quais, ao final, concluíram que estes se encontravam insatisfeitos

com o registro sendo realizado de forma manual, e consideravam que os demais profissionais da saúde não leem o que eles escrevem. Sendo assim, o registro era visto apenas como mais uma burocracia que deveria ser realizada ao longo do serviço.

Em qualquer nível de atenção, a comunicação é imprescindível para se garantir a promoção de um atendimento seguro, e ainda contribuir para o cuidado humanizado e integral por parte de todos os profissionais envolvidos na assistência, uma vez que falhas durante a comunicação podem facilitar a ocorrência de eventos adversos (BOHRER et al., 2016).

De acordo com Nogueira e Rodrigues (2015), os profissionais de saúde têm dificuldade em trabalhar em equipe devido, principalmente, aos diferentes níveis hierárquicos existentes dentro das instituições hospitalares, levando a conflitos em relação ao poder. Isto acaba provocando, muitas vezes, dificuldade na comunicação entre diferentes categorias profissionais, fazendo com que cada uma trabalhe de forma independente.

A documentação dos dados a respeito do quadro clínico do paciente, bem como a assistência a ele prestada, deve ser realizada diariamente por todos os profissionais comprometidos diretamente no cuidado. Assim, é possível se ter informações no período de 24 horas, e realizar uma análise dos cuidados prestados e se estão sendo eficazes no processo de recuperação (FRANÇOLIN et al., 2012).

Os registros de enfermagem podem ser de dois tipos: anotação e evolução. A anotação pode ser realizada por qualquer profissional da equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), é composta por dados brutos e pontuais, sendo referente a um determinado momento. Já a evolução de enfermagem é elaborada somente pelo enfermeiro, os dados são analisados, contextualizados e refletidos, e é referente ao período de 24 horas (COREN-SP, 2009).

Segundo Ito et al.(2011), ao se iniciar o plantão, devem ser registradas as condições gerais do paciente, tais como: estado geral e sintomas (exemplo: acordado/dormindo, hipoativo/ hiperativo, acompanhado ou não; dor); condições físicas (exemplo: aspecto da pele e mucosas; lesões; curativos; locomoção; dispositivos e equipamentos); sinais vitais.

Durante o plantão, é necessário registrar as atividades ocorridas no período:

Alimentação: aceitação ou não do desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia, causas de recusa, forma de alimentação (via cateter, via oral, via parenteral) e quantidade.

Cuidado corporal: higiene (tipo de banho, higiene íntima, ocular, cuidado com cabelos, unhas), conforto (mudança de decúbito, elevação de decúbito, hidratação e massagem corpórea).

Eliminação vesical: aspecto, volume e frequência das eliminações.

Visitas recebidas: identificação da visita (familiares, amigos, visita religiosa).

Terapêutica e procedimentos realizados: medicação, curativos, aspiração, coleta de exames, punção venosa, cateterismos, encaminhamento para exames, transferências, orientações.

Acidentes e intercorrências (se houver): quedas, evasão, alterações comportamentais.

Condutas tomadas relacionadas às intercorrências. (ITO et al., 2011, p.40)

Cabe ressaltar que, antes de se iniciar qualquer registro, é imprescindível a verificação do formulário, se este realmente pertence ao paciente que se deseja. Em seguida, deve-se colocar data e hora antes de escrever qualquer tipo de informação. Os dados devem ser dispostos em local correto, com letra legível e sem qualquer tipo de rasura, erro ou espaços em branco. Ao fazer uso de abreviaturas e siglas, atentar para o emprego das padronizadas pela instituição. O registro deverá ser completo e objetivo, evitando utilizar de impressões pessoais, se a instituição tiver algum tipo de roteiro de registro, o profissional deverá segui-lo. E, por último, identificar o profissional ao fim de cada registro, com nome completo, categoria e registro, se possível utilizar o carimbo. A Figura 2 retrata essa forma de organização do registro de enfermagem (COREN-SP, 2010; FRANÇOLIN et al., 2012).

Figura 2 – Estruturação do registro de enfermagem



Fonte: Elaborado pela autora, 2017 baseado em Coren-SP, 2010 e Françolin et al., 2012.

Assim sendo, os registros de enfermagem são indispensáveis para a comprovação da realização de uma assistência fundamentada em princípios técnico-científicos, uma vez que, sem eles, a enfermagem deixa de ser uma ciência, e torna-se simples cuidadora, sem qualquer direcionamento, acarretando resultados inesperados, podendo estes serem nocivos ao paciente (CADAVEZ, 2014; SOUSA; SASSO; BARRA, 2012).

Contudo, o registro de enfermagem ainda vem apresentando muitas deficiências no processo de assistência, e dentre as principais causas estão: a falta de compreensão, por parte do profissional, das necessidades do cliente; sobrecarga de trabalho que diminui tempo de registrar de forma minuciosa; desvalorização dos registros. E ainda é frequente observar profissionais de enfermagem realizando as suas anotações somente próximo ao momento da passagem de plantão, o que pode favorecer a ocorrência de falhas (FRANÇOLIN et al., 2012; ITO et al., 2011).

Estudo realizado por Padilha, Haddad e Matsuda (2014), em um Hospital Universitário no Paraná, analisou 50 prontuários de usuários com idade igual ou superior a 18 anos, e que permaneceram na unidade por pelo menos três dias. Foi possível verificar que os registros com percentual de preenchimento (PP) completo estavam insuficientes ao serem considerados de qualidade ($PP > 80\%$), o incompleto atingiu um percentual quase três vezes superior ao aceitável pelo estudo ($PP \leq 15\%$), e o não preenchimento obteve percentuais duas vezes a mais, considerado de qualidade ($PP \leq 5\%$); apenas o incorreto apresentou um percentual próximo ao de qualidade ($PP = 0\%$).

Outra pesquisa, realizada em dois hospitais de Maceió, Alagoas— sendo um público e outro privado—, analisou os prontuários dos pacientes que se encontravam internados no momento da coleta de dados. Os resultados revelaram que no hospital público, 18% dos prontuários não continham nenhum registro de enfermagem, enquanto no hospital particular, 100% dos prontuários analisados possuíam algum registro de enfermagem. Também evidenciaram que a maioria das anotações era realizada por técnicos/auxiliares de enfermagem, e que são deficientes e não retratam a realidade do paciente, uma vez que, geralmente, é composto apenas de dados técnicos, como sinais vitais, realização de curativo e execução da prescrição médica (SILVA et al., 2016).

Quando os registros são estruturados de maneira inadequada/incompleta ou não realizados, acabam comprometendo diretamente o paciente, e, por conseguinte, a equipe multiprofissional e até mesmo a instituição. Há um comprometimento da segurança do paciente, uma vez que existe dificuldade no acompanhamento dos procedimentos realizados e do quadro clínico do cliente, o que leva a riscos como, por exemplo, a duplicação de procedimentos ou até mesmo a não execução de algumas ações (FRANÇOLIN et al., 2012).

Um registro deficiente implica o risco de passar a imagem de falta de qualidade pelo profissional, que pode corresponder ou não à realidade. Deve-se ainda levar em consideração que aproximadamente 50% das informações sobre os cuidados prestados são fornecidos pela

equipe de enfermagem, logo, a documentação é fundamental (SEIGNEMARTIN et al., 2013; FRANÇOLIN et al., 2012).

Outro ponto importante, que deve ser ressaltado, é que a deficiência de informação pelo enfermeiro, no prontuário do paciente, se deve também ao fato de este, em algumas unidades de saúde, estar afastado da assistência direta ao paciente, uma vez que se encontra incumbido de realizar práticas burocráticas e administrativas, deixando de lado a sua função assistencial (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Estudo realizado por Ferreira et al. (2009) demonstrou que a não realização dos registros pela equipe de enfermagem, no prontuário do paciente, acarretaram prejuízo de R\$ 16.085,28 para uma determinada instituição de saúde.

Portanto, o enfermeiro, na função de líder e educador de sua equipe, deve procurar sensibilizá-los quanto à importância da realização dos registros e de sua implicação dentro do processo de trabalho. Tal ação pode se dar por meio da educação continuada, na qual será sempre reforçado o valor das informações para a segurança do cliente, profissional e instituição, bem como precisam ser reforçadas as formas como tais dados devem estar dispostos (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

2.3 A segurança do paciente

O cuidado em saúde vem se tornando cada vez mais complexo devido ao advento de novas tecnologias, procedimentos e tratamentos específicos que, apesar de serem, por vezes, mais efetivos, também podem oferecer maior risco à saúde dos pacientes quando não empregados de maneira correta. Com isso, a temática acerca da segurança do paciente vem ganhando maior destaque nos últimos anos, visando garantir a qualidade da assistência prestada, bem como reduzir custos, tempo de internação, complicações e até o óbito (ANVISA, 2014; NUNES et al., 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente pode ser definida como a redução ao nível mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários relacionados à assistência em saúde. Dano é considerado como qualquer avaria na estrutura ou função do corpo, ou de qualquer consequência dele proveniente, podendo ser físico, social ou psicológico. O erro é conceituado como a falha de uma ação previamente

planejada, podendo estar relacionado à negligência ou à omissão. E o evento adverso refere-se ao incidente que leva a um dano no paciente (WHO, 2009).

Há mais de dois mil anos, Hipócrates já ressaltava que, antes de qualquer intervenção, o objetivo principal deveria ser não causar nenhum tipo de dano. Depois, no século XIX, Florence Nightingale surgiu não só para revolucionar a enfermagem, mas também passou a incentivar medidas que promovessem a segurança do paciente. Em seu livro “Notes on Hospitals”, ela traz uma análise das condições dos hospitais ingleses, propondo uma reestruturação desde a arquitetura até a disposição do mobiliário dentro das instalações. Tais medidas levaram à redução expressiva no número de infecções e mortes (WACHTER, 2013; SOUZA; MENDES, 2014; NIGHTINGALE, 1863).

No início do século XX, o cirurgião Ernest Codman percebeu a necessidade de avaliar o resultado de suas cirurgias; com isso, passou a monitorar de forma contínua seus pacientes, registrando os erros de diagnóstico e tratamento. Ao final de cinco anos, foi possível obter o número total de erros assim como os tipos. Dessa forma, ele foi um dos precursores em relação à quantificação das complicações e sua abordagem cientificamente (WACHTER, 2013; SOUZA; MENDES, 2014).

Contudo, somente no fim de 1999, que as questões envolvendo a segurança do paciente passaram a ganhar relevância perante os setores de saúde com a publicação, pelo Institute of Medicine (IOM), de “To Err is Human: Building a Safer Health System” (em português, “Errar é humano: construindo um sistema de saúde seguro”). Este relatório apontava que cerca de 44 a 98 mil americanos morriam anualmente vítimas de erros associados à saúde, e que pelo menos metade poderia ser evitado. Sendo esta incidência maior do que a de mortos por acidentes automobilísticos, câncer de mama ou aids, que até então eram as três causas que recebiam mais atenção pela sociedade (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Mediante esse relatório, constatou-se que os custos provenientes dos erros giravam em torno de 17 a 29 milhões de dólares ao ano em hospitais existentes nos Estados Unidos. Além disso, os autores reforçaram outros tipos de prejuízos, como a perda da confiança e da satisfação dos usuários em relação ao sistema de saúde, a perda da moral e a desmotivação dos profissionais, além das sequelas físicas e psicológicas que podem acometer o indivíduo (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Devido à grande repercussão de tais fatos, iniciou-se uma organização por parte dos governos e gestores, tanto em nível nacional como internacional, para que fossem

desenvolvidas estratégias e programas de prevenção e redução de erros nas instituições de saúde (ANVISA, 2013).

Assim, em 2002, na 55.^a Assembleia Mundial da Saúde, foi solicitado que os Estados Membros dedicassem maior atenção aos problemas relacionados à segurança do paciente, procurando, por meio de estudos científicos, soluções para minimizar os riscos de falhas e melhorar a qualidade do cuidado (WHO, 2005).

Dando seguimento às discussões sobre a temática, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, na 57.^a Assembleia Mundial da Saúde, cujo objetivo era traçar, disseminar e coordenar estratégias para redução os riscos e eventos adversos ao redor do mundo, propagar conhecimentos e deliberações, além de organizar campanhas em nível internacional, com recomendações em relação à segurança do paciente (WHO, 2005; SOUZA; MENDES, 2014).

No ano de 2005, surgiram, a partir de uma parceria da OMS com a Joint Commission International, as “Soluções de Segurança do Paciente” que seriam um apoio para a aplicação de medidas preventivas e implementação de políticas em locais considerados problemáticos em relação à segurança do paciente. Com isso, em 2007, foram lançadas as nove soluções criadas com base nos erros mais comuns em alguns países, que são: identificação do paciente; comunicação durante a transição de cuidados; realização de procedimento correto no local correto; gestão de medicamentos; higiene das mãos; controle das soluções concentradas de eletrólitos; conciliação medicamentosa; evitar erros de conexões de cateteres e tubos; e uso único de dispositivos injetáveis (SOUZA; MENDES, 2014).

Em 2011, visando reduzir ainda mais os erros humanos, corrigindo áreas que ainda continuavam apresentando falhas, a OMS lançou as seis metas internacionais para a segurança do paciente, que são: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança das medicações, desde a prescrição até a administração; assegurar cirurgias com procedimento, paciente e local corretos; higienizar as mãos, com o objetivo de conter as infecções; reduzir o risco de queda e úlcera por pressão (ANVISA, 2013).

Os países da América Latina passaram a desenvolver ações com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2007, por intermédio da 21.^a Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum (MERCOSUL), tornando-se a primeira manifestação oficial de apoio à primeira meta estabelecida, que foi intitulada como “uma atenção limpa é uma atenção mais segura” (ANVISA, 2011; SONCINI, 2015).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), desde 2002, vem desenvolvendo estratégias para garantir a qualidade da assistência à saúde, e para tal criou a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, que trabalha com gerenciamento de risco, por meio da busca ativa e da notificação de eventos adversos, além de receber queixas técnicas acerca das tecnologias, fármacos e hemocomponentes (ANVISA, 2014; DUARTE et al., 2015).

Cabe ressaltar que um fator importante para o avanço das pesquisas brasileiras, no que tange à diminuição de falhas no sistema de saúde, foi a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), em 2008, por um grupo de enfermeiros, cujo objetivo era disseminar informação em relação à área da enfermagem e à segurança do paciente, fornecer acesso equitativo e universal a conhecimentos técnico-científicos, garantir a qualidade da assistência de enfermagem, dentre outros (REBRAENSP, 2013; CALDANA et al., 2015).

Em 1.º de abril de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), mediante a Portaria n.º529/13, cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. E em 9 de julho de 2013, por meio da Portaria n.º1.377, houve a aprovação dos Protocolos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Ainda que exista uma evolução considerável nos programas, estratégias e campanhas que envolvam a segurança do paciente, o que se vê retratado na mídia são as situações de erros cometidos por profissionais de saúde, que ganham grande destaque e acabam levando a uma revolta da população, e humilhação do trabalhador e até de sua classe (DUARTE et al., 2015).

Partindo da premissa de que atualmente no Brasil existe o registro de mais de 200 mil unidades de saúde, pode-se imaginar que existe um número expressivo de pessoas que diariamente sofrem algum tipo de intervenção em saúde. Dessa forma, o risco de serem acometidas por algum evento adverso é muito alto. Um estudo realizado em 2009, em três hospitais universitários localizados no estado do Rio de Janeiro, mostrou que, de um total de 1.103 pacientes internados, em 2003, 7,6% (84 de 1.103 pacientes) sofreram algum tipo de evento adverso, e, desses, 66,7% (56 de 84 pacientes) poderiam ter sido evitados (LORENZINI; SANTI, BÁO, 2014; MENDES et al., 2009).

Pesquisa realizada em um hospital filantrópico de grande porte no sul do Brasil constatou que, entre os anos de 2008 e 2012, cerca de 755 eventos adversos foram notificados, sendo que houve um aumento de 142% dos incidentes de 2008 (0,7%), em comparação com 2012 (1,7%). A prevalência foi de 1,1% sobre o número total de internações.

Os eventos adversos mais notificados foram: quedas (45,4%) e erros de medicação (16,7%). O estudo ainda considerou que o baixo número de notificações pode ocorrer pelo fato de, na unidade, ser necessário que o profissional se identifique ao realizar a notificação do incidente (LORENZINI; SANTI, BÁO, 2014).

Outro estudo realizado em um hospital pediátrico localizado no município de São Paulo buscou avaliar o número de notificações de erros de medicação por meio da análise de um impresso próprio. Ao final de três meses, foram encontradas 110 notificações de erros em 71 fichas analisadas. E após a constatação do erro, tal fato não foi comunicado à equipe em 34 (47,9%) episódios (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

Marchon, Mendes Junior e Pavão (2015) apontam que, de 11.233 consultas realizadas em 13 unidades de Saúde da Família da baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro, no período de 5 meses em 2014, foram registrados 125 incidentes. A razão de incidentes que atingiram o usuário, mas não causou nenhum dano, foi de 0,09%, e a razão de incidentes que atingiram e acarretou algum dano foi de 0,91%. A comunicação foi apontada como a principal causa de grande parte dos erros na atenção primária à saúde (53%).

Acredita-se que os problemas relacionados à segurança do paciente ocorrem de forma mais frequente em unidades de saúde no Brasil, se comparados a países considerados desenvolvidos. Tal fato se deve a diversos fatores, como: precárias condições de trabalho, sobrecarga de trabalho, desvalorização do profissional, dentre outros (LORENZINI; SANTI, BÁO, 2014; OLIVEIRA et al., 2014).

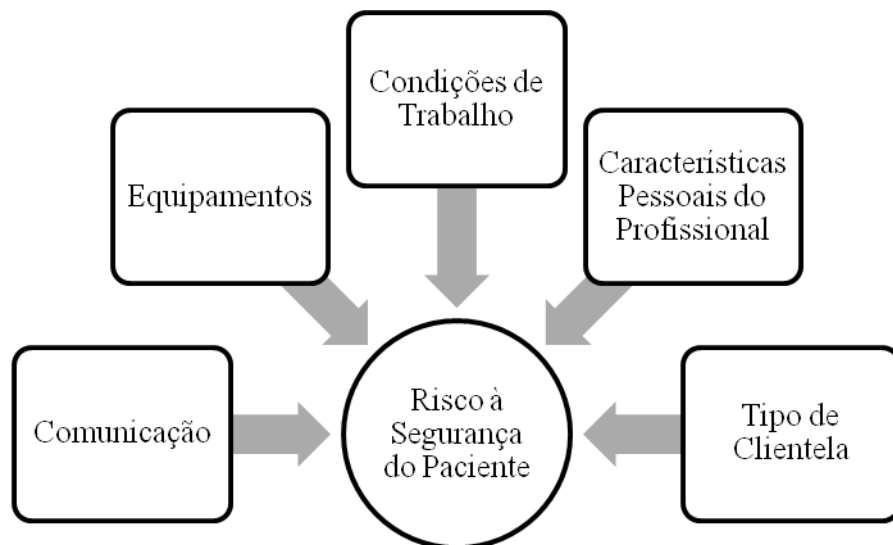
Os erros cometidos durante a prestação de serviços na saúde são encarados, muitas vezes, de maneira individual; ou seja, acusa-se apenas o profissional que estava diretamente relacionado à assistência, punindo-o, sem analisar todo o contexto que culminou no ocorrido. Geralmente os erros são efetuados por pessoas bem treinadas e aplicadas, com isso o ato de punir o empregado não é um sinal de que o problema foi resolvido e os erros não mais ocorreram. Logo, é necessário que sejam empregadas medidas que evitem a exposição dos clientes a situações de risco (FASSINI; HAHN, 2012).

Antes da responsabilização de qualquer pessoa pelo erro, é necessário que se faça uma análise de todo o sistema, pois dificilmente o erro ocorre de forma isolada, normalmente há condições potenciais que favorecem a ocorrência de um dano. O psicólogo James Reason destaca a importância de se criar barreiras que evitem o alinhamento dos problemas ocultos, e com isso impeça que o erro ocorra. Ele demonstra isso por meio do Modelo do Queijo Suíço, em que os furos representam os problemas latentes, e estes, quando alinhados, culminam com

o evento adverso, nos mostrando que é necessário demandar mais atenção para as “raízes” (SANTIAGO; TURRINI, 2015; REASON, 2000; WACHTER, 2013).

Problemas relacionados à comunicação, equipamentos, condições de trabalho e características pessoais do profissional – como o conhecimento e destreza – são fatores predisponentes ao comprometimento da segurança do paciente. Além disso, o tipo de cliente também vai influenciar diretamente; por exemplo, crianças possuem um risco elevado de sofrerem com erro de medicação e quedas. A Figura 3 esquematiza esses elementos que influenciam diretamente a segurança do paciente (SANTIAGO; TURRINI, 2015).

Figura 3 – Riscos à segurança do paciente



Fonte: Elaborado pela autora, 2017 baseado em Santiago e Turrini (2015).

Dessa forma, as instituições de saúde possuem como desafio, estabelecer uma cultura de segurança do paciente que envolva todos os pontos relacionados ao cotidiano da assistência à saúde. Procurando esclarecer junto aos profissionais a importância da cultura de segurança, e de sua responsabilidade ética no gerenciamento de risco, deve-se identificar os potenciais riscos, eliminando-os ou realizando o seu controle, a fim de garantir a segurança tanto de si como do cliente (SANTIAGO; TURRINI, 2015; OLIVEIRA et al., 2014; FASSINI; HAHN, 2012).

A cultura de segurança do paciente recomenda que os erros não sejam punidos, com o objetivo de que mais pessoas notifiquem os incidentes, fazendo com que as unidades possam tomar as medidas cabíveis –práticas ou educativas –, com o propósito de abolir futuras falhas. Sendo assim, os gestores em saúde devem estar cientes de que, muitas vezes, a falha está no sistema e não no profissional que a cometeu (SOUZA et al., 2014; DUARTE et al., 2015).

Pelo fato de possuir o maior quantitativo de profissionais da saúde atuantes, permanecer em contato direto com o paciente por um longo período e realizar diversos procedimentos invasivos, a enfermagem é a categoria que mais deve permanecer envolvida com as questões que compreendem o gerenciamento de risco, principalmente por ser a mais passível de cometer eventos adversos (FASSINI; HAHN, 2012; DUARTE et al., 2015; NUNES et al., 2014).

Os erros mais recorrentes envolvendo a assistência de enfermagem estão relacionados, principalmente, à: medicação, comunicação, quedas, úlceras por pressão, identificação do paciente e infecção. O enfermeiro, sendo o responsável técnico de sua equipe, é quem responde judicialmente frente a um evento adverso, logo, deve ser o elemento principal no processo de segurança do paciente (OLIVEIRA et al., 2014; FRANÇOLIN et al., 2012).

A notificação voluntária é o método mais utilizado para a constatação de um incidente. Muitas vezes encontram-se as subnotificações dos casos devido ao fato de algumas instituições não deixarem claro como devem ser realizados os registros. Ocorre também que o profissional pode ficar com medo de ser identificado e sofrer algum tipo de retaliação, ou então não admite que errou. Outro ponto é que, algumas vezes, não se vê nenhum tipo de mudança após a notificação. É notável que a probabilidade de um incidente ser relatado é maior quando causa algum tipo de dano ao paciente (LORENZINI; SANTI, BÁO, 2014; FRANÇOLIN et al., 2015).

Apesar da maior complexidade existente nos serviços de saúde nos dias atuais, medidas simples e efetivas podem ser capazes de reduzir o risco de falhas e, assim, promover atendimento seguro. Uma alternativa seria a instituição de protocolos específicos, atrelados à educação permanente, devendo ser ressaltada também a importância de se incentivar a comunicação da ocorrência de eventos adversos ou a propensão a eles, a fim de que sejam tomadas medidas cabíveis (OLIVEIRA et al., 2014).

2.3.1 A segurança da criança hospitalizada

A criança internada no ambiente hospitalar nem sempre foi uma preocupação por parte da sociedade. Até o século XVII, as crianças eram consideradas um estorvo, sendo tratadas como um peso para a família e seu povo, e o cuidar desses pequenos não era uma tarefa agradável nem para os seus pais. Devido à precariedade das condições de higiene e ao fato de

não existir especialidade médica voltada para a criança, o índice de mortalidade infantil era muito elevado, fato este que começou a mudar a partir do século XIX (OLER; VIERA, 2006).

Nessa época, começou a ter início a enfermagem pediátrica com Florence Nightingale (1820-1910), que orientava quanto aos cuidados à criança em relação à higiene, alimentação e recreação para crescimento e desenvolvimento saudáveis, além da prevenção de acidentes e doenças (OLER; VIERA, 2006).

Apesar da crescente preocupação mundial em relação à segurança do paciente, ainda é escasso o número de pesquisas que abordam essa temática relacionada à criança. Geralmente, as estratégias desenvolvidas para esse tipo de clientela é o mesmo observado para os pacientes em geral (SCHATKOSKI et al., 2009).

Na pediatria, uma preocupação específica é a falta de informações a respeito dos erros que ocorrem na população infantil, e os métodos necessários para diminuir as falhas e potencializar o atendimento tanto a nível ambulatorial quanto hospitalar (SILVA, 2012).

As crianças têm muito mais risco de sofrerem algum tipo de evento adverso que um adulto, e acredita-se que elas são até três vezes mais afetadas por erros de medicação. Uma análise de prontuários num hospital pediátrico do Canadá mostrou que 15% das crianças hospitalizadas sofrem algum tipo de evento adverso durante a internação (MENDES; SOUZA, 2014).

Alguns dos fatores que contribuem para que a população pediátrica seja mais suscetível a erros são: dificuldade de comunicação, dependendo do grau de desenvolvimento; maior consequência fisiológica em caso de erros de medicação; muitos cálculos de medicação de acordo com o peso; dependência de um profissional para realização de autocuidado; muitos equipamentos não são feitos para uso pediátrico, logo sofrem adaptação (MENDES; SOUZA, 2014).

A vivência da hospitalização é difícil para qualquer pessoa; porém, quando se trata de criança, pode ser uma experiência traumática, tendo em vista que a afasta de sua rotina, do ambiente ao qual está acostumada, de sua família e as condicionam em um local que lhe é estranho, com rotinas, pessoas diferentes, equipamentos, procedimentos, intervenções e, principalmente, que causa dor (GOMES et al., 2012).

Como o ambiente hospitalar é interpretado pelo pequeno paciente como um local estressante, limitante e onde, muitas vezes, são realizados procedimentos que lhe causam dor, é importante o apoio para enfrentar essa fase. Com isso, uma das principais fontes de segurança desses pacientes são seus responsáveis. De acordo com o ECA (1990), as instituições hospitalares devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral

dos pais/responsáveis no caso de internação da criança (FAQUINELLO, HIGARASHI, MARCON, 2007).

A partir do momento em que esses cuidadores passam a fazer parte do “cuidado-assistido” no meio intra-hospitalar, eles podem contribuir de maneira importante para a identificação de falhas cometidas nesse espaço, e que podem causar uma assistência menos eficiente ou agravos à saúde. Essa forma de controle tem se mostrado cada vez mais importante e útil, visto que, se levarmos em consideração o avanço da ciência e o desenvolvimento de tecnologias para a manutenção da vida, muitas vezes esquecemos que o cuidado é em primeiro lugar realizado em seres humanos (FAQUINELLO, HIGARASHI, MARCON, 2007).

Para a American Academy of Pediatrics (AAP), todas as unidades destinadas ao cuidado de saúde devem ser planejadas de forma a evitar erros. As primeiras etapas na criação dessas unidades são a identificação dos erros e o estudo de seu padrão de ocorrência. A academia expõe algumas orientações como: não punir o profissional envolvido; admitir que eventos adversos podem ou não causar erros; manter o anonimato dos envolvidos; e evitar que as informações sobre os eventos adversos sejam utilizadas em ações criminais (AAP, 2001; SILVA, 2012).

A segurança do paciente pediátrico é um enorme desafio para todos os profissionais de saúde, em especial para a equipe de enfermagem. Os incidentes não são realizados propositadamente, e a causa pode estar associada a diversos fatores, gerando consequências para a criança e sua família, assim como para as instituições de saúde. Com isso, os profissionais da saúde devem procurar identificar o quanto antes os riscos, definir soluções, prevenir e melhorar os eventos adversos provenientes do cuidar (SILVA, 2012).

A fim de garantir a segurança do paciente pediátrico, é necessário que os profissionais que prestam assistência a essa clientela tenham conhecimento adequado sobre as técnicas que devem ser empregadas durante o processo de cuidar, de tal modo que possa reduzir a probabilidade de ocorrer eventos adversos (YAMAMOTO; PETERLINI; BOHOMOL, 2011).

A garantia dos direitos da criança deve ser uma preocupação de todos os profissionais da área da saúde, com o propósito de se garantir a promoção da saúde dessa clientela, evitando que haja negligência ou qualquer tipo de ação que comprometa a saúde e o bem-estar da criança, conforme preconizado pelo ECA. É a garantia dos direitos fundamentais e disposições legais especificados no estatuto (SCHATKOSKI ET AL., 2009).

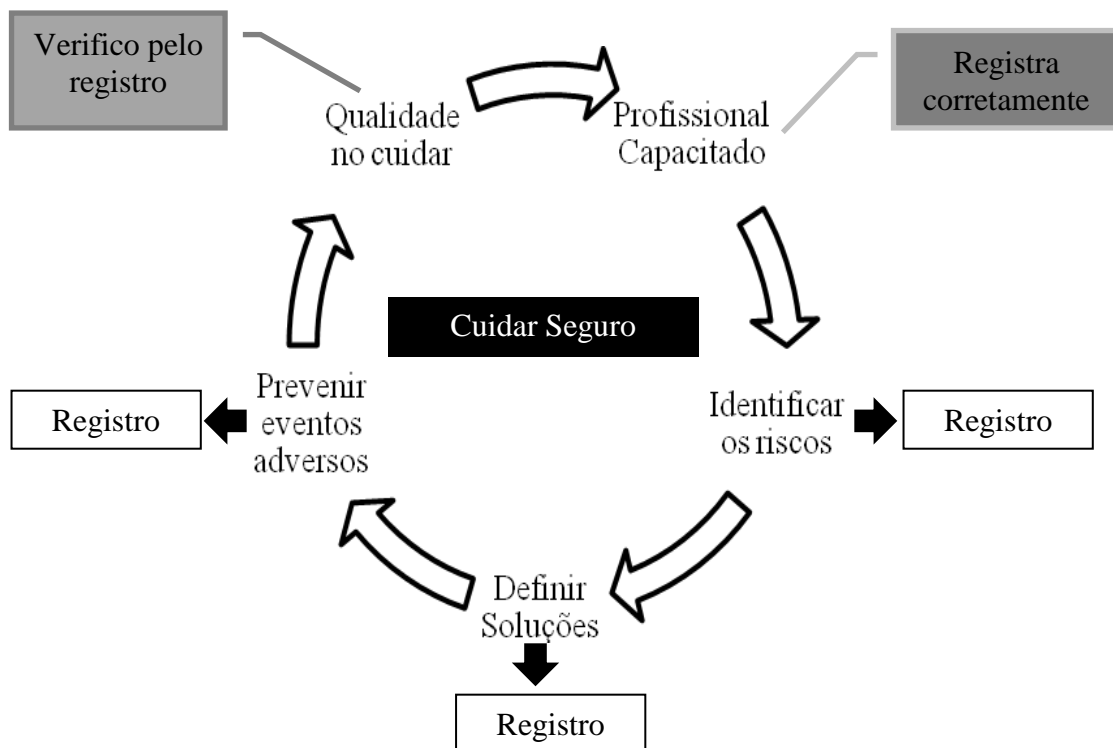
Deve-se, ainda, levar em consideração que dentro do ambiente hospitalar a criança tende a passar por várias experiências que modificam seu estilo de vida, e tal fato poderá

refletir no seu comportamento e atitude, sendo primordial que a equipe de enfermagem, por intermédio principalmente da comunicação, estabeleça relação de segurança e compreensão, buscando, dessa forma, garantir a esse paciente um crescimento e desenvolvimento adequados para sua fase (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

Durante a assistência de enfermagem prestada à criança hospitalizada, é imprescindível que todo o processo aconteça de forma organizada e sistematizada, com a finalidade de garantir uma observação cautelosa das reais necessidades de saúde, que irão direcionar as atividades. E, uma das maneiras de se obter tais informações, é por meio da comunicação (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

A Figura 4 apresenta a importância de o registro estar presente em todas as fases do processo do cuidar seguro.

Figura 4 – Cuidar seguro



Fonte: Elaborado pela autora, 2017 baseado em MARTINEZ, TOCANTINS e SOUZA, 2013.

3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, pautado na fenomenologia sociológica de Alfred Schutz, tendo por objeto o registro da equipe de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente pediátrico. Nessa concepção, busca-se o que os profissionais de enfermagem entendem sobre a relação dos seus registros com a segurança do paciente pediátrico, uma vez que possibilitará a apreensão da ação de registrar durante a assistência.

3.1 A fenomenologia como método de pesquisa

Na Alemanha do final do século XX, em posição antagônica ao conhecimento científico tradicional, nasceu a fenomenologia. Esta ciência buscava a compreensão do ser humano propriamente, analisando sua consciência, liberdade, dimensão ética e valorativa, na tentativa de preencher a lacuna deixada pelo positivismo, que retratou somente questões da ciência relacionadas à lógica e à precisão (ALMEIDA et al., 2009).

A palavra fenomenologia foi utilizada a princípio como sinônimo de visão falsa da realidade, por J. H. Lambert, em 1764. Em 1804, Fichte usou a fenomenologia com um sentido diferente, em que aparência vem a ser a manifestação de algo real, verdadeiro, uma revelação (CAPALBO, 2008).

Mas foi com Hegel que a fenomenologia se definiu como método e uma filosofia. Para ele, a tarefa da fenomenologia consistirá propriamente em saber distinguir as manifestações que são verdadeiras e válidas, das falsas e ambíguas (CAPALBO, 2008).

De acordo com a concepção clássica da filosofia racionalista, o dado era reestruturado a partir de uma dedução sistemática de alguns princípios básicos, que agem como ideias iniciais. No entanto, a fenomenologia terá a preocupação em mostrar, e não demonstrar, esclarecendo as estruturas em que a experiência se verifica, deixando revelar na descrição da experiência as suas estruturas universais (CAPALBO, 1996).

A fenomenologia será uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência eidética que procede por descrição e não por dedução. Ela se ocupa de fenômenos, mas como uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas. Os fenômenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência (CAPALBO, 1996).

Husserl, responsável por afirmar a fenomenologia, averiguou onde é o ponto de partida e de sustentação da ciência, pois sabia que toda ciência é percebida e dada a conhecer em uma consciência. “Toda ciência se dá a conhecer como fenômeno que aparece à consciência” (CAPALBO, 2008).

Não existe fenômeno que não seja fenômeno para uma consciência de algo, não existe consciência sem que ela seja consciência de algo, sem que ela seja determinada como certa maneira de visar os objetos, o mundo. Para toda modalidade da consciência intencional têm-se uma correspondência ou um determinado modo de o objeto se apresentar à consciência. A todo conteúdo visado, a todo objeto (noema), corresponde certa modalidade de consciência (noesis) (CAPALBO, 1996).

A preocupação da fenomenologia é descrever o fenômeno e não o explicar, compreendê-lo sem a preocupação de identificar as relações de causa e efeito, descrever o fenômeno analisando o que foi vivido, buscando compreender sem interferir na sua originalidade (ALMEIDA et. al, 2009).

O ser em si oculta-se atrás do fenômeno, contudo a percepção do real só é apreendida por meio de pontos de vistas. É da essência do percebido não poder ser objeto da exploração exhaustiva, mas sim de desvelar-se progressivamente e de ser apreendido em perspectiva (CAPALBO, 1996).

Todos nós estamos no mundo uns com os outros, vivendo em comunidade, dividindo conhecimentos, compartilhando crenças e opiniões diariamente, construindo o que podemos chamar de sentido comum (CAPALBO, 1996).

Segundo Capalbo (1996), “o mundo da vida é intersubjetivo, ou seja, é a esfera comum da vida que se apresenta com um sentido pré-dado no âmbito das atividades subjetivas. A vida da subjetividade é a base para se poder perguntar pela objetividade”.

Logo, nas pesquisas realizadas na perspectiva da fenomenologia, o pesquisador importa-se em apresentar e elucidar o que é dado. Não se importa em explicar por intermédio de leis, nem concluir com base em princípios, mas contempla o que está presente na consciência dos sujeitos. O que interessa ao pesquisador não é o mundo que existe, nem o conceito subjetivo, nem uma atividade do sujeito, mas sim o modo como o conhecimento do mundo se dá, tem lugar, se realiza para cada pessoa (GIL, 2008).

“O objeto de conhecimento para a Fenomenologia não é o sujeito nem o mundo, mas o mundo enquanto é vivido pelo sujeito” (GIL, 2008).

A enfermagem, por estar envolvida diretamente com questões existenciais dos seres humanos no seu campo de atuação, encontra na fenomenologia uma importante contribuição

para sua forma de agir e pensar, pois, para compreender a realidade à sua volta, é necessário que se compreenda a subjetividade e sua essência, sem esquecer a objetividade também envolvida (TERRA, 2006).

A essência significa a possibilidade de compreensão da realidade, do fenômeno e da experiência vivida. E a subjetividade é aquela a partir da qual emergem as características do sujeito, reforçando o seu aspecto de ser humano singular. Da relação mútua na vida entre os sujeitos na vida cotidiana, surge a intersubjetividade, fortalecendo as interações que cada sujeito estabelece com o outro, compartilhando visões de mundo, crenças e valores no cotidiano social. Dessa maneira, a fenomenologia pretende descrever o fenômeno tal qual ele aparece, reconhecendo nessa caminhada a essência do ser, da vida, das relações (TERRA, 2006).

A fenomenologia possibilita ao pesquisador ter uma visão real das experiências que estão envolvidas no processo saúde e doença, independentemente do cenário em que ocorra o cuidado (JESUS et al., 2013).

“Para a fenomenologia os fenômenos acontecem dentro de um determinado tempo e espaço e precisam ser mostrados para que se alcance a compreensão da vivência levando-nos a refletir sobre como esta modalidade de pensar pode contribuir para o viver cotidiano” (TERRA, 2006).

Logo, a fenomenologia contribui na pesquisa em enfermagem, uma vez que permite saber a compreensão, que não se encontra evidente, mas está ligada aos fenômenos humanos. Trata-se de um conhecimento que leva à reflexão e provoca mudanças na forma daquele que a considera como possibilidade, e na percepção do outro, visto como sujeito e não como objeto (TERRA, 2006).

Dentro da fenomenologia, destaca-se a fenomenologia sociológica de Alfred Schutz, estruturada a partir dos pressupostos estabelecidos nos conceitos de Edmund Husserl e da sociologia compreensiva de Max Weber (VIEIRA et al., 2013).

Husserl retrata a fenomenologia como um método da crítica do conhecimento universal das essências. Assim, Schutz usa da fenomenologia husserliana, que estava fundamentada na vivência da consciência, investigando, as correlações existentes entre o ato, os significados e o objeto, para que assim pudesse obter filosoficamente a compreensão do significado das ciências sociais (CIUFFO, 2013; SCHUTZ, 1962).

Schutz procurou a compreensão da intersubjetividade mediante seus estudos, uma vez que Husserl não havia conseguido determinar anteriormente. Com isso, procurou esclarecer em suas pesquisas a questão da intersubjetividade em um mundo de atitude natural; ou seja,

no qual há uma interação entre as pessoas, e onde estas agem conforme suas próprias experiências (CIUFFO, 2013; SCHUTZ, 1979; SCHUTZ, 1962).

Já Max Weber estudou os aspectos metodológicos das ciências humanas fortalecendo sua linha de pensamento na sociologia compreensiva. Por meio da teoria de Weber acerca do significado subjetivo como critério crucial para a ação humana, Schutz estabeleceu uma ligação entre o domínio da fenomenologia para chegar ao da sociologia (SCHUTZ, 2012; SCHUTZ, 1962).

Weber desenvolveu a noção de sociologia como disciplina, definindo-a como uma ciência que procura apreender a ação social de forma interpretativa; sendo assim, procurou explicar a motivação de sua realização bem como de seus efeitos. Apresentou ainda que a conduta humana é considerada propriamente ação apenas quando a pessoa que age atribui algum significado à sua ação; portanto, essa conduta intencional torna-se social se for dirigida à conduta de outros (SCHUTZ, 2012; SCHUTZ, 1962).

Assim, o foco principal de Schutz está voltado para a descrição dos processos sociais, que ocorrem, segundo ele, em um mundo onde se devem ponderar as questões de tempo e espaço, e acontece a formação da ação dos sujeitos, bem como o contexto. Mundo esse sobretudo social, uma vez que as pessoas estabelecem relações umas com as outras e também adquirem experiências que vem a ser a base das ações sociais de acordo com Schutz (CIUFFO, 2013; SCHUTZ, 1979; SCHUTZ, 1976).

Sendo assim, Alfred Schutz procurou a apreensão do significado das ações dos sujeitos no mundo social e o estabelecimento típico da ação, tendo como parâmetro as relações intersubjetivas relacionadas a suas experiências cotidianas (JESUS et al., 2013; VIEIRA et al., 2013).

3.2 A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz

Alfred Schutz (1899-1959) nasceu em Viena, onde se formou em Direito e Ciências Sociais. Ao longo de sua trajetória de estudos, baseou-se nas obras de Edmund Husserl e Max Weber. Este último influenciou Schutz a levantar a concepção de interpretação da realidade social regulada na significação dos atos pelo sujeito que os pratica (SCHUTZ, 2012).

Em Husserl, Schutz procurou a explicação filosófica que lhe permitisse apreender os fenômenos sociais a partir do significado atribuído pelo sujeito à ação. Com isso, esse

significado é analisado a partir do cotidiano das pessoas, compreendendo a ação destas no mundo da vida, como sujeito em si ou na relação intersubjetiva (SCHUTZ, 2012).

A intersubjetividade ocorre a partir da interação entre os homens, é uma relação mútua, em que o indivíduo age sobre os outros e, ao mesmo tempo, deixa ser afetado por eles, fazendo com que todos experienciem esse mundo compartilhado de maneira muito parecida, formando o que podemos chamar de sentido comum (SCHUTZ, 2012; SCHUTZ, 1962).

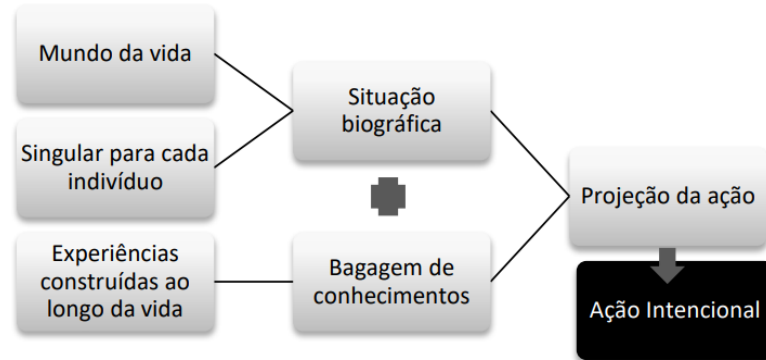
Logo, o mundo da vida não é privativo, mas é um mundo intersubjetivo, experienciado pelo homem. Esse mundo existe muito antes de nascermos, tem uma história e já nos é apresentado de maneira organizada. O propósito inicial do sujeito nesse mundo não é tentar compreendê-lo – e sim realizar trocas dentro dele –, influenciando e sendo influenciado, modificando-se constantemente e variando suas estruturas sociais (CIUFFO, 2013; SCHUTZ, 1974; SCHUTZ, 1962).

Cabe ressaltar que, ao longo da vida, cada pessoa segue interpretando o que encontra no mundo de acordo com suas perspectivas e interesses particulares, motivos, desejos, aspirações, compromissos religiosos e ideológicos, o que Schutz denominou como situação biográfica. Isso faz com que cada indivíduo se situe de maneira específica na realidade na qual está inserido e aja de maneira natural, o que foi nomeado de atitude natural (SCHUTZ, 1974).

Apesar de a realidade do sentido comum ser dada de forma cultural, o modo com que essas formas vão se expressar na vida particular dependerá das experiências construídas ao longo da vida, sendo estas as formadoras da bagagem de conhecimentos. Ao nascermos, nossos progenitores, que nos são exclusivos, são os responsáveis por nos passar os primeiros fragmentos de experiências; além deles, incluem-se os conhecimentos adquiridos por meio dos educadores e das experiências concretas, formando-se, desse modo, a base para uma ação subsequente (SCHUTZ, 1974).

Sendo assim, a situação biográfica e a bagagem de conhecimentos influenciam diretamente a projeção da ação (Figura 5), pois, apesar da origem de toda ação social ter um sentido comum, cada pessoa irá se situar de uma maneira particular no mundo da vida (JESUS et al., 2013).

Figura 5 – Ação intencional



Fonte: Elaborado pela autora, 2017 baseado em Schutz, 1974 e Jesus et al., 2013.

Para Schutz (2012), toda atitude que é prevista, ou seja, que é formada a partir de uma concepção previamente concebida, intencional, deve ser chamada de ação. Ao traçar a ação, a pessoa antevê o resultado de seu comportamento, como se este já tivesse sido realizado, sendo que as possibilidades de vir a concretizá-lo dependerão diretamente dos elementos presentes no seu vivido.

A interpretação da ação pelo sujeito se dará com fundamento em seus motivos existenciais, originados das suas vivências inscritas na subjetividade, que levarão à ação social no mundo (JESUS et al., 2013).

A ação social corresponde ao projeto intencional, de um ator social, dotada de significados subjetivos, apoiada pelo caráter motivacional; ou seja, os motivos que envolvem fins para alcançar algo, objetivos que se procuram alcançar são denominados “motivos para”; já os motivos que explicam pelos antecedentes, na bagagem de conhecimentos, na experiência vivida no âmbito biopsicossocial de cada ser são denominados “motivos porque”, conforme ilustrado na Figura 6 (SCHUTZ, 1974).

Figura 6 – Conceito dos motivos porque e para



Fonte: Elaborado pela autora, 2017 baseado em Schutz, 1974.

Ao fim da realização da ação, esta pode ocorrer forma diferente daquela que foi planejada, fazendo com que surja uma série de reflexões (JESUS et al., 2013).

Dentre as concepções da fenomenologia, pode-se destacar a tipificação. A tipificação é de grande valor, pois ela possibilita a compreensão de uma percepção anônima e objetiva do fenômeno estudado, que se desvelará a partir das experiências e vivências subjetivas e intersubjetivas. O típico se desvelará a partir de um conjunto de categorias concretas do vivido (JESUS et al., 2013).

3.2.1 A fenomenologia sociológica de Alfred Schutz e a enfermagem

A enfermagem tem como ação social o cuidar do outro, envolvendo uma série de atitudes, atos e comportamentos que estão relacionados ao processo saúde-doença. As ações realizadas variam de acordo com o relacionamento estabelecido entre ambas as partes e as situações de cuidar (JESUS et al., 2013).

O ato de cuidar vai muito além da questão profissional; é uma atitude natural exposta ao homem como uma realidade social, uma vez que cuidamos de nossa família, amigos, objetos e de nós mesmos. Ou seja, o cuidado é visto como algo natural, inerente ao ser humano (JESUS et al., 2013).

O cuidar profissional está ligado a uma relação social específica entre os sujeitos que dela fazem parte, pois se acrescenta ao cuidado natural a questão técnico-científica, além de basear na intersubjetividade, na bagagem de conhecimentos e na situação biográfica do profissional da saúde (JESUS et al., 2013).

O contato face a face é indispensável durante o cuidar, ou seja, os sujeitos envolvidos na ação estão conscientes um do outro e voltados reciprocamente tempo e espaço. A ação do cuidar na enfermagem envolve um contexto social que manifesta diferentes concepções de saúde, doença, necessidades, podendo levar a vivências positivas ou negativas aos sujeitos envolvidos (SCHUTZ, 1974).

É possível compreender essa ação na enfermagem a partir da tipificação prevista na fenomenologia, encontrando baldrame no contexto sócio-histórico de sujeitos que se envolvem nas relações sociais. A tipificação ocorre a partir do momento em que é estabelecida uma relação uniforme de determinações e condicionantes sociais e de saúde, que são sedimentadas a partir de algo mais primitivo nas relações sociais aplicadas no mundo

profissional. Compreende-se o cuidado com o paciente na medida em que há reciprocidade nas intenções e expectativas entre aquele que cuida e o receptor desse cuidado (JESUS et al., 2013).

Sendo assim, conforme a fenomenologia social de Alfred Schutz, “... o cuidado de enfermagem pode ser considerado uma ação social que tem como cenário o mundo da vida, no qual são estabelecidas relações intersubjetivas que devem ser valorizadas pelo enfermeiro nos diversos contextos em que atua”. Essa valorização vai além de reconhecer a pessoa, – leva em consideração toda carga de conhecimentos e experiências vividas –, bem como a situação vivida no momento do cuidado propriamente. Assim, o profissional consegue analisar melhor o processo de cuidar, percebendo a vida do indivíduo dentro do contexto no qual está inserido (JESUS et al., 2013).

Segundo Rodrigues et al. (2011), “o homem em toda a sua singularidade é sujeito e não objeto das ações profissionais, e com ele devemos ter o compromisso ético e o respeito que é vivido a partir dos significados que sustentam as relações no contexto do cuidar como uma ação social”.

Logo, a fenomenologia sociológica de Alfred Schutz se aplica a este estudo, pois permite entender o significado da ação de registrar para o enfermeiro; ou seja, foca na relação entre profissionais com projetos intencionais semelhantes em sua tipicidade (RODRIGUES et al., 2011).

A base para a ação social é a situação biográfica de cada pessoa, pois, ela influirá no modo como a pessoa ocupa o espaço da ação, interpreta suas possibilidades e se envolve em desafios. Ao interrogar o sujeito, Schutz busca em Husserl a consciência intencional, porque é na intencionalidade da consciência que se dá a abertura para captar o que entendemos e apreendemos como uma determinada ação realizada (RODRIGUES et al., 2011).

Com isso, buscam-se não só os aspectos técnicos do cuidado, mas também a compreensão dos sujeitos envolvidos ao longo de todo o processo de cuidar. A fenomenologia possibilita à enfermagem a percepção do ser humano em determinado tempo e espaço, em que se compartilham ideias com o outro e com o mundo, permitindo que se tenha uma visão do outro em seu todo vivido e situado no mundo (VIEIRA et al, 2013).

Apreender uma abordagem compreensiva da enfermagem a partir do referencial teórico de Alfred Schutz significa, em essência, afirmar que essa profissão se alicerça em uma prática fundamentalmente relacional, que se pauta na compreensão bilateral dos motivos envolvidos nesse processo de cuidar, os motivos-para e os motivos-porque do binômio enfermagem-usuários (SALVADOR et al., 2014).

Assim, pode-se perceber que a fenomenologia sociológica de Alfred Schutz foi a melhor escolha para guiar o estudo quando se refere à ação da equipe de enfermagem, possibilitando apreender o significado ao realizar o registro, e ainda a compreensão da relação entre os seus registros e a segurança do paciente pediátrico, na visão dos técnicos e enfermeiros que atuam na enfermagem de pediatria.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Cenário de estudo

O estudo foi realizado na enfermaria de pediatria de um Hospital Universitário, localizado no município do Rio de Janeiro. A escolha do local justifica-se pelo fato de ter sido cenário de uma pesquisa anteriormente realizada, onde foram analisadas as anotações efetuadas pelos técnicos de enfermagem. Com isso, procurou-se dar continuidade ao estudo dando voz aos profissionais de enfermagem que ali atuam.

O Hospital Universitário escolhido para estudo foi inaugurado no ano de 1950, pertencendo à rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, tornando-se hospital-escola apenas em 1962. Em 1965, foi inserido à universidade como Hospital das Clínicas, sendo assim, suas atividades priorizavam unicamente as de natureza acadêmicas de ensino e pesquisa, por meio do acompanhamento e estudo de casos clínicos raros e doenças em estágio final.

A partir de 1975, devido a um convênio acordado com o Ministério da Educação e Previdência Social, o hospital passou a atender o público em geral, moldando-se às necessidades da população mais carente. Em decorrência da qualidade do atendimento prestado, pela formação de uma rede de profissionais capacitados e dos modernos meios de diagnóstico e tratamento oferecidos, houve um aumento na demanda por atendimento, o que o tornou um dos maiores complexos docente-assistenciais na área da saúde.

Desse modo, o Hospital Universitário hoje é referência em diversas especialidades, e importante centro nacional de formação de profissionais da área da saúde. Estruturalmente possui 44 mil m² de área construída, dispõe de aproximadamente 525 leitos, e engloba mais de 60 especialidades e subespecialidades. Apresenta uma tecnologia de ponta nas áreas de Cirurgia Cardíaca, Transplante Renal e Transplante de Coração.

Promove atividades de ensino e pesquisa em sua rotina, abrangendo alunos da graduação, especialização, mestrado e doutorado de diferentes áreas biomédicas, possibilitando constantes descobertas, contribuindo não só para a melhoria da qualidade da assistência prestada, como também para o aperfeiçoamento do mundo científico.

Além disso, foi o primeiro hospital do Brasil a oferecer um atendimento especializado ao adolescente, com a inauguração em 1975 da Enfermaria de Adolescentes. Atualmente

chamado de NESA (Núcleo de Estudo da Saúde do Adolescente), dispõe de uma equipe multiprofissional, e é centro de referência nacional para adolescentes, em especial, aos portadores de cardiopatias e nefropatas crônicos.

Ademais, foi o primeiro hospital universitário do estado do Rio de Janeiro a receber o título de “Hospital Amigo da Criança”, em 1998, concedido pela UNICEF e OMS, devido às práticas de incentivo ao aleitamento materno.

Em 2006, foi criado o Núcleo Perinatal, que é a maternidade referência para gravidez de alto risco no estado do Rio de Janeiro, composto por serviços de obstetria, alojamento conjunto e UTI Neonatal.

Em relação aos serviços de Pediatria, o hospital possui um ambulatório voltado para a clientela pediátrica de forma geral, onde são realizadas consultas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, além de prestar uma assistência integral voltada tanto questões biológicas quanto sociais. Oferece ainda consultas em diversas especialidades pediátricas – HIV, doenças infecto parasitárias (DIP), neurologia, bexiga neurogênica, cirurgia pediátrica, dentre outros.

O ambulatório também dispõe do “Projeto Follow up”, que faz o acompanhamento multidisciplinar de crianças que nasceram prematuras no Núcleo Perinatal, e do “Projeto Amar”, que também realiza puericultura multidisciplinar de crianças até 5 anos.

Fazendo ainda parte dos serviços prestados à criança, têm-se: a emergência infantil, destinada a crianças graves, que necessitam de maior atenção da equipe de saúde e tecnologias mais avançadas; a cirurgia pediátrica (CIPE), para crianças que necessitam de intervenções cirúrgicas; e a enfermagem de pediatria, que possui 16 leitos, e recebe crianças na faixa etária de 30 dias até 12 anos incompletos, com as mais variadas patologias, dentre elas, podem-se destacar doenças neurológicas, genéticas, hematológicas, próprias da infância, e distúrbios respiratórios.

A enfermagem possui uma equipe multiprofissional composta pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnicos), equipe médica (pediatra e outras especialidades, quando necessário), nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais.

A equipe de enfermagem é composta por: 09 enfermeiros, 28 técnicos de enfermagem e 06 residentes, sendo um total de 06 equipes, que são divididas em uma escala 12 por 60 (com exceção da residência que possui uma escala separada de 60 horas semanais).

4.2 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 20 profissionais de enfermagem (04 enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem) que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuarem na enfermaria de pediatria, prestando cuidado direto às crianças que ali permaneciam internadas, e que aceitaram participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram os enfermeiros em atividades eminentemente administrativas, os que no momento da realização da pesquisa encontravam-se de férias ou licença, e os residentes de enfermagem. Estes últimos não foram entrevistados, pois não atuavam exclusivamente na enfermaria, uma vez que havia um rodízio mensal destes entre diferentes setores da Pediatria.

4.3 Aspectos éticos da pesquisa

Antes de sua execução, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde foi realizado, sendo aprovado com o CAAE n.º 63991416.3.0000.5282, Protocolo n.º 1.908.487 (Anexo 1).

Durante toda a pesquisa foram respeitados os aspectos éticos dispostos na Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL,2012), garantindo assim, os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Todos os profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa estiveram cientes no que se refere ao:

PRINCÍPIO DA VOLUNTARIEDADE E ANONIMATO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Antes de se iniciar a pesquisa, o profissional de enfermagem foi previamente informado que sua participação seria voluntária, bem como poderia se recusar ou desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de retaliação ou ônus. Do mesmo modo, foi reforçado o anonimato ao longo do estudo, sendo o participante identificado por codinomes que não possuíam qualquer relação com ele.

BENEFÍCIOS

Foi comunicado ao profissional de enfermagem que a pesquisa poderia trazer benefícios diretos ao serviço de enfermagem, assim como para o paciente pediátrico, visto que o estudo buscava compreender o que a equipe de enfermagem tinha em vista ao realizar um registro, além de procurar discutir a segurança do paciente pediátrico por meio dos registros de enfermagem. Espera-se que, a partir desta pesquisa, haja uma reflexão e maior entendimento acerca das ações de enfermagem dentro do cuidar seguro. A partir disso, o estudo poderá contribuir também para o ensino e pesquisa.

RISCOS

Foi esclarecido que a participação na pesquisa não oferecia riscos físicos ou psicológicos, uma vez que a temática abordada já faz parte da realidade na qual estão inseridos os profissionais de enfermagem.

No entanto, foi esclarecido ao participante que, mesmo a pesquisa não oferecendo riscos físicos de forma direta, caso ele se sentisse desconfortável em fornecer informações pessoais, ou não quisesse dar prosseguimento à entrevista por qualquer outro motivo, ele poderia solicitar a sua interrupção e se retirar em qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo. Caso isso viesse a ocorrer, a pesquisadora se comprometeu a conversar com o profissional, esclarecendo suas dúvidas, realizando uma escuta ativa das aflições, dúvidas ou questionamentos que pudesse ter, de forma que qualquer desconforto que porventura surgisse seria sanado. Além disso, foi reforçado que não haveria nenhuma interferência em seu ambiente profissional.

Antes de iniciar as entrevistas, os profissionais de enfermagem leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), segundo as recomendações da Resolução n.º 466/12 (BRASIL, 2012). Este apresentava informações como: objetivos do estudo; garantia do anonimato; direito à desistência em participar do estudo a qualquer momento; acesso à pesquisadora (caso necessitassem de esclarecimentos acerca do estudo e de sua realização) e aos resultados do estudo; comprometimento ético por parte da pesquisadora; e autorização para que as informações geradas pudessem ser utilizadas na academia e nos meios de divulgação científica.

Ao concordarem com todas as informações descritas no referido termo, os participantes o assinaram, garantindo, assim, segurança tanto para o pesquisador quanto para o pesquisado.

Todos os dados coletados durante a pesquisa foram utilizados para fins desta, mantendo em sigilo a identificação dos pacientes, bem como os seus dados.

Todas as informações obtidas ao longo do estudo foram de uso exclusivo da pesquisadora e orientadoras, sendo arquivadas ao fim da pesquisa por cinco anos e após esse período serão destruídas.

ESCLARECIMENTOS DE DÚVIDAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram informados que, caso sentissem a necessidade de maior esclarecimento ou dúvidas em relação ao estudo, poderiam solicitar à pesquisadora a sua devida elucidação. Caso viessem a ocorrer, após a entrevista, o profissional deveria entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone 2868-8236, ramal: 210, ou também poderiam encaminhar-se ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF-UERJ), localizado na Boulevard 28 de setembro, 157, sala 702, Vila Isabel, Rio de Janeiro-RJ.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista fenomenológica, realizada em um espaço reservado dentro da enfermaria de pediatria, durante o período de março a abril de 2017.

Segundo Marconi e Lakatos (2010), a entrevista é o encontro entre duas pessoas, cujo objetivo é que uma delas obtenha informações acerca de determinado assunto, por meio de um diálogo de natureza profissional, sendo muito utilizado na investigação social, para coleta de dados.

Para Boemer (1994), quando o pesquisador interroga, ele está em busca de um fenômeno e não de um fato, pois o fato está ligado à ideia de repetitividade, causalidade e controle. Já o fenômeno segue outro caminho, ele precisa ser desvelado, mostrar seus significados.

De acordo com Carvalho (1991), “a entrevista fenomenológica é uma maneira acessível ao cliente de penetrar a verdade mesma de seu existir, seja ela qual for, sem qualquer falseamento ou deslize, sem qualquer preconceito ou impostura”.

Durante a entrevista fenomenológica, o pesquisador deve: ver e observar a partir do espaço e do tempo do participante, a fim de apreender as suas subjetividades; interpretar compreensivamente a linguagem do cliente e a percepção dessa linguagem como veículo de significações; e perceber os gestos do outro em seu movimento (CARVALHO, 1991).

Os relatos foram coletados individualmente, mediante um aparelho de gravação de áudio, com a prévia autorização dos participantes da pesquisa, quando profissionais de enfermagem falaram livremente, expondo suas compreensões acerca dos seus registros e sua relação com a segurança do paciente.

Para alcance do objetivo proposto, foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE B), contendo sete itens para caracterização do sujeito (composto por categoria, idade, sexo, tempo de formação (ensino superior, especialização), tempo de atuação na área pediátrica), e três perguntas orientadoras, que foram:

- a) O que você tem em vista ao realizar o registro de enfermagem?
- b) Fale sobre os elementos que, para você, devem estar presentes nos registros de enfermagem?
- c) Quando você faz o registro, você tem em vista a segurança do paciente? Por quê?

Após captação das falas e sua posterior transcrição, foi realizada uma leitura atenta para reconhecer os significados dos registros pela equipe de enfermagem, bem como apreender se estabeleciam alguma relação com a segurança do paciente pediátrico.

As entrevistas se encerraram quando houve repetitividade nas falas, isto é, quando o fenômeno já se mostrava em sua essência, atendendo assim as necessidades do estudo.

4.5 Análise das falas

De acordo com Rodrigues (1998), a organização do material não estruturado coletado a partir da transcrição e leitura atenciosa das entrevistas, deve ser organizado em categorias, e estas precisam estar diretamente relacionadas ao objeto e objetivo do estudo.

Nessa etapa, é quando se começará a apreender o significado subjetivo da ação pesquisada. O pesquisador nesse momento não pode se distanciar das questões orientadoras da entrevista, para captar os motivos “para”, e os objetivos das pessoas ao realizarem determinada ação (RODRIGUES, 1998).

A fim de se proceder a análise das falas, foram utilizados os procedimentos desenvolvidos por Tocantins (1993) e Rodrigues (1996), que são:

- a) Obtenção das falas, para a descrição das ações vividas, expressas pelos sujeitos;
- b) Transcrição imediata das entrevistas, por possibilitar que a subjetividade daquele momento da interação do pesquisador com o participante se faça presente;
- c) Leitura distinta, procurando captar aquilo que se mostrar subjetivo e trazer para uma visão objetiva, visando possibilitar o agrupamento de aspectos afins dos significados da ação de registrar, com vistas à categorização.

5 SITUAÇÃO BIOGRÁFICA

A situação biográfica dos participantes do estudo foi elaborada a partir de um roteiro de pesquisa, apresentado no início de cada entrevista, sendo composto por categoria, idade, sexo, tempo de formação (ensino superior, especialização), tempo de atuação na área pediátrica.

Nesse sentido, de acordo com Schutz (2012), no mundo da vida cada pessoa encontra-se de maneira única, uma vez que cada um possui a sua história, baseada em experiências prévias próprias ou que lhe são transmitidas por seus pais e educadores.

A sedimentação das experiências prévias de cada indivíduo faz com que ele não apenas ocupe um ambiente físico e sociocultural, mas também que assuma sua própria posição moral e ideológica, com base em sua bagagem de conhecimentos (SCHUTZ, 2012).

Sendo assim, a partir da situação biograficamente determinada em que cada pessoa se encontra, ela define seu modo de agir, interpretar suas possibilidades e enfrentar os seus desafios. Pois, apesar de a matriz de toda ação social ter um sentido comum, cada pessoa situa-se de maneira específica no mundo da vida, possuindo um estoque de conhecimentos que lhe é privativo, fazendo com que cada situação seja vivenciada de forma exclusiva (JESUS et al., 2013).

Dessa forma, consegue-se compreender o significado do registro de enfermagem de acordo com cada profissional, pautado na sua bagagem de conhecimentos, além de sua ação intencional ao realizá-lo.

Cabe ressaltar que os dados biográficos são importantes, porque a bagagem de conhecimentos na fenomenologia sociológica de Alfred Schutz se baseia naquilo que o homem constrói a sua cultura por meio de seus contemporâneos. Logo, neste momento não se pretende fazer comparações entre as categorias de técnico de enfermagem e enfermeiro, busca-se apenas uma identificação acerca dos dados vividos individualmente.

O Quadro 2 abaixo representa a caracterização dos participantes.

Quadro 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa

Código	Categoria	Idade	Sexo	Tempo de formação	Ensino superior em enfermagem	Especialização	Tempo de atuação em pediatria
E01	ENF	33 anos	F	06 anos	Sim	Pediatria e Neonatologia	06 anos
E02	TE	32 anos	F	13 anos	Sim	-	11 anos
E03	TE	43 anos	F	20 anos	Não	-	15 anos
E04	TE	43 anos	F	23 anos	Sim	-	23 anos
E05	TE	34 anos	F	17 anos	Sim	-	14 anos
E06	ENF	43 anos	F	20 anos	Sim	Neonatologia	17 anos
E07	TE	47 anos	F	14 anos	Não	-	05 anos
E08	TE	53 anos	F	25 anos	Não	-	24 anos
E09	TE	48 anos	F	32 anos	Não	-	20 anos
E10	TE	29 anos	F	12 anos	Sim	Neonatologia	12 anos
E11	TE	37 anos	F	19 anos	Sim	-	17 anos
E12	TE	38 anos	M	18 anos	Não	-	17 anos
E13	ENF	29 anos	F	06 anos	Sim	Banco de Leite Humano	02 anos
E14	ENF	32 anos	F	07 anos	Sim	Clínica-médica	02 anos
E15	TE	32 anos	F	13 anos	Sim	-	13 anos
E16	TE	45 anos	F	26 anos	Não	-	03 anos
E17	TE	31 anos	F	14 anos	Sim	Enfermagem do Trabalho	10 anos
E18	TE	31 anos	F	14 anos	Sim	Pediatria	06 anos
E19	TE	49 anos	F	31 anos	Sim	Neonatologia	20 anos
E20	TE	58 anos	F	23 anos	Sim	Clínica da Família	16 anos

Legenda: ENF- Enfermeiro; TE- Técnico de Enfermagem; F- Feminino; M- Masculino

Fonte: A autora, 2017.

No total, foram entrevistados 20 profissionais de enfermagem, sendo 16 técnicos de enfermagem e 04 enfermeiros, que atuam diretamente no cuidado das crianças na Enfermaria de Pediatria.

Dentre os participantes do estudo, 19 eram mulheres e apenas 01 homem. Com isso, percebe-se que a equipe de enfermagem ainda é uma profissão predominantemente feminina. Segundo dados da FIOCRUZ/COFEN (2013), considerando o total de 234.940 profissionais de enfermagem que atuam no estado do Rio de Janeiro, 16,4% são do sexo masculino contra 83,4%, do feminino. Todavia, é ressaltado nesta pesquisa que, apesar do número ainda baixo de homens, já é possível perceber uma tendência a masculinização da categoria, devido ao aumento do contingente masculino nessa categoria profissional.

A faixa etária está compreendida entre 29 a 58 anos, porém há predominância de profissionais com idade entre 31 e 35 anos (35%). Esses dados vão ao encontro do que é apontado na pesquisa FIOCRUZ/COFEN (2013), que mostra uma profissão composta, principalmente, por profissionais jovens, no entorno de 26 a 35 anos.

Os profissionais de enfermagem possuem tempo de formação que varia de 06 a 32 anos, sendo a maioria com menos de 21 anos de formado (75%). Esses dados vão de encontro aos achados da FIOCRUZ/COFEN (2013), nos quais foi constatado que, no Rio de Janeiro, o tempo de formação de grande parte dos enfermeiros está entre 02 e 10 anos, e dos técnicos de enfermagem, de 06 e 20 anos.

Dos entrevistados, 14 possuem ensino superior na área de enfermagem, 09 com especialização, sendo apenas 02 em Pediatria. Com isso, é possível perceber que profissionais de enfermagem, muitas vezes, não são alocados nos setores de acordo com as suas especialidades e sim por necessidade de serviço. Foi observado, neste estudo, que a maioria possui especialidade na área de Neonatologia.

Cabe, ainda, ressaltar que, dos 16 técnicos de enfermagem entrevistados, 10 possuem ensino superior completo em enfermagem. Com isso, é possível notar que a percentagem desses profissionais que possuem ensino superior completo é maior nesse setor de pediatria do que a encontrada pela FIOCRUZ/COFEN (2013) no Rio de Janeiro, pois nele foi encontrado que o grau de escolaridade era em sua maioria de ensino médio completo (50,1%). Além disso, 05 destes possuem especialização, representando 50%, contra 27,4% do encontrado no Rio de Janeiro (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

Ao analisar o quadro acima, notamos também que os técnicos de enfermagem com maior faixa etária, em sua maioria, não possuem ensino superior em enfermagem, apenas o ensino médio completo.

No tocante ao tempo de atuação na área de pediatria, tem-se um período mínimo de 02 e máximo de 24 anos, sendo que grande parte desses profissionais possui entre 10 e 20 anos de experiência na área.

6 ANÁLISE COMPREENSIVA

A análise compreensiva das falas foi realizada no sentido de apreender a intencionalidade da ação dos profissionais de enfermagem ao realizarem o registro no prontuário do paciente; ou seja, o que eles têm em vista quando realizam esta ação. E, se compreendem a importância de seus registros para a segurança da criança hospitalizada.

Inicialmente, após a realização das entrevistas, cada uma delas foi devidamente transcrita, não sofrendo qualquer alteração ou interpretação. Posteriormente, foi realizada uma leitura atenciosa das falas, com o propósito de captar as similaridades entre elas, a fim de que fosse realizada a categorização.

Concretas do vivido é a denominação dada às categorias dos estudos fundamentados na fenomenologia sociológica de Alfred Schutz, sendo constituídas de resumos objetivos dos diferentes significados da ação, que surgem a partir das experiências dos participantes do estudo. Formam, assim, os intitulados constructos de segundo nível, emergentes e originados de experiências no mundo social (JESUS et al., 2013).

Essas categorias apresentam os aspectos pertinentes de ações que provocam os fenômenos sociais, tais como se manifestam no mundo social, e envolvem tanto a reflexão dos sujeitos como a visão do pesquisador. Além disso, os significados que as compõe não são necessariamente excludentes, pois determinados aspectos podem estar presentes em mais de uma categoria, já que são inter-relacionadas na experiência dos sujeitos (JESUS et al., 2013).

Fundamentado no conjunto organizado dessas categorias concretas do vivido, é possível constituir precisamente o típico da ação ou típico do vivido, considerado uma construção teórica. As tipificações se revelam a partir das experiências cotidianas que emergem de uma rede de tipificações, sendo identificadas por meio dos pontos em comum, ou seja, a identificação da estrutura comum dos significados concedidos à determinada ação (JESUS et al., 2013; ROSSI; RODRIGUES, 2010).

Assim, a partir das falas dos participantes da pesquisa, emergiram três categorias que possibilitaram compreender os motivos “para” da ação dos profissionais de enfermagem ao realizarem os seus registros, ou seja, a intencionalidade desses. Tiveram-se como denominações as categorias concretas do vivido: Visar a segurança da criança hospitalizada na perspectiva do tratamento; Registrar as ações de enfermagem no prontuário da criança para facilitar a comunicação da equipe de saúde; Respalda legalmente o profissional frente à assistência prestada ao paciente pediátrico.

6.1 Categoria I – Visar a segurança da criança hospitalizada na perspectiva do tratamento

A primeira categoria nos revela, por meio das falas dos profissionais de enfermagem, os motivos que fazem com que estes realizem os seus registros, como um projeto intencional, que é garantir a segurança da criança hospitalizada, conforme pode ser percebido pelos fragmentos abaixo.

(o registro) traz também segurança para a criança que está sendo assistida. Porque, dependendo do tipo de evento decorrente de alguma falha na segurança, a gente pode aumentar aí o tempo de internação, trazer malefícios para a criança, trazer algum prejuízo, alguma debilidade temporária ou até mesmo permanente, e dependendo do tipo da lesão, até levar à morte da criança. (E1)

[...] eu faço a evolução do paciente, eu avalio como é que ele está, aí, por exemplo, vamos supor, está correndo lá um bicarbonato num acesso periférico, aí vou registrar que o bicarbonato, que pode provocar algum tipo de lesão cutânea, está num acesso que não é central, é periférico. E aí eu considero que é uma questão de segurança do paciente porque ele pode sofrer alguma lesão em relação a isso. (E2)

A segurança do paciente, os horários das medicações, o que já foi feito, administrado. Por exemplo, as crianças em quimioterapia têm os resgates, que têm que ser com horário certo. [...]. No tratamento da criança, que tudo está sendo feito direito. [...] por questões até da própria medicação, o horário que a medicação foi feita, próximo horário que terá que ser feita. Porque o paciente depende disso. Você tem que descrever como está um curativo, se está piorando, se está melhorando, se vai precisar de outro profissional para avaliar. (E3)

[...] porque é importante para evitar um erro. Por exemplo, não está podendo comer por via oral, receber alimentação por via oral, aí vem o colega e faz.. Então é importante estar tudo anotado. Se o paciente tem alguma reação a alguma medicação, às vezes uma alergia ao esparadrapo, ao micropore, então tem que descrever porque é importante estar relatado para a pessoa de repente não chegar e colar, porque às vezes a mãe não está perto, daí a mãe chega e a criança está lá cheia de esparadrapo. (E4)

[...] acho que é um meio da gente saber que foi feito. No caso checar a medicação que foi feita, o procedimento no caso, é uma forma de segurança para que não seja feito novamente, e é uma forma de identificar também, nome, os registros, os dados do paciente. Garantindo que os procedimentos estão sendo realizados para melhora do paciente, isso é uma forma de segurança. Acho que é importante por isso, para gente registrar o que está sendo feito com o paciente, os procedimentos a serem realizados. (E5)

Por exemplo, se eu escrevo “paciente difícil de rede venosa, exaustivamente foi tentado um acesso periférico, e a gente não conseguiu”, a gente comunicando ao médico, a gente escrevendo como é que está à rede venosa, isso pode favorecer que ele venha a evoluir para um acesso profundo naquele momento, acho que é o mais seguro para ele, se ele está precisando, se eu não escrever pode subentender. [...] risco de desenvolver uma úlcera por pressão, se eu não registro isso, isso pode levar

a incorrer que as pessoas não observem melhor a necessidade de mudança de decúbito, de estar colocando um colchão com algum tipo de redução de área de pressão, então isso tudo é segurança. (E6)

Por exemplo, quando você identifica o paciente com o nome no prontuário, na folha de registro, pelo menos eu sempre faço isso. Eu vejo isso como uma segurança, você está garantindo que você está falando sobre o paciente certo. As grades dos berços elevadas, risco de queda. Quando você vai administrar uma medicação, você se certificar que é o paciente certo, de que aquela medicação é na via certa, eu acho que está relacionado à segurança. (E7)

Eu registro como a criança está naquele momento, porque, às vezes, você verifica os sinais vitais, mas você vê que a criança tem algumas características, alguns sinais um pouquinho diferentes. Vê se a criança está respondendo ao nosso relacionamento e ao tratamento também. (E8)

O que acontecer com ele (o paciente) no decorrer da internação, a minha evolução pode elucidar ali aquele caminho. [...] De um dia para o outro pode melhorar, como pode piorar [...] então se eu anotar tudo o que acontece com ele no decorrer do dia, se chegar amanhã e ele piorar, quem voltar na minha evolução vai ver que ele não parou de uma hora para outra, vai ver que ele veio piorando gradativamente até que chegou naquele momento da parada, do choque, seja lá o que acontecer, eu acho que a relevância da segurança é essa. [...]. Não foi uma coisa que passou despercebido por mim e se acontecer, mesmo que alguém possa ter feito alguma coisa, pode ser que aconteça, mas em todo momento ele foi monitorado, aquilo ali não passou despercebido. (E10)

Normalmente quando a gente está fazendo um registro, no sentido assim de segurança para o paciente, eu acho assim que é um documento, eu vejo como um documento, para a segurança dele, é igual você não tem um monte de documento? Não é importante, não é para a sua segurança? Mesma coisa é o registro. Eu acho muito importante, até porque eu estou registrando aquilo que eu estou vendo. [...]. Você vê a criança, vê a pessoa, vê seu paciente, e depois você vai fazer alguns registros, não tem como registrar sem saber, para a própria segurança dele. (E11)

[...] eu acho que o registro é importante também por conta da segurança do paciente. Eu colocaria tudo que eu acho importante com relação à segurança dele, como eu disse, tudo que está presente nele, dispositivos, invasões, essas coisas, questão de onde ele está, da cama, a questão das grades. (E13)

[...] eu sempre coloco se está com acompanhante ou não, sempre coloco se está com grade elevada ou não [...] E sempre registro, “mãe orientada quanto à rotina da enfermaria, oriento leito com grades elevadas”. Ou então já aconteceu de criança internar, que a criança realmente queria pular do berço, a gente coloca mais próximo à gente para visualizar, e não tem como ficar 24h, a gente pede a mãe para ficar com a criança o tempo todo, registra também que pediu a nutrição para trazer comida para a mãe da criança, para a mãe ficar o maior tempo possível com essa criança que tem maior risco. (E14)

[...] você observar esses pontos também é uma forma de você cuidar da segurança do paciente. No sentido de que há um cateter que hoje está com uma hiperemia e ontem não estava, curativo, alguma coisa assim, eu acho que sim. Se hoje eu registrei que um cateter estava com uma hiperemia e ele vai ser analisado e pode ser retirado, você está contribuindo para a segurança do paciente. (E15)

[...] então a finalidade é ser para a melhora da criança. Você vai e registra que naquele horário você fez tal medicação, por via tal, exemplo, “foi feito motilium via sonda nasogástrica, tal horário, tal, tal, tal”, aí chega à mãe e vira pra você e fala assim: “olha, o motilium daquele horário não foi feito”; aí eu: “foi feito sim, senhora, está registrado, está checado, foi feito sim”, “ah! Mas não foi feito não, mas é muito importante pra ele”, “mas foi checado, mas foi feito, com certeza foi feito”, então isso daí é uma prova de benefício para o paciente, porque ele precisa daquela medicação. (E16)

[...] eu acho que o registro interfere na segurança do paciente. A partir do momento que eu vejo uma intercorrência com relação ao registro, e alguém observa, “ih! olha, aconteceu isso durante o plantão dela, a gente vai intervir, colocar algum protocolo, alguma metodologia, ou vai treinar mais, ou vai informar mais os acompanhantes que ocorreu isso e não é mais para ocorrer, ou que isso aqui está legal, vamos manter dessa forma”. [...] por questão de se o leito está com a grade quebrada, o leito não está confortável, eu vejo essa segurança, se o acompanhante tem essa compreensão, aqui no caso da pediatria, de levantar a grade, porque a gente sempre vê acompanhante que deixa a grade abaixada, e tal, essas coisas eu observo aqui. (E17)

[...] eu pelo menos tenho a preocupação de colocar se ele está, no caso de criança, num leito ou um berço com grades, se ele estava contido ou não para prevenção de iatrogenia. [...] eu percebo que se a gente detecta precocemente se tem alguma coisa que pode ser um risco para ele, então o registro é importante por isso. Eu acho que a gente garante no momento que você está escrevendo, você garante que algumas coisas não vão ser feitas de forma repetitiva. Então, às vezes uma medicação pode ser esquecida de ser checada, mas no momento que eu tenho o registro, que está escrito que foi administrado isso é uma forma de eu garantir que uma outra pessoa não vá fazer isso novamente e você garante a segurança para o doente, para eliminar falhas. Às vezes é um registro muito simples, por exemplo, de evacuação, que é muito corriqueiro, “ah! Fez xixi, fez cocô”, mas para determinadas crianças não é tão relevante, mas para outras é um registro tão importante. (E18)

[...] se o paciente tem uma lactulose ali prescrita, mas se ela evacuou bastante, a gente vai estar orientado a não fazer aquela lactulose naquele horário. Então o registro é uma forma de manter o paciente bem, porque a gente vai saber que naquele horário a gente não precisa fazer porque ela já evacuou durante o dia; então, se o registro estiver bem atualizado. Às vezes, se você não anotou que ela evacuou, o outro plantão vai fazer a lactulose, isso é um exemplo. Existem outras coisas mais sérias que se você registrou, você sabe que você vai lá dar uma olhada naquilo ali, como o paciente passou durante o dia, fez queda de saturação, que às vezes esqueceram de falar, mas está anotado [...] (E19)

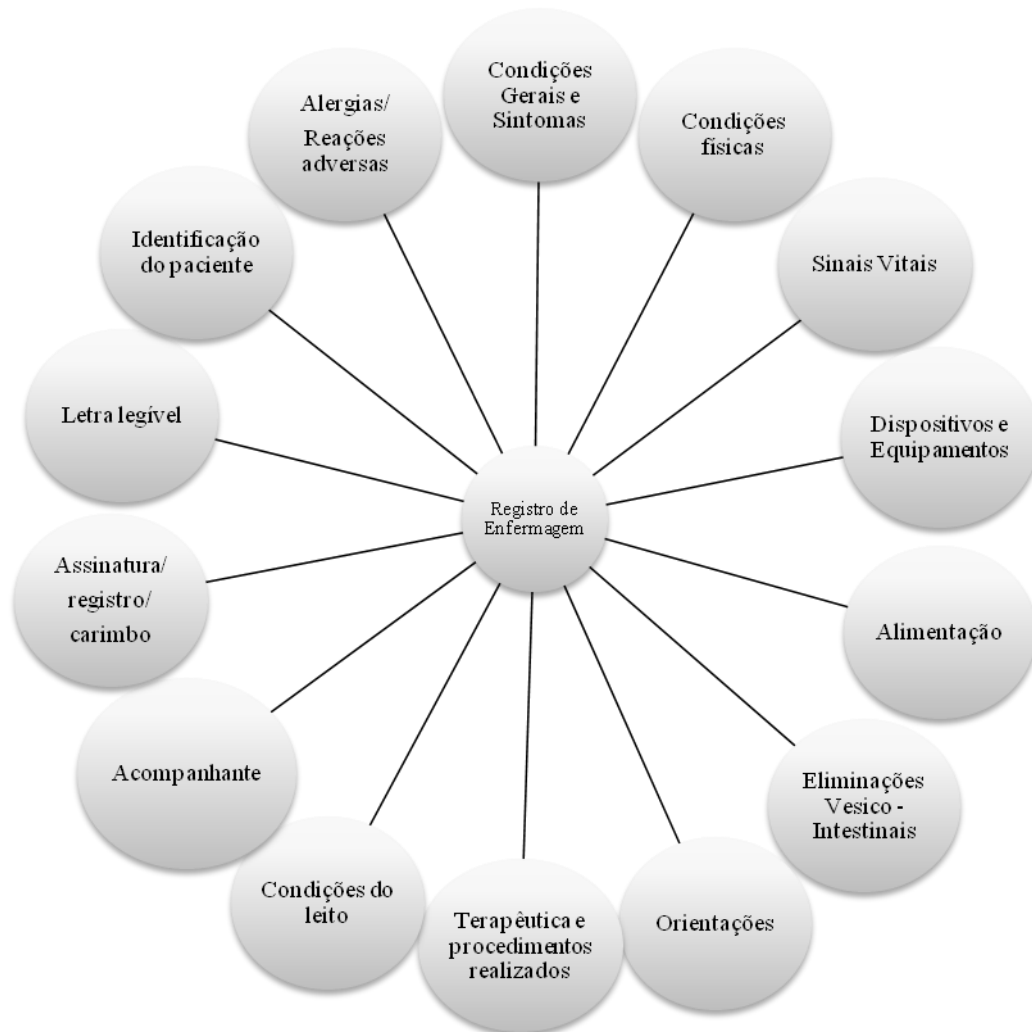
Segurança no registro, como ele está no leito, registro da medicação que a gente faz, a gente tem sempre que estar cuidando da segurança. Segurança do paciente é paciente certo, ver o que que está fazendo naquele, efeitos colaterais daquela medicação que a gente está fazendo, a gente tem que conhecer isso tudo. [...] Primeiro, no sentido de evitar danos, danos no paciente [...]. Tudo que ocorre com o paciente, você registrando já é uma segurança para o paciente. Registrar as alterações, febre que esse paciente teve, efeito colateral de alguma medicação [...] (E20)

As falas refletem o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da necessidade de se realizar os registros, a fim de que não ocorram eventos adversos à criança hospitalizada, que podem vir a comprometer desde o tratamento, e até mesmo causar alguma

iatrogenia ou a morte. Dessa forma, é possível perceber a preocupação em garantir um cuidado seguro.

Nota-se que os participantes da pesquisa, ao realizarem a ação de registrar, possuem a intenção de assinalar os pontos que, para estes, representam fatores que contribuem para o cuidado seguro (Figura 7), como: o quadro geral da criança assistida (alterações dos sinais vitais, eliminações vesicointestinais, dispositivos invasivos), para que os demais profissionais fiquem atentos; aos procedimentos já executados (como exemplo: medicações, banho, curativos), a fim de que não venha a se repetir no momento que outro profissional assuma o cuidado àquela criança; permanência e orientação dos acompanhantes; acomodação no leito, de forma a evitar eventuais quedas; acompanhamento da evolução do quadro clínico.

Figura 7 – Elementos que devem estar presentes no registro para a equipe de enfermagem



Fonte: Elaborado pela autora, 2017 adaptado das falas dos participantes do estudo.

Com base no que foi dito durante as entrevistas, foi possível traçar um quadro com os elementos que, para estes profissionais participantes da pesquisa, devem estar presentes em um registro de enfermagem, a fim de garantir a tipicidade de seus registros (Quadro 3, 4, 5 e 6).

Quadro 3 – Elementos do registro de enfermagem: condições gerais e sintomas; condições físicas; sinais vitais; dispositivos e equipamentos
(continua)

Condições Gerais e Sintomas	Condições físicas	Sinais Vitais	Dispositivos e Equipamentos
as condições que ele se encontra durante o dia [...] se ele tem alguma queixa de dor (E1)	a forma como ele veio, se veio deambulando, veio foi trazido por algum dispositivo, maca, cadeira (E1)	sinais vitais (E3)	se chegou com suporte ventilatório, com dispositivo invasivo (E1)
o estado, não sei se a palavra seria psicológico, mas mental dele, pra saber como ele está emocionalmente falando, em condições ou não está (E2)	a gente faz aquela avaliação clínica, não é bem clínica, física do paciente (E2)	E os sinais vitais, que eu acho que a gente não pode deixar de fazer (E8)	evoluiu se ela tem algum tipo de dispositivo (E2)
alguma alteração que eu observei no paciente (E4)	descrever como está um curativo, se tá piorando, se tá melhorando, se vai precisar de outro profissional para avaliar (E3)	como a criança está mantendo a nível de sinais vitais (E12)	Dispositivos (E7)
o estado geral quando eu examino o paciente, as queixas eu acho muito importante (E5)	o exame físico é importante (E6)	os sinais vitais (E17)	se está com acesso, está sem acesso (E8)
Eu também evoluiu ele dizendo das condições, se ele está orientado, se ele não está, se ele está com algum risco, ou risco de desenvolver uma úlcera por pressão (E6)	estado de deambulação [...] alguma lesão, se ele pode se movimentar sozinho, se não pode (E10)	os sinais vitais dele (E19)	se tem suporte ventilatório, se não tem [...] se ele tem algum cateter, alguma ostomia (E10)
traçar um panorama geral da criança, do estado que você está recebendo a criança (E7)	a parte física mesmo, do exame físico (E13)		observar a questão de acesso (E12)
Eu registro como a criança está naquele momento, porque, às vezes, você verifica os sinais vitais, mas você vê que a criança tem algumas características, alguns sinais um pouquinho diferentes. Então, vê se ela tá bem, se tá bem humorada, se ela não está com nenhuma face de dor, o próprio ambiente, se a criança não está adaptada, acho isso bastante importante. (E8)	um breve exame físico [...] o aspecto do curativo como é que está (E15)		se ele tem algum acesso venoso, alguma invasão (E13)

Quadro 3 – Elementos do registro de enfermagem: condições gerais e sintomas; condições físicas; sinais vitais; dispositivos e equipamentos (conclusão)

Condições gerais e Sintomas	Condições Físicas	Sinais Vitais	Dispositivos e Equipamentos
O estado que você encontra o paciente, a situação ali que você encontra, se está acordado, se está dormindo, se é orientado, se não é (E10)	o exame físico é importantíssimo (E18)		sobre os cateteres (E15)
Como estado geral do paciente, como é que ele passou o dia ou à noite, se está tudo bem com ele, se ele está com alguma queixa, como é que foi o padrão de sono dele se foi de noite ou de dia (E13)	Deambulando ou não [...] como este a parte hemodinâmica dele (E19)		tem que ter tudo aquilo que é invasivo que esteja no doente [...]A questão do acesso periférico também, verificar se ele está pérvio, se ele não está pérvio [...] se eu encontrei com algum sinal de extravasamento [...]muitas crianças com ventilação mecânica, então, verificar como é que estava essa ventilação (E18)
o estado geral dela (E14)			acessos profundos, periféricos (E19)
o que a criança sente [...]O estado do paciente, como ele está no momento que eu assumo o plantão, como ele passa durante o plantão, como ele está ao finalizar o plantão, início, meio e fim. (E16)			Acesso (E20)
lúcido, orientado, como ele está (E19)			
principalmente as alterações (E20)			

Fonte: A autora, 2017.

Quadro 4 – Elementos do registro de enfermagem: alimentação; eliminações vesicointestinais; terapêutica e procedimentos realizados
(continua)

Alimentação	Eliminações Vesicointestinais	Terapêutica e procedimentos realizados
modificações de horário de dieta (E3)	características das eliminações (E4)	os procedimentos que foram realizados, [...] se teve algum procedimento, se necessitou sair pra fazer algum exame, que tipo de exame (E1)
criança recusou alguma alimentação [...] Por exemplo, não está podendo comer por via oral, receber alimentação por via oral, ai vem o colega e faz, então é importante estar tudo anotado (E4)	as eliminações do paciente (E5)	está correndo lá um bicarbonato num acesso periférico, ai vou registrar que o bicarbonato, que pode provocar algum tipo de lesão cutânea, está num acesso que não é central, é periférico. (E2)
aceitação da dieta (E5)	se está urinando e evacuando, questões fisiológicas (E12)	os horários das medicações, o que já foi feito, administrado (E3)
Alimentação [...]Beber água, uma coisa que eu presto atenção para registrar (E8)	as eliminações (E15)	informar o procedimento que eu fiz (E4)
se está aceitando a alimentação, se estiver comendo (E12)	Evacuação (E18)	Eu viso registrar os procedimentos que estão sendo feitos, as medicações que estão sendo administradas (E5)
a questão das dietas se ele está aceitando (E13)	Eliminações (E19)	se você fez um procedimento, se você não registrar se perde, ficar registrado de como foi (E6)
a aceitação da dieta (E15)		os cuidados que foram feitos ao longo do turno [...]o que você administrou (E7)
a parte da alimentação (E18)		os procedimentos que eu realizo (E10)
se está se alimentado ou em dieta zero (E19)		você registra o procedimento que foi feito, da maneira que foi feita e o que que aconteceu com aquele procedimento que você fez (E11)
		todo o procedimento que eu faço com a criança [...]as medicações (E16)

Quadro 4 – Elementos do registro de enfermagem: alimentação; eliminações vesicointestinais; terapêutica e procedimentos realizados (conclusão)

Alimentação	Eliminações Vesicointestinais	Terapêutica e procedimentos realizados
		<p>todos os procedimentos que são realizados [...]a questão da medicação correta, se está conferindo o que está correndo no doente com aquilo que está prescrito (E18)</p>
		<p>que tipo de medicação (E19)</p>
		<p>nossos procedimentos, principalmente tudo que a gente faz tem que ser registrado (E20)</p>

Fonte: A autora, 2017.

Quadro 5 – Elementos do registro de enfermagem: orientações; acidentes e intercorrências; condições do leito; acompanhante

Orientações	Acidentes e intercorrências	Condições do leito	Acompanhante
se o acompanhante foi orientado quanto à segurança, quanto a não deixar sozinho, tipo de calçado (E1)	intercorrências que o paciente venha a ter, principalmente as intercorrências, qualquer intercorrência tem que ser registrada (E3)	se a grade dos berços e das camas estão elevadas (E1)	com quem o paciente chega (E1)
orientar para manter grades elevadas (E12)	se tiver alguma intercorrência em relação a algum procedimento que foi feito, uma medicação (E4)	como é que está a acomodação (E2)	se tem acompanhante, se não tem (E2)
as orientações, eu sempre escrevo se eu orientei ou não a família sobre a rotina, horário, eu sempre gosto de colocar (E14)	as intercorrências (E6)	vezes se é risco de queda, a gente coloca se está com grade, se não está, como é que está acomodado (E7)	quem está acompanhando (E8)
tudo foi orientado para que ela receba continuidade do cuidado em casa (E18)	se aconteceu alguma intercorrência com a criança ao longo do dia.(E7)	do local que ele está (E9)	se ela está acompanhada do responsável (E12)
	as intercorrências no decorrer do plantão (E10)	eu coloco que ela está com a grade elevada (E12)	Se a criança está com acompanhante ou não (E14)
	se tem alguma intercorrência (E12)	questão da onde ele está, da cama, a questão das grades (E13)	coloco também às vezes a interação entre os pais e as crianças (E16)
	se tiver alguma intercorrência eu vou registrar (E14)	sempre coloco se está com grade elevada ou não (E14)	acompanhado ou não (E19)
	se teve alguma intercorrência ou não (E17)	no caso de criança, num leito ou um berço com grades (E18)	

Fonte: A autora, 2017.

Quadro 6 – Elementos do registro de enfermagem: alergias/reações adversas; identificação do paciente; letra legível; assinatura/registro/carimbo

Alergias/Reações adversas	Identificação do paciente	Letra legível	Assinatura/registro/carimbo
Se o paciente tem alguma reação a alguma medicação, às vezes uma alergia ao esparadrapo, ao micropore (E4)	identificar o paciente com o nome no prontuário, na folha de registro (E7)	letra legível (E11)	assinatura e carimbo no registro também é importante (E11)
se a criança tem algum tipo de alergia (E7)	Nome, com certeza, nome certo da pessoa (E11)		
	Nome (E19)		
	Primeiro quando a gente faz o registro, a gente tem que estar identificando a criança direito, o paciente, né? Primeiro, a identificação precisa desse paciente, isso não pode faltar. (E20)		

Fonte: A autora, 2017.

Schutz (1979) define a conduta social como sendo as vivências conscientes intencionalmente relacionadas com o outro, permeadas pela intersubjetividade, que surge por meio de atividades espontâneas. Por outro lado, a ação social são tais vivências, quando estas possuem um caráter previamente projetado. Sendo assim, o ato de registrar com a finalidade de garantir uma assistência segura a criança, é uma ação social à medida que se tem um projeto e um propósito.

Atualmente, a enfermagem vem evidenciando cada vez mais a necessidade de se desenvolver pensamentos holísticos, ecológicos e complexos, compreendendo sua particular relação intersubjetiva com os sujeitos, foco da essência de seu fenômeno principal: o cuidar. Destaca-se, neste estudo, a relação intersubjetiva, que se pauta nas vivências dos profissionais de enfermagem ao realizarem o registro de suas ações (SALVADOR et al., 2014).

Por intermédio do projeto intencional de cada membro da equipe de enfermagem, é possível perceber que este é concebido a partir de uma bagagem de conhecimentos, sendo esta relacionada à aquisição de domínios técnico-científicos e também pela experiência pessoal e profissional, portanto, do seu vivido.

Assim, o motivo “porque” se mostra como contextualização do motivo “para”. Nesse sentido, é uma possível explicação para que seja realizada a ação de registrar, e a forma como esta deve estar estruturada, afim de que se possa garantir a segurança da criança hospitalizada.

A intersubjetividade da ação social desenvolvida pela equipe de enfermagem, na perspectiva do registro, pode ser expressa quando o fundamento da ação de registrar ocorre de forma significativa, tal qual a realização do próprio procedimento. O registro respalda a ação desenvolvida como algo que se dá no contexto daquele grupo de pessoas, e é representativo do compromisso com o cuidado seguro, ético e de qualidade (SCHUTZ, 1974).

Registros de enfermagem realizados de maneira inadequada, com pouca informação, podem comprometer a assistência prestada à criança hospitalizada, uma vez que esta torna-se vulnerável à ocorrência de eventos adversos. Assim, a má qualidade do que é registrado pode ocasionar, dentre outras coisas: duplicação ou até a não realização de procedimentos, dificuldade de acompanhamento dos cuidados prestados e da evolução do paciente. Além disso, dificulta a mensuração dos resultados provenientes da assistência da equipe de enfermagem (FRANÇOLIN et al., 2012).

As anotações, quando são devidamente estruturadas, contendo, dentre outras coisas, siglas padronizadas e letras legíveis, evitam dupla interpretação, garantindo a segurança não só do paciente, como também da instituição e dos profissionais envolvidos no cuidado. Ademais, registros realizados de forma clara, objetiva, completa e sem erros favorecem a

comunicação entre a equipe de saúde, fazendo com que haja uma continuidade do cuidado, refletindo diretamente na qualidade da assistência (BARRETO, 2016).

O profissional de enfermagem, ao não registrar algum cuidado por ele prestado ou alguma alteração que tenha sido constatada, pode estar negligenciando ocorrências importantes, que interferem diretamente na evolução clínica da criança. Por isso, as anotações devem ser realizadas preferencialmente de forma sequencial, com o horário correspondente ao procedimento realizado, retratar de forma fidedigna o que foi observado e efetuado, não se esquecendo de identificar o executor das ações. Informações insuficientes podem impedir a continuidade do cuidado, influenciando diretamente no cuidado prestado (BARRETO, 2016).

Faz-se necessário que o registro de enfermagem seja realizado no cotidiano do cuidado à criança como uma ação espontânea, contínua, que emerge das vivências dos profissionais e que estão intencionalmente relacionadas ao outro tal um projeto futuro a ser alcançado (SCHUTZ, 1974).

Azevêdo et al. (2012) verificaram, em seu estudo, que os profissionais de enfermagem entrevistados não compreendem a abrangência de funções que os registros apresentam. Porém, souberam expor corretamente as suas principais finalidades: comunicação entre a equipe de saúde e documentação. Foi salientada, nas falas, a importância do registro no acompanhamento e evolução do quadro clínico do paciente, além de auxiliar a equipe na avaliação do atendimento prestado e no processo de gerenciamento. Dessa forma, ficou evidenciado que é fundamental manter a fidedignidade das informações, pois um procedimento ou alteração não relatado é como se não houvesse ocorrido ou existisse, comprometendo a evolução do paciente.

Nessa perspectiva, os registros de enfermagem são imprescindíveis no prontuário do paciente – fazendo parte da documentação de todo processo de saúde/doença –, principalmente se considerarmos que a equipe de enfermagem se encontra presente durante toda essa evolução, e junto ao paciente durante as 24 horas (FRANÇOLIN et al., 2012).

Cabe lembrar que todos os profissionais da saúde devem estar envolvidos em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a finalidade de garantir a segurança do paciente, minimizando ou eliminando o risco de danos desnecessários, e, dessa forma, buscando evitar a ocorrência de iatrogenias e até mesmo o óbito do paciente (BOHRER et al., 2016).

Prestar uma assistência de qualidade é muito mais do que alcançar os objetivos das organizações ou a satisfação dos clientes, sendo também necessária a redução dos riscos relacionados ao cuidado, podendo, nesse caso, ser entendido como promoção da segurança do

paciente (BOHRER et al., 2016). Contudo, garantir a segurança do paciente não é sinônimo de assistência integralmente qualificada, porém é uma das bases para que se alcance excelência no cuidar, uma vez que o ambiente hospitalar se encontra permeado de riscos. Assim, a busca por um atendimento seguro deve ser constante dentro das instituições de saúde, não esquecendo a necessidade de se manter um compromisso ético (BOHRER et al., 2016).

6.2 Categoria II – Registrar as ações de enfermagem no prontuário da criança para facilitar a comunicação da equipe de saúde

Esta categoria traz a intencionalidade da comunicação no momento que a equipe de enfermagem realiza os seus registros, garantindo assim que as informações sejam transmitidas para os demais profissionais da saúde.

[...] a comunicação entre as equipes que com os meus registros, além do que a gente discute, é uma forma de eu me comunicar com a equipe multiprofissional [...] (E1)

Eu quero passar as informações do meu paciente de uma forma que seja clara, mas de modo que contribua com a assistência médica [...] (E2)

Acho que é informar o procedimento que eu fiz ou alguma alteração que eu observei no paciente, características das eliminações, basicamente isso. E assim, se tiver alguma intercorrência em relação a algum procedimento que foi feito, uma medicação, ou a criança recusou alguma alimentação, e é isso, até para os médicos estarem cientes [...] Porque, como a gente tem um contato mais direto ali com o paciente, a gente às vezes observa um comportamento diferente que o médico não percebe[...] mas o colega que vem a seguir, ele vai procurar saber o que a gente escreveu, como a criança ficou, porque às vezes ele pode chegar atrasado ou perder algum detalhe da passagem de plantão, ele vai ver o que aconteceu. (E4)

Como nós passamos o maior tempo com o paciente é uma forma do restante da equipe saber o que acontece no dia a dia do paciente a partir do nosso registro. (E5)

[...] também para uma comunicação, que aí você está deixando público ali no prontuário as informações que você observou através tanto do exame físico quanto de algum procedimento que você tenha feito. Então, tanto pode ser uma anotação que você está fazendo um procedimento, ou uma evolução por algum quadro que ele tenha apresentado e você tenha feito alguma intervenção de enfermagem, e aí coloca se obteve sucesso ou não. (E6)

[...] aqui no caso como é uma unidade pública, normalmente eu registro também para os outros profissionais terem uma ideia do que está acontecendo, do que foi que aconteceu. (E11)

Assim, para as outras pessoas lerem. Também é importante a gente ver o que aconteceu, para a gente se basear em alguma coisa, fazer alguma comparação [...] (E13)

[...] para passar para os médicos, passar para a equipe, tudo que aconteceu, ser fiel ao que aconteceu ali durante o plantão. (E16)

Eu busco também a coisa da continuidade, continuidade do cuidado de enfermagem é uma coisa que eu me preocupo, de saber como estava anteriormente no registro e dar continuidade aquilo que foi planejado em termos de cuidado de enfermagem, em termos de tratamento médico. (E18)

Eu espero informar como eu vi o paciente. Manter a equipe toda informada, [...] manter a próxima equipe que entra sempre atualizada do que aconteceu em cada período, no meu, no outro que passou antes de mim. (E19)

Pelas falas, pode-se perceber que, ao realizar a ação de registrar, o profissional de enfermagem busca a continuidade da assistência, mantendo a equipe multiprofissional atualizada por meio da comunicação, tendo em vista que os demais membros da equipe de saúde, ao lerem o que foi relatado, irão dar continuidade ou intervir frente ao que foi constatado; além de procurar informar os procedimentos/intervenções de enfermagem realizados e se obtiveram sucesso ou não.

Desse modo, o motivo “porque” revela-se por intermédio da apreensão de quem relata em não tornar o trabalho fragmentado, o que poderia ocasionar falhas na continuidade da assistência. Nota-se a preocupação em manter os demais membros da equipe de saúde informados acerca do quadro geral da criança e as intervenções realizadas ao longo do período, com o propósito de auxiliar as tomadas de decisões, e assim garantir que a criança seja vista integralmente e de forma segura.

Um dos principais requisitos para que se tenha uma assistência de qualidade é a comunicação eficaz, pois é uma forma de se propiciar condições que contribuam para a prevenção de erros, fazendo com que as informações sejam transmitidas de forma clara, correta e segura (CAVEIÃO et al., 2014).

A fim de que se tenha uma continuidade dos registros, é dever da enfermagem intensificar que o processo de documentação deve ser feito de modo completo, objetiva e retratando de forma fidedigna as intervenções e observações constatadas ao prestar o cuidado, fazendo com que esses dados auxiliem na continuidade da assistência prestada, minimizando e até eliminando os riscos (CARNEIRO et al., 2016).

De acordo com Barreto (2016), os registros de enfermagem são as mais relevantes formas de comunicação entre toda a equipe multiprofissional, permitindo que haja uma

assistência integral e qualificada. Quando a informação é transmitida de forma incompleta, compromete o trabalho de todos os membros da equipe de saúde. Assim, a comunicação escrita é fundamental para que todos os profissionais atuem de modo eficiente, fazendo com que o cuidado se torne efetivo.

Na Fenomenologia Sociológica de Schutz, o contato intersubjetivo, ou a comunicação, “[...] é pré-requisito para toda a experiência humana imediata no mundo da vida, o que faz com que o entendimento do próprio eu dependa da relação com os outros indivíduos [...]”. A comunicação como uma ação intersubjetiva, que visa a equipe multidisciplinar, se funda na relação interpessoal na qual o enfermeiro interage com os demais profissionais na intenção de registrar o cuidado diante da necessidade do seu desenvolvimento, como uma ação que é contínua e está imbricada nas interações entre todos da equipe (COSTA et al., 2012).

É importante para o cuidado que todos os profissionais de enfermagem estejam envolvidos na realização do registro de forma correta e fidedigna, sem qualquer explanação de achados, e, principalmente, não se eximindo dessa responsabilidade. As anotações devem ocorrer preferencialmente após a realização do procedimento e assim que forem observadas alterações no quadro clínico do paciente, pois, dessa forma, servirão como importante fonte de informação referente ao cliente em caso de consulta ao prontuário (CAVEIÃO et al., 2014).

De acordo com a pesquisa de Azêvedo et al. (2016), ao questionar os profissionais de enfermagem acerca da importância e funções dos registros de enfermagem, estes responderam que era uma maneira de documentar a assistência prestada, sendo, assim, um importante instrumento de trabalho; além de ser uma forma de comunicação entre os membros da equipe de saúde, fazendo com que todos tenham informações a respeito do paciente. Sinalizaram também que é um modo de se analisar a dinâmica do trabalho em equipe.

A ausência do registro, bem como a sua elaboração de forma errônea, contribui para que haja uma desestruturação do processo de cuidado em saúde, pois interfere na comunicação eficaz entre os profissionais, dificultando a continuidade e integralidade das ações assistenciais. A comparação entre os achados nos registros da equipe multiprofissional é uma maneira de se obter informações sobre o paciente de forma mais fidedigna, avaliando a coerência dos relatos nos diferentes turnos (BORGES et al., 2017).

Portanto, a troca de informações entre os profissionais de saúde sobre os clientes é fundamental para que o cuidado se dê de forma integral, contínua e, além disso, reduzindo a ocorrência de erros, favorecendo a segurança do paciente. As falhas no processo podem vir a

causar danos significativos ao paciente, interrompendo a continuidade do tratamento e a qualidade da assistência (CAVEIÃO et al., 2014; FRANÇOLIN et al., 2012).

Uma boa comunicação entre a equipe de saúde leva a uma maior satisfação por quem é atendido, fazendo com que reflita em melhores resultados no tratamento. Ademais, inibe duplicações de ações e mal-entendidos, proporcionando economia de tempo e dinheiro (LEE; ALLEN; DALY, 2012).

Segundo Lee, Allen e Daly (2012), os altos níveis de danos ao paciente estão, em grande parte dos casos, intimamente relacionados a problemas na comunicação, seja por falta de informação ou erros na recepção da mensagem transmitida. Após introduzirem cursos para aperfeiçoamento das habilidades de comunicação, os autores não conseguiram demonstrar quantitativamente as melhorias na segurança como resultado do treinamento em comunicação; porém, perceberam uma mudança de comportamento por parte dos profissionais, o que demonstra um resultado positivo e uma motivação em aprender e transformar.

Sendo assim, Schutz chega à categoria “orientação-outro” da análise do outro eu e das vivências intencionalmente relacionadas ao outro eu, pois o outro é ao mesmo tempo consciente e “vivenciante” (PANIZZA, 1981).

Por isso esta atitude “orientação-outro” só pode existir na esfera social e se fundamenta não apenas na concepção do outro eu mundano – isto requer um tu que vive, que dura, que possui vivências conscientemente vivenciadas –; contudo, não se exclui a possibilidade que seja um princípio unilateral, isto é, que não exista sem nenhuma reciprocidade por parte do outro (PANIZZA, 1981).

Analisar a prática do profissional da enfermagem, tendo como essência a abordagem compreensiva de Schutz, fundamenta-se na ideia de que a ação do referido profissional é consciente e está voltada para alguém, pertencendo ao contexto relacional e estabelecendo uma interação face a face, uma relação eu-tu, uma relação eu-nós, que podem ser relações de cuidado, ou, como no caso do presente estudo, da contribuição para com o outro na busca pela segurança da criança hospitalizada (SALVADOR et al., 2014).

6.3 Categoria III – Respaldo legalmente o profissional frente à assistência prestada ao paciente pediátrico

Esta categoria retrata a ação intencional dos profissionais de enfermagem em se respaldar legalmente por meio dos registros. Como pode se observar nos relatos a seguir.

[...] porque é importante além do nosso respaldo, respaldo na assistência [...] (E1)

Acho que é a segurança do paciente e a minha segurança, que é o que comprova que eu fiz [...] (E3)

[...] é uma forma de respaldo legal também nossa. (E5)

Primeiramente o respaldo legal, que você prestou assistência àquele paciente. Então paciente que você prestou assistência, então você tem assim uma obrigação de estar registrando por uma legalidade [...] (E6)

[...] eu sei que tem uma parte legal, que vale o que está escrito, que, se eu não registrar, eu não tenho o respaldo. Isso tudo eu tenho consciência, mas as coisas que possam vir a me comprometer ou comprometer o meu trabalho eu registro [...] (E9)

[...] nesse sentido também do paciente piorar e ninguém viu, “ah! mas eu falei com fulano”, mas aí o fulano “comigo ninguém falou”; então o que vale é o que está escrito [...] aí aqui a gente tem essa questão das crianças neuropatas que as mães não vem, não têm as mães presentes, que vem de vez em quando, aí chega aqui e “ah, por que não fizeram a medicação?!”, mas está checado? Está checado, mas assim, às vezes você sai checando no automático, mas está evoluído. Aqui fulano escreveu que ele fez, quando você escreve, você dá uma afirmação maior para o seu procedimento. [...] não adianta só ir lá e falar com ele (o médico) e ele não fazer nada, se eu também não provar que eu fiz, entra a questão da segurança para mim profissional (E10)

O meu objetivo em registrar é o respaldo, eu penso primeiramente no respaldo em registrar. [...] normalmente quando você faz um procedimento, você registra o procedimento que foi feito, da maneira que foi feita e o que aconteceu com aquele procedimento que você fez, então eu gosto de registrar. [...] Vamos supor uma punção, [...], às vezes você vai puncionar uma criança, na hora que você vai puncionar, aquela área ali já está com uma lesão, às vezes é um edema ou qualquer coisa, às vezes é um hematoma, aí quando eu vou pegar a criança para fazer, aí “puncionado acesso em membro tal, que encontrava-se de tal maneira”, porque depois a pessoa pode falar que aquilo ali apareceu com a punção, entendeu? “ah! Não estava não. Foi depois que a enfermeira tal puncionou que ficou”, então eu acho assim, que é tanto para mim, quanto para criança, para a pessoa que está assistindo ou que está sendo assistida. (E11)

[...] também para a minha (segurança) como profissional de um modo geral. Por exemplo, se a criança está sem o responsável, sem a mãe, [...] e quando aparece, aparece questionando muitas coisas, “ah! porque minha filha está assim, minha filha está assado...”, [...] então eu colocando no meu registro que a criança está sozinha, que não tem nenhum familiar, não tem ninguém, eu vejo como uma forma de

segurança, porque se a mãe ou alguém aparecer questionando alguma coisa, eu acho que fica um respaldo para os profissionais daqui que está um certo abandono. Então eu vejo isso como uma forma de segurança. [...]orientar para manter grades elevadas, se a mãe não tem o cuidado, a criança pula do berço ou algo dessa forma, não foi uma negligência minha de deixar a grade arriada, de não orientar a mãe, então esse é um respaldo meu, de me resguardar, de não ter sido uma imprudência minha, ter sido às vezes uma falta de atenção do responsável, coisas que acontecem, mas não devem. (E12)

Mas eu acho assim muito importante para a gente se respaldar, caso aconteça alguma coisa, a gente se respaldar profissionalmente. [...] Eu acho que isso vai ser importante pra mim. Acho que mais para mim do que para o paciente, não consigo ver diretamente para ele o benefício. Eu acho que é mais para mim. (E13)

Eu acho que principalmente respaldo, respaldo jurídico, se acontecer alguma coisa está lá escrito, identificado e carimbado. (E14)

Eu sempre aprendi que vale o que está escrito, então a finalidade é ser para a melhora da criança, e pra realmente ser verídica em tudo aquilo que eu fiz, todos os procedimentos que eu fiz com a criança pra ser assim bem real, bem fiel àquilo que eu fiz, para mostrar tudo que foi feito com a criança, todos os relatos, todos os procedimentos que foram feitos com as crianças ali no momento durante o plantão [...] porque, se caso houver algo lá na frente, um inquérito, alguma coisa que você tenha que responder lá na frente no plantão ou pra sua chefia, ou até uma causa administrativa, você tem um respaldo ali, tem o que realmente aconteceu ali, os fatos que aconteceram no momento ali do plantão, como foi, o que aconteceu, como foi feito, aquilo ali é uma prova, é para a defesa do paciente e para a nossa também.[...] é defesa pra mim,[...] é uma prova que eu fiz, porque está checado, está registrado, então eu fiz a medicação. (E16)

Eu busco primeiramente me respaldar legalmente. Respaldo legal sobre tudo aquilo que é feito. A gente até fala que tem que escrever pensando em uma defesa sempre. Então respaldo legal de tudo,[...] por exemplo, com quem ela teve alta, com quem ela saiu, isso é muito importante, porque às vezes a gente tem crianças aqui que estão acompanhadas pelo tio, pela tia, não é o responsável legal, ou então são crianças que estão acompanhadas pela mãe, mas a gente percebe que é uma mãe que tem uma dificuldade no cuidado com aquela criança, tem todo um contexto social e aí acontece qualquer coisa após a alta, a gente tem um respaldo [...] (E18)

[...] qualquer coisa que aconteça durante o seu período para te respaldar de tudo [...] (E19)

[...] o registro serve como respaldo pra gente. Qualquer alteração, na justiça você tem como se respaldar, então o registro de enfermagem é muito importante. (E20)

Ao realizar a leitura das falas, percebeu-se a preocupação dos profissionais de enfermagem de registrarem as suas ações com o propósito de se defenderem de possíveis questionamentos no futuro, especialmente em relação aos de familiares, acerca dos cuidados prestados, principalmente, durante o período de ausência desses junto aos seus filhos.

Os relatos mostram que, na visão dos participantes do estudo, a não realização do registro pelo profissional coloca-o em uma posição de vulnerabilidade caso haja um processo

judicial. Com isso, a documentação do que foi realizado junto ao paciente garante maior segurança, tanto para este como para o responsável pelo cuidado.

Logo, o motivo “porque” surge a partir da vivência desses profissionais, particularmente do vivido ao longo de suas trajetórias na enfermagem de pediatria. Isso fica claro principalmente durante os exemplos, que são dados a partir de fatos já ocorridos com eles; ou seja, as experiências concretas e o conhecimento que eles têm disponíveis servem como alicerce para as ações posteriores. Percebe-se que há uma organização de estratégias para que, em caso de indagação, sobretudo por parte dos pais, em relação à negligência, eles tenham como comprovar que prestaram cuidado adequado durante todo o período.

De acordo com Cestari et al. (2015), os registros de enfermagem fornecem respaldo legal e, conseqüentemente, segurança ao profissional e paciente, visto que constitui um documento único que descreve todas as ações da enfermagem. Dessa forma, torna-se obrigatório a todos desta categoria profissional, devendo interessar-se pela manutenção do registro correto dos fatos relacionados aos cuidados de enfermagem prestados.

Nesse sentido, para Schutz (2012), toda atitude que é prevista – ou seja, que é criada a partir de uma concepção previamente intencional, intencional – deve ser chamada de ação. Ao traçar a ação, a pessoa antevê o resultado de seu comportamento, como se este já tivesse sido realizado, sendo que as possibilidades de vir a concretizá-lo irão depender diretamente dos elementos presentes no seu vivido.

Na Resolução do COFEN n.º 311/07, que traz o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacam-se os Artigos 25.º, 41.º, 54.º e 68.º, em que se tem como dever e responsabilidade do profissional de enfermagem: registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar; prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência; colocar o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional; e registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa. Quanto ao artigo 35.º faz referência à proibição de registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada.

Vale ressaltar que, no mundo da atitude natural – ou seja, a instituição cenário do cuidar de crianças –, a atitude profissional se dá como uma verdade absoluta, na qual a rotina e os protocolos, bem como o Código de Deontologia estão presentes direcionando o agir da equipe. Entretanto, vale ressaltar o que nos diz Schutz (1962): “A atitude natural não está no mundo privado de um determinado indivíduo, mas sim no mundo intersubjetivo, comum a

todos nós, no qual temos interesse prático e não teórico”. Tal fato nos impulsiona para a captação do sentido da atuação profissional como um dado que se constitui a partir de sua reflexão quando perguntado sobre isso.

Assim sendo, os registros quando realizados de forma acertada servem com defesa em caso de processos jurídicos. Alguns erros que podem invalidar tal prova destacam-se: as correções indevidas (uso de corretivo ou rasuras), letras ilegíveis, espaços em branco e sem identificação do profissional (ausência de nome, categoria, número do COREN, assinatura e carimbo). A vigilância em relação aos espaços em branco se deve ao fato do risco de serem completados por outra pessoa mal-intencionada (BARRETO; LIMA; XAVIER, 2016).

De acordo com os estudos de Borges et al. (2017) e Caveião et al. (2014), os profissionais de enfermagem entendem que as suas anotações conferem respaldo para a equipe de enfermagem e conhecimento acerca da evolução do paciente, de acordo com estes. Mas, para que isso ocorra, é necessário que as anotações estejam redigidas de forma correta e completa, devendo conter informações fidedignas que evidenciem o cuidado prestado, pois o prontuário do paciente pode ser utilizado como prova de imprudência, negligência e imperícia profissionais.

O registro parcial ou inverídico de informações a respeito da assistência prestada é proibido na enfermagem, prevendo penalidades que variam da advertência verbal até a cassação do exercício profissional de acordo com a gravidade da infração (BORGES et al., 2017).

Dessa maneira, a qualidade do que é registrado pela enfermagem faz com que outros profissionais tenham interesse e necessidade de consultá-los, posto que se constitui numa importante fonte de informação, servindo de apoio para direcionar a terapêutica, os cuidados e a realização de diagnósticos (BARRETO, 2016).

As anotações são indispensáveis para a prática de enfermagem, e têm se tornado um dos grandes desafios para estes profissionais, visto que validam a qualidade da assistência prestada e garantem os reembolsos. Além disso, se levarmos em consideração que a enfermagem é a categoria que maior tempo permanece junto ao paciente, torna-se também a maior responsável pelas informações relativas ao paciente. Dessa forma, percebe-se a importância da realização de registros adequados e frequentes no prontuário de paciente (CESTARINI, 2015).

Cestarini (2015) aponta em seu estudo que, apesar da importância dos registros de enfermagem ser reconhecida por todos esses profissionais – e de ser um dever e responsabilidade previstos em lei –, autores revelam que, constantemente, o conteúdo do que

é escrito não é suficiente para apoiar o paciente, a equipe de saúde e a instituição em caso de um processo judicial.

Algumas explicações para esse descaso com as anotações são: a sobrecarga de trabalho, associada à crescente demanda pelos serviços de saúde; a não valorização destas como um instrumento para o processo de trabalho da enfermagem; o desconhecimento de como se realiza um registro adequado, e isso se deve à escassez de educação permanente (CESTARINI, 2015).

Cabe ressaltar que não basta ter apenas quantidade de registro, é fundamental que todos tenham qualidade e objetividade. Textos de difícil entendimento, com informações desnecessárias, compostos por frases mal construídas, uso de palavras e abreviaturas que possam gerar múltiplos sentidos, fazem com que haja descrédito por parte de profissionais. Portanto, as informações devem ser registradas com clareza, expressando todas as ações praticadas pelo profissional referentes à assistência prestada (CAVEIÃO et al., 2014).

À vista disso, a equipe de enfermagem deve estar atenta a algumas normas no momento da realização dos registros, como: nome do paciente, data, hora, informações completas e objetivas, não rasurar, não utilizar abreviaturas não padronizadas pela instituição, não deixar espaços em branco, e ao final, assinar com nome, categoria, número de registro e carimbo (CAVEIÃO et al., 2014).

Sendo assim, percebe-se o típico da ação intencional da equipe de Enfermagem em relação aos seus registros significa: Realizar o registro de enfermagem visando à segurança do paciente por meio da comunicação com a equipe de saúde, garantindo assim o seu respaldo legal frente à assistência prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou uma reflexão acerca da ação intencional dos profissionais de enfermagem que atuam na enfermaria de pediatria ao realizarem os seus registros. Ao longo da prática assistencial, deparei-me, por vezes, com a má qualidade das anotações e evoluções realizadas pelos membros da equipe de enfermagem, e isso me fazia questionar que implicações poderiam trazer tanto para o paciente quanto para o profissional.

Dessa forma, dar voz a esses profissionais proporcionou um entendimento do significado do ato de registrar para cada um deles. Foi possível perceber que o cuidar está intimamente relacionado à sua bagagem de conhecimentos, sendo esta adquirida ao longo de sua vida mediante a vivência pessoal e profissional.

Assim, foi possível compreender que, para a equipe de enfermagem, ao realizar a ação de registrar, tem-se como pretensão garantir a segurança da criança hospitalizada, facilitar a comunicação da equipe de saúde e respaldar-se legalmente.

Os profissionais de enfermagem apontaram que através de seus registros é possível prevenir a ocorrência de eventos adversos através da detecção precoce de fatores de risco que possam vir a comprometer a saúde da criança, como: queda, erros de medicação, realização de procedimentos desnecessários ou duplicidade destes, dentre outros, que podem vir a causar lesões e até a morte da criança. Além disso, possibilitam o monitoramento da evolução clínica do paciente, viabilizando o acompanhamento da resposta ao tratamento.

Cabe destacar que os participantes do estudo salientam que o registro não garante a segurança do paciente apenas quando está voltado para fatores eminentes de risco. A segurança está em cada informação descrita no registro, que vai desde o nome do paciente até a identificação do profissional, passando pelo quadro geral da criança, sinais vitais, aceitação da dieta, eliminações vesicointestinais, dispositivos invasivos, procedimentos e orientações.

O registro é tido como uma forma de transmissão de informações aos demais membros da equipe de saúde, assegurando que todos tenham ciência das ações realizadas ao longo do plantão, possibilitando a continuidade dos cuidados ou até uma intervenção quando necessário. Dessa forma, percebemos a íntima relação da comunicação com a manutenção do cuidado seguro.

O ato de registrar também é visto como uma forma do profissional se resguardar legalmente, ou seja, em caso de sofrer algum questionamento por parte do acompanhante ou

processo judicial, o registro funcionará como uma prova de como se deu a assistência ao paciente. Por isso, deve sempre conter informações verdadeiras e completas.

Por meio de suas vivências, os profissionais de enfermagem estabelecem as estratégias para que alcance um objetivo futuro. Desse modo, pode-se perceber que, a partir do momento em que são traçados os elementos que devem estar presentes em um registro na sua perspectiva, mediante o seu vivido, são delimitados os passos para que se atinja o que foi projetado.

Sendo assim, foram apontados os elementos que para estes, devem estar presentes no registro da criança hospitalizada, que são: condições gerais e sintomas, condições físicas, sinais vitais, dispositivos e equipamentos, alimentação, eliminações vesicointestinais, terapêutica e procedimentos realizados, orientações, acidentes e intercorrências, condições do leito, acompanhante, alergias/reações adversas, identificações do paciente, letra legível, assinatura/registo/carimbo.

A intersubjetividade da ação social se dá na perspectivada equipe de enfermagem em garantir que haja a comunicação, a fim de que se tenha continuidade da assistência com qualidade e de forma segura.

Portanto, os objetivos da pesquisa foram alcançados, uma vez que foi possível apreender a perspectiva da equipe de enfermagem ao realizar os registros; analisar a ação intencional de realizar os registros pela equipe de enfermagem e sua correlação com a segurança do paciente pediátrico; e descrever quais elementos devem estar presentes nos registros na visão da equipe de enfermagem.

Logo, pode-se concluir que a metodologia fenomenológica de Alfred Schutz se mostrou adequada por intermédio dos motivos “para” e “porque” da equipe de enfermagem, em relação à ação intencional dos participantes do estudo por meio de seus registros, que são indispensáveis para possibilitar a qualidade de vida das crianças e de seus familiares, como também para subsidiar e fortalecer as pesquisas na área da saúde e promover o bem social.

Desse modo, acredita-se que o estudo poderá contribuir para melhoria na qualidade da assistência prestada à clientela pediátrica, uma vez que, estabelecendo uma comunicação efetiva por meio dos registros de enfermagem, possibilitará uma redução nos erros de transmissão de informações. Além disso, pode auxiliar na detecção precoce de qualquer complicação, evitando agravos, acelerando a recuperação e diminuindo, dessa forma, o tempo de internação, bem como os custos derivados desse processo.

Além disso, beneficiará o ensino de enfermagem, uma vez que, ao tratar da importância dos registros de enfermagem – bem como sua relação com a segurança do

paciente, em especial, a criança hospitalizada –, destaca a necessidade de se abordar mais essa temática, tanto nos cursos de graduação e pós-graduação, quanto nos de técnicos de enfermagem.

A pesquisa em enfermagem na área de saúde da criança será beneficiada na medida em que o estudo poderá contribuir para a produção científica sobre a temática, tendo em vista a escassa quantidade de trabalhos que discutem a segurança do paciente pediátrico e a participação da equipe de enfermagem nesse processo, como também a relação de seus registros com a segurança da criança hospitalizada.

Todos os profissionais de saúde, em destaque os de enfermagem, também serão favorecidos, pois haverá melhor compreensão acerca da importância das anotações dentro das unidades de saúde, cujo propósito será garantir assistência de qualidade, além de destacar sua magnitude para a segurança do paciente, principalmente a criança hospitalizada.

Sendo assim, espera-se que o estudo venha contribuir para um olhar mais atento por parte dos profissionais de enfermagem ao registro que é realizado, a fim de que ele se torne mais valorizado na assistência, proporcionando maior segurança à criança assistida, ao profissional e à instituição.

Como sugestão, acredita-se ser importante que haja educação permanente a fim de que sejam reforçadas as teorias, esclarecidas as dúvidas e corrigidos os erros. Assim, a equipe poderá perceber que seus registros estão sendo valorizados, e quão importantes são para se garantir uma assistência de qualidade e segura à criança hospitalizada.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Boletim Informativo – Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

_____. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, 2013.

_____. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014.

ALMEIDA, I. S., et al. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v.11, n.3, p. 695-699. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a30.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). National Initiative for Children's Health Care Quality Project Advisory Committee. Principles of Patient Safety in Pediatrics. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, 2001.

AZEVÊDO, L. M. N. et al. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Rev. Rene**, v.13, n.1, p.64-73, 2012.

BAGNASCO, A. et al. Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, v.21, p.168–172, 2013.

BARRETO, J. A.; LIMA, G. G.; XAVIER, C. F. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.1, n.6, p.2081-2093, jan./abr.2016.

BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v.22, n.3, jul./set. 2010.

BOHRER, C. D. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: Visão da equipe multiprofissional. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.6, n.1, p.50-60, jan./mar.2016.

BORGES, F. F. D. et al. Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem: implicações profissionais e institucionais. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, 2017.

BRASIL. Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**, Brasília, 1940.

_____. Lei 5.869, de 11 de janeiro de 1973. **Código Processo Civil**, Brasília, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.º 466/12 de 13 de junho de 2013. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 de junho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.377, de 9 de junho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 jun. 2013.

CADAVEZ, N. F. V. **As anotações dos técnicos de enfermagem da área pediátrica a partir do treinamento para implantação do Processo de Enfermagem**. 2014. 61 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem, modalidade residência). – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

CALDANA, G. et al. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n.3, p.906-911, jul./set.2015.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Londrina: UEL. 1996. 133p.

_____. **Fenomenologia e Ciências humanas**. São Paulo: Idéias & Letras, 2008.

CARNEIRO, S. M. et al. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev. Rene.**, v.17, n.2, p.208-16, mar./abr. 2016.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da Entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CAVEIÃO, C. et al. Anotações de enfermagem na perspectiva de auxiliares de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM.**, Santa Maria, v.4, n.2, p.401-409, abr./jun.2014.

CESTARINI, V. R. F. et al. Anotações e registros de enfermagem: Em busca da qualidade da assistência. **Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, v.7, n.1, p.1465-1468, 2015.

CIUFFO, L. L. **Violência intrafamiliar contra a criança na perspectiva de familiares: uma compreensão à luz de Alfred Schutz**. 2013. 99 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN n.º 240/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. **Cofen: Resoluções**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pela-resoluo-cofen-3112007_4280.html>. Acesso em: 4 abr. 2016.

_____. Resolução COFEN n.º 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Cofen: Resoluções**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 4 abr. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução COFEN n.º 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. **Cofen: Resoluções**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 4 abr. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Anotações de Enfermagem**. São Paulo, 2009.

_____. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo, 2010.

COSTA, V. G. S.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. A. As relações interpessoais no cuidar do cliente em espaço Onco-hematológico: uma contribuição do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.209-14, abr./jun.2012.

DORNFELD, D.; PEDRO, E. N. R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v.13, n.2; p.190-198, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a05.htm>. Acesso em: 6 jun. 2016.

DUARTE, S. C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n.1, p. 144-154, jan./fev.2015.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.4, p.609-616, out./dez.2007.

FASSINI, P.; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.2, n.2, p. 290-299, mai./ago.2012.

FERREIRA, T. S. et al. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **AQUICHAN**, Colômbia, v.9, n.1, p.38-49, abr.2009.

FRANÇOLIN, L. et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.79-83, jan./mar.2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, I. L. V. et al. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.4, p.703-709, out./dez.2012.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v.13, n.2, p. 347-354, abr./jun.2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a22.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

ITO, E. E. et al. **Anotações de Enfermagem: reflexo do cuidado**. São Paulo: Martinari, 2011.

JESUS, M. C. P. et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.3, 2013.

JOHNSON, M., et al. Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. **International Nursing Review**, v. 61, p.73-81, 2014.

KOHN, K. T.; CORRIGAN, J. M., DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington, DC (US): National Academy Press, Institute of Medicine; 2000.

LEE, P.; ALLEN, K.; DALY, M. A. Communication and Patient Safety' training programme for all healthcare staff: can it make a difference? **BMJ Qual. Saf.**, v.21, p.84-88, 2012.

LORENZINI, E.; SANTI, J. A. R.; BAO, A. C. P. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.35, n.2, p.121-127, jun.2014.

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. M; PAVÃO, A. L. B. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.11, p.2313-2330, nov.2015.

MARTINEZ, E. A.; TOCANTINS, F. R.; SOUZA, S. R. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.34, n.1, p.37-44, 2013.

MATSUDA, L. M., et.al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v.8, n.3, p.415-421, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.4, p.279-284, 2009.

NEGREIROS, P. L., et al. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v.12, n.1, p.120-32, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a15.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2016.

NIGHTINGALE, F. **Notes of hospitals**. London, 1863.

NOGUEIRA, J. W. S; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v.20, n.3, p.636-640, jul./set.2015.

NUNES, F. D. O. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **J. res.: fundam. care. Online**, v. 6, n.2, p. 841-847, abr./jun. 2014. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3007/pdf_1297>. Acesso em: 5 abr. 2016.

OLER, F. G.; VIERA, M. R. R. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 13, n.4, p.192-197, out./dez.2006.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.122-129, 2014.

PADILHA, E. F.; HADDAD, M. C. F. L.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enferm.**, v.19, n.2, p.239-245, abr./jun.2014.

PANIZZA, L. O pensamento de Alfred Schutz: sociologia fenomenológica. **Temas em Debate**, v.31, n.122, p.128-141. 1981.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.22, n.4, p 5-6, 2009.

PEDROSA, K. K. A.; SOUZA, M. F. G.; MONTEIRO, A. I. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n.3, p.568-573, jul./set.2011.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n.7237, p.768-770, 2000.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**, Porto Alegre (RS): EDIPUCRS, 2013.

REQUENA, J. Seguridad clínica de los pacientes durante la hospitalización en pediatría. **Rev. Calid. Asist.**, v.6, n.6, p. 353-358, nov./dez.2011.

RODRIGUES, B. M. R. D. **O cuidar de crianças em creche comunitária**: redimensionando o treinamento numa perspectiva compreensiva. 1996. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

RODRIGUES, B. M. R. D. **O cuidar de crianças em creche comunitária**: contribuição da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Londrina: UEL, 1998.

RODRIGUES, B. M. R. D. et al. A ética no cuidar em enfermagem: contribuições da fenomenologia sociológica de Alfred Schütz. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 236-241, 2011.

ROJAHN, D. et al. Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. **Revista UNINGÁ Review**, Maringá, v.19, n.2, p.09-13, jun./ago.2014.

ROSSI, C. S., RODRIGUES, B. M. R. D. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. **Acta Paul. Enferm.**, v.23, n.5, p.640-645, 2010.

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Abordagem compreensiva da enfermagem: possibilidade de interpretação a partir de Alfred Schutz. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, v. 6, n.1, p.183-193, 2014. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2844/pdf_1090>. Acesso em: 10 maio 2016.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N. T. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.49, p.123-130, 2015.

SANTOS, S. R.; PAULA, A. F. A; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.11, n., p.80-87. jan./fev.2003.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.3, maio/jun.2009.

SCHUTZ, A. **The problem of social reality: collected papers 1**. London: Martinus Nijhoff publishers, p.361, 1962.

_____. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1974.

_____. **Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. **Sobre Fenomenologia e Relações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

SEARS, K. et al. The Relationship Between the Nursing Work Environment and the Occurrence of Reported Paediatric Medication Administration Errors: A Pan Canadian Study. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 28, p. 351-356, 2013.

SEIGNEMARTIN, B.A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 14, n.6, p.1123-1132, 2013.

SILVA, M. F. **A comunicação na passagem de plantão de enfermagem e sua repercussão na segurança do paciente pediátrico**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SILVA, T. G. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enferm. Foco**, v.7, n.1, p.24-27, 2016.

SILVA, T.; WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf**, Goiás, v.14, n.2, p.337-344, 2012. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104441/000858483.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

SONCINI, M. F. **Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa: implicações para a segurança do paciente pediátrico** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SOUSA, P. A. F.; SASSO, G. T. M. D.; BARRA, D. C. C.. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.21, n.4, p.971-979, out./dez.2012.

SOUZA, F. T. et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.4, n.1, p.152-162, jan./mar. 2014.

SOUZA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**, Rio de Janeiro, v.1, p.452, 2014.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **Conceitos teóricos sobre comunicação**. Barueri: Manole, 2012.

TERRA, M. G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 4, p.672-678, out./dez. 2006.

TOCANTINS, F. R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz**. 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

TOFFOLETTO, M. C. **Fatores associados aos eventos adversos em unidade de terapia intensiva**. 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

VIEIRA, L. B. Fenomenologia social: análise da produção acadêmica de pós-graduação em enfermagem, Brasil, 1979-2010. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, v. 5, n. 4, p.652-60, out./dez.2013. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2288/pdf_964>.
Acesso em: 10 maio 2016.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre, RS: AMGH, 2013.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.3, maio/jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme**, Genebra, 2005.

_____. **World Alliance for Patient Safety**. Forward Programme 2008 – 2009, Geneva, 2008.

_____. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Version 1.1. Final Technical Report, 2009. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2016.

YAMAMOTO, M. S.; PETERLINI, M. A. S.; BOHOMOL, E. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.24, n.6, p.766-771, 2011.

APÊNDICE A – Roteiro de Pesquisa**Código:** _____**Dados Pessoais:**

- 1- Categoria: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem
- 2- Idade: _____
- 3- Sexo: F () M ()
- 4- Tempo de formação: _____
- 5- Possui ensino superior: () Sim () Não
- 6- Possui especialização na área de Enfermagem: () Sim () Não
Em quê? _____
- 7- Tempo de atuação na área pediátrica: _____

Questões relacionadas ao objeto de estudo:

- a) O que você tem em vista ao realizar o registro de enfermagem?
- b) Fale sobre os elementos que, para você, devem estar presentes nos registros de enfermagem.
- c) Quando você faz o registro, você tem em vista a segurança do paciente? Por quê?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: **“A visão da equipe de Enfermagem acerca dos seus registros e a segurança da criança hospitalizada”**, que tem como objetivos: **descrever quais os elementos presentes nos registros da equipe de enfermagem; apreender a perspectiva da equipe de enfermagem ao realizar os registros; analisar a ação intencional de realizar os registros pela equipe de enfermagem e sua correlação com a segurança do paciente pediátrico**. A pesquisa é realizada pela mestranda da Faculdade de Enfermagem da UERJ Natalia Fernanda Vitipó Cadavez, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, e terá duração de 2 anos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas.

A sua participação é voluntária, ou seja, 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.

Sua participação nesta pesquisa consiste em responder 05 (cinco) questões para caracterização do participante, e uma entrevista que será gravada e transcrita. Por determinação das normas de pesquisa, será guardada por 05 (cinco) anos e, após este período, será destruída. Somente a pesquisadora e a orientadora do estudo terão acesso a ela.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

A participação na pesquisa não oferecerá riscos físicos ou psicológicos, uma vez que a temática abordada no estudo já faz parte da realidade em que estão inseridos os profissionais de enfermagem.

No entanto, caso venha a se sentir desconfortável em fornecer informações pessoais, ou não queira dar prosseguimento à entrevista por qualquer outro motivo, você poderá solicitar a interrupção da entrevista e se retirar em qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo.

Caso isso ocorra, a pesquisadora se compromete em conversar com o profissional, esclarecendo suas dúvidas, realizando uma escuta ativa das aflições, dúvidas ou questionamentos que possa ter, de forma que qualquer desconforto porventura surgido seja sanado. Além disso, será reforçado que não haverá nenhuma interferência em seu ambiente profissional.

Os benefícios relacionados à realização deste estudo são: melhoria na qualidade da assistência prestada à clientela pediátrica; melhoria na qualidade dos registros de

enfermagem; maior segurança a clientela pediátrica; aperfeiçoamento do ensino de enfermagem; aumento da produção científica sobre a temática; melhor compreensão acerca da importância dos registros dentro das unidades de saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço de contato da pesquisadora e orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

E você terá acesso aos resultados finais da pesquisa.

Rio de Janeiro, ___ / ___ / ___

Nome

Assinatura do pesquisador

Contatos:

Pesquisadora Principal: Natalia Fernanda Vitipó Cadavez

Telefone: (021) 979928139 e-mail: nataliacadavez@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã – RJ

Telefone: (021) 2334-2180 e-mail: etica@uerj.br

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 tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ___ / ___ / ___

Nome

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE C – Vínculo do Pesquisador Principal



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto



VÍNCULO DO PESQUISADOR PRINCIPAL

HUPE/UERJ

() Servidor () Contratado () Residente (X) Aluno () Outros: _____

Serviço/Disciplina: _____ Tel: (21)979928139

INSTITUIÇÃO EXTERNA*

() Orientador/Co-orientador do HUPE/UERJ () Indicação da CONEP () Outros: _____

Serviço/Disciplina: _____ Tel: _____

*(Apresentar declaração de identificação da Instituição a que está vinculada)

PROJETO DE

() Graduação () Especialização (X) Mestrado () Doutorado

() Outros: _____

Qual Faculdade/Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Declaração de ciência

Declaro para os devidos fins que a Enfermaria de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sabe do interesse na realização da Pesquisa A VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DOS SEUS REGISTROS E A SEGURANÇA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA, sendo os responsáveis a autora NATALIA FERNANDA VITIPÓ CADAVEZ e orientadora PROF.^a DR.^a BENEDITA MARIA RÊGO DEUSDARÁ RODRIGUES e não nos opomos que a mesma seja realizada. O projeto só deverá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do HUPE.

- Período previsto de coleta dos dados: 02/01/2017 à 28/02/2017. Os dados serão coletados através de: (X) ENTREVISTA () QUESTIONÁRIO () PRONTUÁRIO () OUTROS _____

Adriana Gomes de Oliveira

Nome do responsável da Unidade/Serviço/Disciplina

Adriana G. de Oliveira
Enfermeira
CREN-RJ 86924

Assinatura com carimbo

29/09/16

Data

*(quando o orientador for também responsável pela Unidade/Serviço/Disciplina há nessa relação um conflito de interesse. Nestes casos solicitamos que este documento seja assinado por outro responsável)

Natalia Fernanda V. Cadavez

Nome do pesquisador

Natalia Fernanda V. Cadavez 29.11.16

Assinatura

Data

APÊNDICE D – Carta de Autorização para Realização da Pesquisa



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto



Carta de Autorização para Realização de Pesquisa

À chefia de enfermagem,

Na condição de mestranda da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), venho, por meio desta solicitar a autorização de V. S^a. para desenvolver a pesquisa intitulada: **“A visão da equipe de Enfermagem acerca dos seus registros e a segurança da criança hospitalizada”**, sob a responsabilidade de Natalia Fernanda Vitipó Cadavez e orientação da Prof.^a Dr.^a Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues. O estudo tem como objetivos: descrever quais os elementos presentes nos registros da equipe de enfermagem; apreender a perspectiva da equipe de enfermagem ao realizar os registros; analisar a ação intencional de realizar os registros pela equipe de enfermagem e sua correlação com a segurança do paciente pediátrico.

O cenário de estudo será a enfermaria de pediatria, e os participantes da pesquisa serão todos os membros da equipe de enfermagem que ali atuam nos cuidados diretos à criança hospitalizada. A coleta de dados será feita por meio de questões fechadas, que servirão para a caracterização dos participantes da pesquisa, seguida de uma entrevista fenomenológica.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários.

ANEXO – Parecer de Aprovação Pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A visão da equipe de Enfermagem acerca dos seus registros e a segurança da criança hospitalizada

Pesquisador: Natalia Fernanda Vitipó Cadavez

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63991416.3.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.908.487

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado intitulado A visão da equipe de Enfermagem acerca dos seus registros e a segurança da criança hospitalizada, da mestrandia Natalia Fernanda Vitipó Cadavez . Trata-se de em pesquisa fenomenológica que será realizada em uma Enfermaria de Pediatria de um hospital universitário, localizado no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos da pesquisa totalizarão 37 (trinta e set), sendo enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam diretamente no cuidado ao paciente pediátrico. Os dados serão coletados por meio de uma entrevista fenomenológica que será realizada em um espaço reservado dentro da enfermaria de pediatria. A organização do material não-estruturado coletado a partir da transcrição e leitura atenciosa das entrevistas, deve ser organizado em categorias, e estas devem estar diretamente relacionadas ao objeto e objetivo do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever quais os elementos presentes nos registros da equipe de enfermagem; Apreender a perspectiva da equipe de enfermagem ao realizar os registros; Analisar a ação intencional de realizar os registros pela equipe de enfermagem e sua correlação com a segurança do paciente pediátrico.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 1.908.487

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na pesquisa não oferecerá riscos físicos ou psicológicos, uma vez que a temática abordada no estudo já faz parte da realidade em que estão inseridos os profissionais de enfermagem.

No entanto, será esclarecido ao participante do estudo que mesmo a pesquisa não oferecendo riscos físicos de forma direta, caso ele venha a se sentir desconfortável em fornecer informações pessoais, ou não queira dar prosseguimento a entrevista por qualquer outro motivo, o mesmo poderá solicitar a interrupção da entrevista e se retirar em qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo. Caso isso venha a ocorrer, a pesquisadora se compromete em conversar com o profissional, esclarecendo suas dúvidas, realizando uma escuta ativa das aflições, dúvidas ou questionamentos que o mesmo possa ter, de forma que qualquer desconforto que possa ter surgido seja sanado. Além disso, será reforçado que não haverá nenhuma interferência em seu ambiente profissional.

Benefícios:

A pesquisa poderá ou não trazer benefícios diretos ao serviço de enfermagem, assim como para o paciente pediátrico, visto que o estudo buscará compreender o que a equipe de enfermagem tem em vista ao realizar um registro, além de procurar discutir a segurança do paciente pediátrico através de seus registros de enfermagem. Espera-se que a partir desse estudo, haja uma reflexão e um maior entendimento acerca das ações de enfermagem dentro do cuidar seguro. A partir disso, poderá contribuir também para o ensino e pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante com contribuições significantes para a Área da Criança

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma atualizado

Apresenta:

- 1- Carta de anuência da unidade onde o estudo se realizará.
- 2- Folha de rosto assinada pela Vice-diretora da Faculdade de Enfermagem – UERJ
- 3- TCLE em conformidade
- 4-Cronograma atualizado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 1.908.487

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para fevereiro de 2018. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEb.pdf	02/02/2017 11:31:32	Patricia Fernandes Campos de Moraes	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_834077.pdf	30/11/2016 23:14:33		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAOINSTITUICAO.pdf	30/11/2016 23:12:29	Natalia Fernanda Vítipó Cadavez	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO.pdf	30/11/2016 23:04:19	Natalia Fernanda Vítipó Cadavez	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/11/2016 23:02:30	Natalia Fernanda Vítipó Cadavez	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/11/2016 22:53:03	Natalia Fernanda Vítipó Cadavez	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	30/11/2016 22:52:34	Natalia Fernanda Vítipó Cadavez	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 1.908.487

RIO DE JANEIRO, 06 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br